

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E DE SAÚDE

MÔNICA RINKEVICIUS ROSSI

**CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO NO
HOSPITAL DE OLHOS DE NATAL (RN)**

NATAL/RN
2013

MÔNICA RINKEVICIUS ROSSI

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO NO
HOSPITAL DE OLHOS DE NATAL (RN)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro Universitário do Rio Grande do Norte,
como exigência do Curso de Especialização em
Gestão Hospitalar e de Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Isabel Cristina Pansiera
Marques, M^a.

NATAL/RN
2013

MÔNICA RINKEVICIUS ROSSI

**CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO NO
HOSPITAL DE OLHOS DE NATAL (RN)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário do Rio
Grande do Norte, como exigência do Curso
de Especialização em Gestão Hospitalar e
de Saúde

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Isabel Cristina Pansiera Marques, M^a
Orientadora

Dedico este trabalho a minha família que sempre me apoiou e principalmente a meu amado marido, Júlio, pela paciência extra e o amor que sempre demonstrou.

AGRADECIMENTOS

A todos que me apoiaram e que continuam me apoiando.

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, e depois a minha família que sempre me ajudou em todos os momentos, especialmente meu marido Julio e os meus filhos Carlos Augusto e Marcos Cesar.

RESUMO

O presente trabalho realiza um breve relato sobre as principais causas de infecção hospitalar e suas consequências quando um paciente apresenta endoftalmite como perda da visão e do olho e como podemos intervir para a ausência da mesma. Mostramos de fácil simples e fácil as Leis que regem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com intuito de implantar um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no Hospital da Visão em Natal, Rio Grande do Norte, com intuito de diminuir as infecções hospitalares e melhorar a qualidade de atendimento ao paciente e em consequente melhora da saúde em nosso país.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar. Endoftalmite. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

This present paper makes a brief report of the principles causes of hospital infection and such consequences when the patient has endophthalmitis such as vision loss and loss of the whole eye and how can we intervene for the absence of this infection. We show easy and simple the laws that governing the Commission of Control of Hospital Infection to implant a Service of Control of Hospital Infection at the Hospital da Visão in Natal, Rio Grande do Norte, to decrease the hospital infections and improve the quality of treatment to the patient and as so to improve the Health and our country.

Keywords: hospital infection, Endophthalmitis, Commission of Control of Hospital Infection, Service of Control of Hospital Infection

ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIH – Controle de Infecção Hospitalar
CME – Central de Material Esterilizado
DML – Depósito de Material de Limpeza
EPC – Equipamentos de Proteção Coletiva
EPI – Equipamentos de Proteção Individual
GGTES - Gerência de Tecnologia em Serviços de Saúde
GIPEA - Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IH - Infecções Hospitalares
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS - Ministério da Saúde, Brasil.
OMS - Organização Mundial de Saúde
PCIH - Programa de Controle de Infecção Hospitalar
POP – Procedimentos Operacionais Padrão
SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
UCISA – Unidade de Controle de Infecção Hospitalar
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
VHB – Vírus da Hepatite B
VHC – Vírus da Hepatite C

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA	13
1.2	OBJETIVOS.....	14
1.2.1	Objetivo geral.....	14
1.2.2	Objetivos específicos	14
1.3	JUSTIFICATIVA.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	INFECÇÃO HOSPITALAR: BREVE HISTÓRICO DA VIGÊNCIA DAS LEIS	16
2.2	O PROGRAMA DE CONTROLE DA INFECÇÃO E A QUALIDADE HOSPITALAR	18
2.2.1	Os objetivos da CCIH.....	18
2.2.2	A educação continuada sobre o controle da infecção para todos os profissionais da instituição.....	20
2.2.3	Vigilância epidemiológica	21
2.3	CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES	22
2.3.1	Conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares	22
2.3.2	Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares	24
2.3.3	O Programa de Controle de Infecção Hospitalar	27
2.4	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UMA CCIH	27
3	METODOLOGIA	29
3.1	TIPO DE PESQUISA	29
3.2	PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO NO HOSPITAL DE OLHOS DE NATAL (RN).	30
3.2.1	A instituição em estudo	30
3.2.2	Implantação da CCIH e do SCIH na organização - Segundo PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998 do Ministério da Saúde (M.S., 1998).	30
3.2.3	Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) em oftalmologia	33
3.2.4	Antibiótico-profilaxia em cirurgias.....	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
5	CONCLUSÕES	39
	REFERÊNCIAS	40

ANEXO A - MANUAL DE PROCEDIMENTOS E CONDUTAS PARA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE 2012/2013.	42
ANEXO B - MINISTÉRIO DA SAÚDE, GABINETE DO MINISTRO, PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998.	46
ANEXO C - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.	55
ANEXO D - LAVAGEM DAS MÃOS.....	58
ANEXO E - RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	59

1 INTRODUÇÃO

Quando o paciente procura um serviço médico, o mesmo está em busca de resolução do seu problema e os médicos usam todo o seu conhecimento para poder solucionar o problema. Portanto, a infecção hospitalar, principalmente a pós-cirúrgica é de grande preocupação para os doutores.

Cerca de 5% dos pacientes admitidos em hospitais gerais contraem infecção durante a internação, nos países desenvolvidos (HALEY, 1985). No Brasil, apesar de não existirem estatísticas nacionais que revelem a magnitude real do problema, estima-se que entre 6,5% e 15% dos pacientes internados contraem um ou mais episódios de infecção (BRASIL, 1985), e que entre 50.000 e 100.000 óbitos anuais estejam associados a sua ocorrência (GUIMARAES, 1985).

Nenhum Hospital está livre de infecções adquiridas durante a internação, já que nenhuma intervenção médica disponível, no momento, é capaz de erradicá-las. Isto porque, além das condutas invasivas utilizadas adequada ou inadequadamente, existem fatores de risco considerados “inalteráveis” como o envelhecimento da população de internados, por consequência, maior prevalência de doenças imunossupressoras, diagnósticos secundários, necessidade de cirurgias extensas e outros (FREEMAN, 1981). No sentido de identificar as estratégias de controle comprovadamente eficazes, é importante diferenciar entre a parcela de infecção hospitalar passível de prevenção, cerca de 30% do total (HALEY, 1985), das infecções não preveníveis, que ainda constituem a maior parte das ocorrências. Haley e Garner (1986) abordaram a questão da seguinte maneira:

[...] as infecções hospitalares passíveis de prevenção são primariamente causadas por problemas no cuidado ao paciente, como o uso e manutenção de sondas urinárias, cateteres venoso e terapia respiratória, bem como na ausência do hábito de lavar as mãos e a má técnica cirúrgica. (HALEY; GARNER, p. 186, 1986).

O acompanhamento da frequência e distribuição das infecções hospitalares, realizado no sentido de permitir a implantação de estratégias de controle adequadas, é executado.

Em nosso caso em particular a infecção do globo ocular chamada endoftalmite pode levar a perda da visão e até perda do globo ocular, a mesma é de grande complexidade de diagnóstico e tratamento, muitas vezes levando a

internação para tratamento com antibióticos intravenosos e até novos procedimentos cirúrgicos, o que leva a risco maior de perda da visão, aumento dos custos ao paciente ou ao convênio e um nível elevado de stress ao paciente e ao médico.

Sendo assim, devemos realizar a prevenção dessas complicações de uma maneira uniforme e fluente de realizar isso através de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e através dele um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), portanto a intenção desse trabalho é implantação do mesmo no Hospital da Visão em Natal no Rio Grande do Norte.

O PCIH envolve um conjunto de ações para a redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares (IH). Ao pessoal exclusivo do SCIH cabe a vigilância epidemiológica de IH e, por meio dela, identificar problemas, causas e, conseqüentemente, reconhecer demandas necessárias para o seu controle e prevenção, incluindo-se aí, a necessidade de elaboração e implementação de normas e rotinas, assim como de assessoria e supervisão para sua realização, participação na educação e no treinamento específico. A implantação e a implementação de práticas de controle de IH, no entanto, não dependem e não podem ser alcançadas apenas com as atividades exclusivas deste pessoal. Há que existir colaboração. Afinal, a responsabilidade não é exclusiva dos profissionais que atuam diretamente na CCIH e no SCIH e, sim, de toda a organização hospitalar e seus trabalhadores, incluindo o pessoal técnico e administrativo (TURRINI; LACERDA, 2004).

O conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do paciente e da epidemiologia das infecções em imunossuprimidos constitui o grande desafio a novas estratégias que possibilitem diminuir ainda mais o número de casos de infecção hospitalar, naquelas instituições que já implantaram todas as normas científicas disponíveis (CHOR *et al*, 1990).

O acompanhamento da frequência e distribuição das infecções hospitalares é realizado no sentido de permitir a implantação de estratégias de controle adequadas, e é executado através da vigilância epidemiológica (CHOR *et al*, 1990).

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E QUESTÃO DE PESQUISA

Conforme a Lei nº 9.431, (BRASIL, 1997) todo hospital deve possuir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), tendo em vista que as infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), principalmente as adquiridas no ambiente hospitalar, estão entre as principais causas de morbidade e de mortalidade e, conseqüentemente, são as responsáveis pela elevação dos custos para o tratamento do doente.

O CCIH deve ser constituído com intuito de criar Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), que envolve um conjunto de ações para a redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares (IH) e fiscalizá-las para que o serviço seja eficiente e efetivo. Para tanto se cria o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que irá orientar e coordenar as ações que serão instituídas e aplicadas.

É responsabilidade da CCIH o controle no uso da antibioticoterapia, para evitar a proliferação de resistência, bem como com a manipulação e destino dos resíduos hospitalares. Também aqui se identifica a necessidade de a CCIH cooperar com a ação do órgão competente, fornecendo prontamente as informações epidemiológicas solicitadas; notificar os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva; e notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Parte considerável das infecções hospitalares pode ser evitada com a aplicação de medidas de prevenção. Uma de suas principais ações é a capacitação dos recursos humanos do hospital, muitas vezes relegada à segundo plano em função do tempo consumido por esse programa na realização da vigilância epidemiológica, considerada essencial por permitir o cálculo das taxas de IH que subsidiam a tomada de decisões

1.2 OBJETIVOS

Este estudo apresenta os objetivos que se seguem.

1.2.1 Objetivo geral

O Objetivo geral é o de implantar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no Hospital da Visão em Natal no Rio Grande do Norte.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos do trabalho são:

- Evidenciar as conseqüências da ausência da gestão do serviço de controle da infecção hospitalar;
- Caracterizar a importância da prevenção e controle de infecções hospitalares, garantindo uma assistência de qualidade;
- Elaborar um projeto de implantação de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

1.3 JUSTIFICATIVA

A CCIH tem como objetivo manter os índices de infecção nos valores considerados aceitos pelo Ministério da Saúde, seguindo rigorosamente normas e portarias específicas da Vigilância Sanitária, promovendo ações de prevenção de infecções. Mantendo assim a qualidade dos serviços oferecidos a população e segurança de seus pacientes.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar. Realiza isso através de inspeções das condições de trabalho de todos os ambientes do Hospital (centro cirúrgico, emergência, farmácia, ambulatório e lavanderia).

As consequências desastrosas da ausência de um programa efetivo para o controle das infecções hospitalares são inúmeras, tais como: aumento do tempo de internação, elevação do consumo de antibióticos, desperdício de recursos, altos custos, comprometimento da imagem da instituição, interdição parcial ou total da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de setores e serviços, dor, medo, sofrimento, afastamento da família, afastamento do trabalho (FRANCISCO, 2009).

A proposta de um projeto que previna e atue adequadamente contra o risco das infecções nas feridas cirúrgicas e, como a consequência evite a perda da visão ou do globo ocular é muito importante. O estudo descreve os benefícios da implantação da SCIH.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, é apresentado um estudo das principais referências Bibliográficas sobre o SCIH, bem como comentários acerca da legislação vigente.

2.1 INFECÇÃO HOSPITALAR: BREVE HISTÓRICO DA VIGÊNCIA DAS LEIS

Os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, e o aparecimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar tornaram as infecções hospitalares (IHs) um problema de saúde pública mundial (TURRINI, 2002).

No Brasil, na década de 1950 surgiram os primeiros relatos de IHs relacionados à esterilização de material hospitalar (RODRIGUES, 2006) e sobre o uso indiscriminado de antibióticos (RODRIGUES, 2006), que foram publicados na Revista Paulista de Hospitais (RODRIGUES, 1997). Em 1963, no Hospital Ernesto Dorneles em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, foi criada a primeira CCIH, representando um marco de uma iniciativa institucional na implantação de controle de infecção hospitalar (CIH) (MARTINS, 2005). No início da década de 1970 o processo de recomendação de controle das IHs teve seu princípio, com a iniciativa do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) aos hospitais a ele conveniados, seguido da implantação de comissões em alguns hospitais públicos de ensino ligados às universidades, como o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (OLIVEIRA; ROCHA, 1978).

A preocupação emergente com a IH no país efetivamente surgiu a partir da década de 1980, com a morte do Presidente eleito Tancredo Neves, que teve sua condição clínica agravada devido à infecção. A partir desse marcante fato, incentivaram-se as ações governamentais por meio de cursos, manuais e portarias.

Inicialmente, a Portaria nº 196 do Ministério da Saúde (MS, promulgada em 24 de junho de 1983 (M. S., 1983), afirmava que “todo hospital, independentemente da entidade mantenedora, porte ou especialidade, deveria constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar”, sendo que a implantação e a fiscalização da mesma seriam de competência das Secretarias de Saúde dos Estados. A Portaria nº

140 do MS, publicada em 8 de abril de 1987 criava a Comissão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar 6,7(BRASIL, 1987).

Em 1988, por meio da Portaria nº 232, institui-se o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar ligado à Secretaria Nacional de Programas Especiais do MS (BRASIL, 1988) 7. Somente com a Portaria nº 930/1992 do MS (BRASIL, 1992) que se determinou a obrigatoriedade da existência, em todo hospital brasileiro, de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apesar das tentativas de implementação de controle da infecção, dados da Coordenadoria de Controle de IH do MS demonstraram pouca efetividade das ações, estimando-se que apenas 10% dos hospitais haviam criado comissões para esse fim (LACERDA, 2003). Em 1998, o MS revoga a Portaria nº 930/1992 e publica a Portaria nº 2.616/10. Esta legislação vigente dispõe sobre as diretrizes e as normas para prevenção e controle das IHS, considerando, entre outros aspectos, as determinações da Lei nº 9.431/11, de 6 de janeiro de 1997, sobre a obrigatoriedade da manutenção, pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) (BRASIL, 1997). Para os efeitos desta lei, definiu-se PCIH como “um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”. O programa seria desenvolvido por membros executores da CCIH, com diferente formação profissional.

A partir da década de 1970, destaca-se a multicausalidade, atribuindo-se as infecções não mais apenas ao ambiente, mas também à suscetibilidade individual e à introdução de novas tecnologias (POVEDA, 2004; LACERDA, 2002). Na década de 1990, com a implantação da CCIH nos hospitais, a atenção voltou-se para os métodos de vigilância epidemiológica, na tentativa de prevenção e controle da IH (POVEDA, 2004; LACERDA, 2002). A partir do início da década de 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dentro da Gerência de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), criou a Unidade de Controle de Infecção Hospitalar (UCISA), que, por meio da Portaria nº 385/ 2003 (M.S., 2003), passou a ser a Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (GIPEA). A GIPEA vem desenvolvendo diversas atividades relacionadas à pesquisa e à educação dos profissionais de saúde, referentes às ações de vigilância epidemiológica das IHS, de investigação de surtos, entre outras. A perspectiva

nestes focos de trabalho é a ampliação e o fortalecimento do sistema de vigilância à saúde no país.

2.2 O PROGRAMA DE CONTROLE DA INFECÇÃO E A QUALIDADE HOSPITALAR

Um programa de controle de infecção em serviços de saúde deve possuir, como objetivo principal, a identificação do comportamento das infecções relacionadas com a assistência em serviços de saúde, para propor ações que possam prevenir e controlar os riscos associados, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção e para a redução dos índices de infecção hospitalar a níveis aceitáveis dos custos e também da mortalidade atribuída (FERNANDES, 2000).

2.2.1 Os objetivos da CCIH

São objetivos da CCIH, segundo PORTARIA Nº 2.616, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998):

- a) Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- b) Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- c) Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- d) Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares;
- e) Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- f) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- g) Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de

- todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- h) Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
 - i) Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
 - j) Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
 - k) Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
 - l) Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - m) Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitada pelas autoridades competentes;
 - n) Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
 - o) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

2.2.2 A educação continuada sobre o controle da infecção para todos os profissionais da instituição

A educação continuada para todos os profissionais da instituição é de grande importância, pois a maioria de profissionais é carente de conceitos básicos. Neste sentido, são fundamentais os programas de educação continuada, oferecidos pelas próprias instituições, para deixar a par os profissionais sobre os progressos de microbiologia, principalmente envolvendo a biologia molecular que oferecem agora perspectivas para o melhor conhecimento da resistência aos antimicrobianos e das epidemias por bactérias e fungos.

A epidemiologia das IH é dinâmica e vem sofrendo evolução constante. Além do controle das IH, é possível aplicar princípios epidemiológicos para avaliar a qualidade dos cuidados ao paciente, proporcionando uma assistência eficaz em relação ao custo.

O uso racional de antibióticos vem sendo um assunto em discussão desde 1939, quando da sua introdução na terapêutica clínica (FREITAS *et al*, 1997). O uso inadequado varia de 27,9% a 65,5%, com maiores índices de erro nas clínicas cirúrgicas, especialmente quando usados para profilaxia (BERNSTEIN *et al*, 1982).

Os antimicrobianos estão indicados para profilaxia em algumas cirurgias contaminadas e potencialmente contaminadas, em circunstâncias bem específicas. Em cirurgias limpas, seu uso é justificado em serviços com altas taxas de prevalência de infecção ou se, mesmo sob baixo risco de infecção, sua ocorrência implicar em risco elevado ao paciente ou ao órgão em questão, o que se aplica certamente ao caso do olho (EHRENKRANZ, 1993). A incidência de infecção cirúrgica pode ser reduzida em até 50%, quando a indicação do antibiótico profilático é precisa (ULUALP; CONDON, 1992).

O programa de biossegurança tem como objetivo minimizar os riscos ocupacionais, portanto das às instituições deveriam ter esse programa implantado. E são considerados profissionais de saúde todos que desempenham atividades que envolvem contato com pacientes, sangue ou outros fluidos orgânicos, em ambiente de assistência a saúde, laboratórios e correlatos.

Os ferimentos com perfuro-cortante são de maior risco porque são capazes de transmitir mais de 20 patógenos diferentes, e os mais envolvidos são os vírus causadores de Imunodeficiência Humana (HIV), Hepatite tipo B (VHB) e Hepatite

tipo C (VHC). O risco de adquirir infecção pos-exposicao ocupacional é variável, e depende do tipo do acidente e da gravidade, tamanho da lesão, presença e volume de sangue e das condições clínicas do paciente-fonte e o seguimento pos-exposicao.

As medidas institucionais que devem ser tomadas são:

- a) Realizar treinamentos e orientações quanto aos riscos ocupacionais e as medidas de prevenção;
- b) Disponibilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC);
- c) Dispor recipientes apropriados para o descarte de perfuro-cortantes;
- d) Supervisionar o estado vacinal dos profissionais e promover campanhas de vacinação periódicas;
- e) Fornecer instruções escritas e afixar cartazes sobre procedimentos a serem adotados em casos de acidentes;
- f) Dispor de Serviço de Atendimento ao Funcionário Exposto ao material biológico.

Os casos de isolamentos não ocorrem em clínicas oftalmológicas, pois as cirurgias são eletivas.

2.2.3 Vigilância epidemiológica

Vigilância epidemiológica, segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem a prevenção e ao controle de determinadas doenças.

É responsável por acompanhar o comportamento das doenças na sociedade, reunindo informações com objetivo de conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, bem como identificar a gravidade de novas doenças a saúde da população. Com essas informações, propõe medidas de intervenção para reprimir ou amenizar os danos a população, elaborar ações e estratégias em saúde.

2.3 CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

O uso de antibióticos em cirurgia vem sofrendo grandes modificações desde a década de 1960. Um dos motivos foi à capacidade da bactéria de desenvolver e transmitir resistência a novos fármacos. Porém devido à grande complicação que teríamos se o paciente adquire-se uma endoftalmite (inflamações que atingem o segmento anterior e/ou posterior do olho) com perda da visão e possível cegueira a profilaxia com antibióticos tópicos e sistêmicos é uma pratica comum em oftalmologia, pois segundo os estudos houve uma diminuição das infecções pós cirúrgicas com o uso de antibióticos profiláticos (BUZARD, 2004).

Portanto, a utilização de iodopovidona 5% na antisepsia da pele antes do procedimento cirúrgico na região das pálpebras e peri-orbitária é norma para essas cirurgias

A utilização dos antibióticos pós-operatórios varia muito com a experiência do cirurgião, porem a maioria opta por quinolonas de quarta geração.

A utilização de antibióticos no intra-operatório depende das características da própria cirurgia, se for considerada cirurgia limpa não se utiliza antibióticos, porem se for cirurgia potencialmente infectada, como trauma perfurante ou endoftalmite, a utilização de antibióticos será realizada.

2.3.1 Conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares

Segundo PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL 1998)

A Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

Os critérios para diagnóstico de infecção hospitalar são os seguintes:

a) princípios:

a. o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

i. evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

- ii. resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.
- iii. evidências de estudos com métodos de imagem;
- iv. endoscopia;
- v. biópsia e outros.

b) critérios gerais:

- i. quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado em germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;
- ii. quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionam-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;
- iii. são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas de internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;
- iv. as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas à bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;
- v. os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/ Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

2.3.2 Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares

Segundo PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) os indicadores epidemiológicos são indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle. Sua função primordial é planejar ações estratégicas em cooperação técnica. No caso específico deste estudo, não há internação, por ser um hospital-dia, e as cirurgias são em 95% cirurgias limpas o que reduz o número de indicadores.

Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital são:

- a) taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;
- b) taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentam infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;
- c) distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;
- d) taxas de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolvam infecção hospitalar e como denominador total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento;
- e) recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 1 e 2 sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período. O número de pacientes/dia é obtidos somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado. Recomenda-se que o indicador do número 4 pode ser calculado utilizando-se como

denominador o número total de procedimentos dia. O número de pacientes/dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado;

- f) outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade. Frequência das Infecções Hospitalares por Microorganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microorganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado;
- g) o Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microorganismo sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas;
- h) indicadores de uso de antimicrobianos:
 - a. Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período;
 - b. frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período;

A Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outras cirurgias de mesma especialidade ou equivalente. O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações. A classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica. As infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado.

A classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

- a) cirurgias limpas são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
- b) cirurgias potencialmente contaminadas são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil contaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nessa categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa;
- c) cirurgias contaminadas são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido

falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria;

- d) cirurgias infectadas são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

2.3.3 O Programa de Controle de Infecção Hospitalar

Segundo PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.4 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UMA CCIH

O planejamento estratégico deverá ser dividido em formulação das estratégias e paralização das estratégias. Realiza-se a análise dos ambientes interno e externo da Comissão. No ambiente interno se analisarão os pontos fortes e oportunidades para melhoria. Podem ser pontos fortes da CCIH: seus recursos humanos; equipamentos e instalações; meios de comunicação. Por outro lado, as oportunidades para melhoria podem ser o oposto das citadas acima, bem como: falta de estímulos para o grupo funcional; falta de treinamento; metodologia de trabalho inapropriada etc. No ambiente externo se procurará identificar as ameaças e as oportunidades ao desenvolvimento das atividades da Comissão. Entre as ameaças pode-se listar: novas legislações e regulamentações; falta de apoio da alta direção do hospital; possibilidade de terceirização, no caso de ser serviço próprio;

falta de entrosamento com os serviços de microbiologia, enfermagem, higiene, lavanderia e central de materiais esterilizados; falta de reconhecimento pelo corpo clínico. Entre as oportunidades podem ser listadas: o bom entrosamento com os serviços citados acima; o apoio e envolvimento da alta direção; pressão da opinião pública; disponibilidade de informação; decisões de governo para estimular o trabalho das CCIH.

Operacionalização das estratégias. A partir da análise de cenários se definem os fatores críticos de sucesso para a CCIH e destes os focos estratégicos que irão desdobrar-se em ações estratégicas e estas em planos de ação. Os planos de ação contém as tarefas a serem desenvolvidas; os agentes que irão desenvolvê-las; as metas a serem alcançadas e os indicadores para medi-las; os prazos a serem cumpridos; e os recursos necessários. O planejamento estratégico de uma CCIH terá, em média, de dois a três focos estratégicos; estes serão desdobrados em quatro a cinco ações estratégicas e dez a vinte planos de ação. Um planejamento estratégico deve cobrir de três a cinco anos, devendo ser revisto e atualizado, no mínimo, anualmente. Planos que necessitem ajustes mais frequentes ou intensos, precisam ser profundamente reestudados, pois não devem estar alinhados com as estratégias do hospital; podem estar fora de contexto interno e/ou externo não respondendo às necessidades da CCIH e/ou do hospital.

3 METODOLOGIA

Na sequência, é descrita a metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

3.1 TIPO DE PESQUISA

O tipo de pesquisa a ser realizado será o projeto de intervenção que tem como pressuposto a pesquisa ação. É um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2005)

Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem uma situação problema e há necessidade de informações para solucioná-lo.

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, onde ocorre o delineamento e a proposta de intervenção para a implantação de um SCIH no Hospital de Olhos do Rio Grande do Norte. As pesquisas descritivas têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, opiniões, atitudes, crenças. São, juntamente com as pesquisas exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos (GIL, 1999).

3.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO NO HOSPITAL DE OLHOS DE NATAL (RN).

Este tópico destina-se a descrição do projeto de intervenção, abordando a implantação do SCIH.

3.2.1 A instituição em estudo

O hospital objeto de estudo é uma instituição privada, localizada na cidade de Natal/Rio Grande do Norte. A instituição foi inaugurada em 2010, onde atende particulares, planos de saúde e SUS em parceria com os municípios e Estado, designado para diagnosticar e tratar as afecções oftalmológicas. O prédio possui 3 pavimentos disponibiliza os serviços de ambulatorio, diagnósticos e cirúrgico. A equipe interdisciplinar é formada por 20 médicos, 1 enfermeira, 1 farmacêutica e 1 técnico em farmácia, 5 técnicos de enfermagem, além dos técnicos e administrativos que compõe o quadro, perfazendo um total de 50 funcionários. Nesse serviço estão cadastrados 70003 pacientes e são realizadas em média 3000 consultas/mês, 600 exames diagnósticos por mês e 200 cirurgias por mês, dentre as cirurgias encontram-se cirurgias de baixa, média e alta complexidade.

3.2.2 Implantação da CCIH e do SCIH na organização - Segundo PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998).

Para instituir esses serviços é necessário:

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

- 1.1. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;

- 1.2. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções hospitalares;

- 1.3. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

1.4. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

2. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

4. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

5. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

6. Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Caberá à autoridade máxima da instituição:

1. Constituir formalmente a CCIH; A composição da CCIH deve respeitar as características do hospital. Porém deve ser constituída, devido a porte do hospital em questão, de: (i) um representante do corpo clínico, (ii) um representante da Diretoria Administrativa; (iii) um representante da Diretoria de Enfermagem e, (iv) membros do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

2. O presidente deverá ser indicado pelo diretor clínico, dentre os membros da Comissão, e nomeado em ato oficial. O CCIH deve ser composto por: (i) um médico preferencialmente infectologista, com experiência em controle e prevenção de infecções hospitalares e carga horária específica para ações de controle de infecções hospitalares (1 hora/dia), (ii) um enfermeiro (2 horas/dia) com experiência em controle e prevenção de infecções hospitalares, (iii) os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária,

mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais. Devido ao hospital ser regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

3. Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
4. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
5. Aprovar a fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
6. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;
7. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
8. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;
9. Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

A Vigilância Epidemiológica das Infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo. São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objetivo de investigação epidemiológica específica. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital

3.2.3 Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) em oftalmologia

Os procedimentos operacionais padrão (POP's) são requisitos considerados essenciais para o estabelecimento e cumprimento das boas pratica medicas. A elaboração das POP's depende da própria legislação. Como base inicial para esse desenvolvimento, buscou-se copias de procedimentos de outros hospitais.

É o documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo que deve ser executado para o alcance da meta padrão.

Os POP's devem conter as instruções sequenciais das operações e a frequência de execução, especificando o responsável pela execução, listagem dos equipamentos; peças e materiais utilizados na tarefa, descrição dos procedimentos da tarefa por atividades críticas; de operação e pontos proibidos de cada tarefa; roteiro de inspeção periódicas dos equipamentos de produção.

Eles devem ser aprovados, assinados, datados e revisados anualmente ou conforme necessário. Um POP tem o objetivo de se padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, para o funcionamento correto do processo. Ou seja, um POP coerente garante ao usuário que a qualquer momento que ele se dirija ao estabelecimento, as ações tomadas para garantir a qualidade sejam as mesmas, de um turno para outro, de um dia para outro. Ou seja, aumenta-se a previsibilidade de seus resultados, minimizando as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias, independente de falta, ausência parcial ou férias de um funcionário.

Para transcrever as tarefas rotineiras que todos fazemos mecanicamente para uma folha de papel nem sempre é uma tarefa fácil, talvez seja um pouco cansativa, mas devemos tomar alguns cuidados:

- Evitar a cópia de procedimentos de livros ou de outras organizações; existem particularidades que só o nosso estabelecimento tem e isso é de fácil percepção por parte do responsável do estabelecimento ou ainda por ação de auditores;
- A pessoa que executa a tarefa é quem deve colaborar com o desenvolvimento do procedimento, ele é o dono do processo.

O conteúdo do POP, assim como sua aplicação, deverá ter o completo entendimento e familiarização por parte dos funcionários que tenham participação direta e/ou indireta na qualidade final daquele procedimento. Normalmente a

ingerência de supervisores, coordenadores e diretores neste ponto é uma das causas de ineficiência na implantação de um Sistema da Qualidade. Cabendo aos mesmos as responsabilidades pela revisão e aprovação do POP.

Os principais passos para se elaborar um POP, são:

1. Nome do POP (Rotina para Limpeza, Desinfecção e Esterilização de materiais, Rotina para limpeza e desinfecção de superfícies);
2. Objetivo do POP (a quem ele se destina qual a razão da sua existência e importância);
3. Documentos de referência (quais documentos poderão ser usados ou consultados quando alguém for usar ou seguir o POP). Podem ser Manuais, outros Pops, Códigos;
4. Local de aplicação (onde se aplica aquele POP; por exemplo, na Central de Material Esterilizado (CME), se for um POP de Rotina para Limpeza, desinfecção e esterilização de materiais)
5. Siglas; caso siglas sejam usadas no POP, dar a explicação de todas: CME = Central de Material Esterilizado; DML = Depósito de Material de Limpeza);
6. Descrição das etapas da tarefa com os executantes e responsáveis;
7. Se existir algum fluxograma relativo a essa tarefa, como um todo, ele pode ser agregado nessa etapa;
8. Informar o local de guarda do documento, e o responsável pela guarda e atualização;
9. Informar frequência de atualização (Ex.: de 12 em 12 meses);
10. Informar em quais meios ele será guardado (eletrônico, computador ou em papel);
11. Gestor do POP (quem o elaborou e poderá alterá-lo);
12. Responsável por ele.

No Anexo 1, apresenta-se sugestões de POP's para esse serviço.

3.2.4 Antibiótico-profilaxia em cirurgias

Os oftalmologistas vêm realizando cirurgia intra-ocular há mais de 50 anos. No início, muitos tratamentos e regimes eram usados em tentativas clínicas de reduzir o risco de desenvolvimento de endoftalmite. Hoje, muitos oftalmologistas concordam que lavar a bolsa conjuntiva com uma solução de iodo-povidona é um dos melhores tratamentos profiláticos pré-operatórios. Resultados de estudos mostram que usar uma solução de iodo-povidona reduz muito o número de organismos na bolsa conjuntiva.

O uso de antibióticos em cirurgia vem sofrendo grandes modificações desde a década de 1960. Um dos motivos foi à capacidade da bactéria de desenvolver e transmitir resistência a novos fármacos. Porém, devido à grande complicação que teríamos se o paciente adquire-se uma endoftalmite (inflamações que atingem o segmento anterior e/ou posterior do olho) com perda da visão e possível cegueira a profilaxia com antibióticos tópicos e sistêmicos é uma pratica comum em oftalmologia, pois segundo os estudos houve uma diminuição das infeccoes pós cirúrgicas com o uso de antibióticos profiláticos (BUZARD, 2004).

A utilização de antibiótico profilático ao término das cirurgias também pode ser responsável por reações de toxicidade, sendo mais freqüente quando injetado ou irrigado em solução na câmara anterior (ALVES, 2013). Estudos demonstram preocupação com reação tóxica pela gentamicina e vancomicina intracamerular ou também injetados subconjuntival, além de desenvolver resistência antibiótica (GILLS, 1981; KRAMANN, 2001) Gills e Kramann fizeram um estudo sobre a profilaxia da endoftalmite com uso de cefotaxime intracamerular, não apresentando toxicidade significativa sobre o endotélio corneano após três meses de cirurgia. Em conclusão, esse estudo demonstrou que o risco de toxicidade e as taxas existentes de complicações infecciosas não indicam rotineiramente o uso de antibióticos profiláticos. Embora a literatura sobre os potenciais benefícios da administração de antibióticos tópicos no pré-operatório não seja conclusiva, os oftalmologistas supõem que o risco de endoftalmite poderia ser reduzido ainda mais com um antibiótico mais eficaz, com menor resistência e um espectro mais amplo (TETZ, 2008). O antibiótico ideal para a redução do risco de endoftalmite deve ter um bom espectro bactericida que compreenda, também, as cepas resistentes, além de uma

boa farmacocinética que promova uma alta concentração do antibiótico nas estruturas oculares, em particular, na córnea e no humor aquoso.

A utilização de iodopovidona 5% na antissepsia da pele antes do procedimento cirúrgico na região das pálpebras e peri-orbitária é prática obrigatória em toda a cirurgia oftalmológica. A utilização de antibióticos no intra-operatório depende das características da própria cirurgia, se for considerada cirurgia limpa não se utiliza antibióticos, porém se for cirurgia potencialmente infectada, como trauma perforante ou endoftalmite, a utilização de antibióticos será realizada (HÖFLING-LIMA, 2002). A utilização dos antibióticos pós-operatórios varia muito com a experiência do cirurgião, porém a maioria opta por quinolonas de quarta geração.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Vivemos em um país aonde a pobreza e a falta de recursos para a saúde e a higiene da população por falta de recursos pessoais ou do Estado (sanitarismo) é muito elevada. Se nos países ditos do “Primeiro Mundo” onde existe esgoto e recursos para a saúde e a população não se encontra tão empobrecida podendo fazer a higiene pessoal e pós-cirúrgica, além de poder adquirir as medicações necessárias para sua recuperação, a infecção hospitalar é um grande problema meditamos então sobre esse ponto de vista.

No Brasil 15% dos pacientes internados contraem um ou mais episódios de infecção (BRASIL, 1985), e que entre 50.000 e 100.000 óbitos anuais estejam associados a sua ocorrência (GUIMARAES, 1985). Pensando não somente da saúde do indivíduo, mas da população devemos pensar em como agir nesses casos de infecções hospitalares passíveis de prevenção.

Sendo as principais causas de infecções hospitalares devido a problema de cuidado ao paciente, como ausência do hábito de lavar as mãos e a má técnica cirúrgica (HALEY; GARNER, 1986) e que em relação aos cuidados pessoais só podemos orientar os pacientes e esperar que eles cumpram a sua parte devemos nos esmerar do nosso lado em relação as técnicas cirúrgicas.

Como a endoftalmite é o pesadelo de todo cirurgião oftalmológico devido as suas catastróficas conseqüências (perda da visão e até perda do globo ocular), devemos nos preocupar repetidamente sobre esse assunto e fazer o possível para isso não ocorrer. Pensando nisso foi criada a Lei nº 9.431, (MS, 1997) decretando que todo hospital deve possuir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), tendo em vista que as infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), principalmente as adquiridas no ambiente hospitalar, estão entre as principais causas de morbidade e de mortalidade e, conseqüentemente, são as responsáveis pela elevação dos custos para o tratamento do doente.

Essa CCIH deverá criar Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), que envolve um conjunto de ações para a redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares (IH) e fiscalizá-las para que o serviço seja eficiente e efetivo. Para tanto se cria o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que irá orientar e coordenar as ações que serão instituídas e aplicadas. Para cumprir seu objetivo cria um conjunto de ações para a redução da incidência e gravidade das

infecções hospitalares (IH) e fiscalizá-las para que o serviço seja eficiente e efetivo e o seu corpo de trabalho é o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que irá orientar e coordenar as ações que serão instituídas e aplicadas.

Sendo o objetivo geral implantar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no Hospital da Visão em Natal no Rio Grande do Norte devemos então evidenciar as conseqüências da ausência da gestão do serviço de controle da infecção e que seria o aumento do numero de infeccoes hospitalares mais do que o estabelecido pelo MS ou pela própria instituição, se já tiver alcançado o do MS, levando a uma assistência de qualidade por dar importância a prevenção e controle das IH e para tanto devera elaborar um projeto de implantação de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, o qual é objeto do nosso projeto de intervenção.

5 CONCLUSÕES

A SCIH é obrigatória em todas as instituições médicas a partir de certo número de atendimentos e procedimentos realizados por dia, entretanto são poucos os serviços que seguem essa norma.

Para a melhoria da qualidade do atendimento e melhoria da assistência em saúde todos devem cumprir as Leis em relação aos cuidados com paciente; um projeto de intervenção destinado a este fim é de extrema importância não apenas para essa instituição, mas para o bom atendimento aos pacientes e à sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

- AC, Armond G.A.; CLEMENTE, W.T. Infecções hospitalares: Controle. São Paulo: Savier , 1997.
- CHOR, D; KLEIN, CH; MARZOCHI, K.B.F. Infecção hospitalar: comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. Cadernos de Saúde Pública, v. 6, n. 2, p. 201-217, 1990.
- EAC, Mendonça J.S.; AMARANTE. J.M.B. Infecções hospitalares: prevenção e epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- FREEMAN, J. E.; MCGOWAN, J. E. Jr. Differential Risks of Nosocomial Infection. Am. J. Med., n.70, p. 915-918, 1981.
- GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991.
- GUIMARAES, R. X. et al. Planejamento na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar (1ª parte) Laes Haes 6(4):8-61, 1985. [Links]
- HALEY, R. W.; GARNER, J.S. Infection Surveillance and Control Programs. In Bennett, J. V. e Brachman, P.S. Hospital Infection. Boston/ Toronto, Little, Brown and Co, 1986. Cap 3 p. 39-50. [Links].
- HALEY,R.W. et alii. The Efficacy of Infection Surveillance and Control Programs in Preventing Nosocomial Infections in U. S. Hospital. Am J Epidemiol. 121(2): 182-205, 1985.
- HOFLING - LIMA, A.L. et al . Alterações da microbiota conjuntival e palpebral após uso tópico de lomefloxacin e tobramicina na cirurgia de catarata e cirurgia refrativa. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo, v. 65, n. 1, jan. 2002.
- LACERDA, R.A. Ambiente da sala de operações: fonte de contaminação e relação com infecção em centro cirúrgico. In: Lacerda RA, organizadora. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo (SP): Atheneu; 2003.
- LACERDA, R.A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. Ver Latino-Am Enfermagem 2002; 10(1): 55-63.

MARTINS, M.A. Aspectos históricos da infecção hospitalar. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves MB Filho, Grinbaum RS, Richtmann R, organizadores. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo (SP): Sarvier; 1997. p.3-27.

Martins, M.A. Aspectos históricos da infecção hospitalar. In: Oliveira, A.C., Armond GA, Clemente WT, editores. Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.

MOTTA, E.C.; RAMOS, M.G.; SOUZA, R.D. Manual de procedimentos e condutas para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde 2012/2013. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG. 2012.

Oliveira A.C., Rocha L.C. Prevenção das infecções hospitalares cirúrgicas. In: Oliveira AC, Albuquerque CP, Rocha LC. Abordagem das infecções hospitalares: prevenção e controle. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 1997.

OLIVEIRA, A.C; ROCHA, L. C. Prevenção das infecções hospitalares cirúrgicas. In: Oliveira AC, Albuquerque CP, Rocha LC. Abordagem das infecções hospitalares: prevenção e controle. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 1997.

POVEDA, V.B. Análise dos fatores predisponentes à infecção do sítio cirúrgico em gastrectomia [dissertação de mestrado] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2004.

ANEXO A - Manual de procedimentos e condutas para prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde 2012/2013.

Universidade Federal de Juiz de Fora

Hospital Universitário

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - POP's SUGERIDOS
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Prevenção de infecção de sítio cirúrgico

1- Período Pré-operatório

1.1- Preparo do paciente

- Avaliação pré-operatória a nível ambulatorial.
- Organização do agendamento de internação e cirurgia.
- Compensar doenças subjacentes.
- Tratar infecções em sítio remoto, exceto nas situações em que o quadro clínico não permita o adiamento do procedimento.

2- Período Trans operatório

Recepção do paciente: Apoio psicológico pela equipe de enfermeiros do Bloco Cirúrgico.

Transferência Paciente: - respeitar o limite da área física,

2.1- Área Física do Centro Cirúrgico

- i. Vistoria preventiva do SEST para riscos de incêndios, explosão, riscos químicos, riscos de acidentes globais (geral).
- ii. Pisos e paredes de materiais lisos, não porosos, laváveis e resistentes ao fogo. Pisos anti-derrapante, com cores de revestimento claras e foscas. Portas com visores, preferencialmente de correr.
- iii. Sistema de Ventilação / Climatização

O sistema de ventilação dentro da sala cirúrgica tem dois objetivos:

- climatização – mantendo uma temperatura segura e confortável para o paciente e para a equipe cirúrgica, e

- redução da contaminação do sitio operatório e dos equipamentos cirúrgicos.

Ar condicionado central com controle de temperatura (21 24°C), umidade, pressão e filtração do ar (manutenção preventiva) – checagem de vazão, limpeza de ductos e grelhas e trocas de filtros. Manter janelas lacradas para não interferir com o sistema de ventilação, controlar o número de pessoas na sala, evitar a circulação de pessoal entre as salas e restringir conversação desnecessária durante o procedimento cirúrgico.

- iv. As portas da sala operatória devem ser mantidas fechadas, exceto para a passagem de equipamentos, pessoas e pacientes, limitando a entrada às pessoas essenciais.

2.2- Fluxo de trabalho

Rotinas definidas de fluxo unidirecional e racional de materiais e equipamentos, prevenindo que sejam confundidos os estéreis ou limpos com os já utilizados.

2.3- Centro Cirúrgico dividido em três áreas

- i. Irrestritas: Profissionais podem utilizar roupas comuns e circular sem limitações, tais como vestiários e salas administrativas externas.

- ii. Semi restritas: Utiliza-se roupa privativa e gorro, em áreas de processamento, e estocagem de artigos, corredores e salas internas.

- iii. Restritas: Consiste nas salas cirúrgicas, com materiais estéreis expostos, sendo necessária utilização de roupa privativa, gorro e máscara, além do controle do número de pessoas.

2.4- Limpeza

- i. Ambiente da sala cirúrgica deve ser adequadamente limpo a cada procedimento realizado.

- ii. Antes da primeira cirurgia do dia, todas as superfícies horizontais devem sofrer limpeza, (água e sabão + álcool 70%).

- iii. Limpeza terminal deve ser realizada diariamente, após a última cirurgia do período, incluindo todas as superfícies e acessórios da sala.

(Remover os artigos e medicamentos das caixas protetoras e limpar todos os equipamentos antes de entrar no centro cirúrgico).

- iv. Limitar ao mínimo o número de pessoas na sala cirúrgica.

2.5- Paramentação Cirúrgica

- i. Usar máscara que cubra por total a boca e nariz quando da entrada na sala cirúrgica se a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto.
- ii. Usar gorros que cubram por completo cabelos da cabeça e face quando da entrada na sala cirúrgica.
- iii. Utilizar capotes e vestimentas cirúrgicas que sejam barreiras efetivas caso sejam molhadas ou contaminadas (materiais que resista a penetração de líquidos).
- iv. Trocar vestimentas que apresentarem-se visivelmente sujas, contaminada por sangue por material potencialmente contaminante.
- v. Usar propés ao entrar no centro cirúrgico.
- vi. Utilizar luvas estéreis após a escovação das mãos e antebraços.

Colocar as luvas após estar paramentado com o capote estéril. Uso de dois pares de luvas ou mesmo que troque a cada hora da cirurgia independente de perfuração.

2.6- Perfuração de luvas

É evidente que quando se percebe uma luva perfurada, deve-se trocá-la imediatamente, levando-se em conta a preocupação com a biossegurança, bem como com a possibilidade de contaminação do paciente.

3- Período pós-operatório

3.1- Higiene das mãos antes e após os procedimentos.

3.2 – Técnica asséptica no manuseio da ferida cirúrgica e de dispositivos invasivos como sonda vesical, cateter venoso ou arterial periférico e central;

3.3 – Cuidados com a ferida cirúrgica sem infecção

3.3.1- Curativo da ferida cirúrgica deve ser realizado com técnica asséptica, utilizando barreiras de precaução padrão.

3.3.2 – Em casos de ferida operatória limpa e sem drenagem, a cobertura estéril que protege a pele pode ser retirada 24h após o procedimento cirúrgico.

3.4 – Cuidados com ferida cirúrgica com infecção

3.4.1 – A escolha do curativo adequado irá depender da avaliação da ferida quanto ao exsudato e presença de sinais infecciosos.

3.4.2 – A utilização da gaze nos leitos dos tecidos podem causar prejuízo aos tecidos neoformados, por isso é necessário a troca freqüente do curativo.

3.4.3 – A gaze é permeável a microorganismos, podem soltar fios e fibras que atuam como corpo estranho e podem provocar inflamação e infecção. Portanto, a gaze seca não deve ser colocada diretamente sobre lesão / ferida aberta.

3.4.4 – O filme transparente semipermeável é uma barreira efetiva contra a contaminação externa, porém, não deve ser utilizada em feridas com drenagem e nem nas primeiras 24h de pós-operatório, devido à liberação de exsudato.

3.4.5 – Recomenda-se coleta de material para cultura quando:

- a ferida cirúrgica ou dreno apresenta secreção purulenta;
- a ferida cirúrgica ou dreno apresenta drenagem de secreção não purulenta após terceiro dia da cirurgia e há sinais inflamatórios locais ou febre;
- abertura da incisão para drenagem de secreção ou hematoma;
- reoperação por suspeita de ISC profunda ou específica (coleções e próteses infectadas).

3.4.6 – Cuidados com a coleta da secreção de ferida operatória

- descontaminar as margens da lesão com clorexidina alcoólica;
- limpar com soro fisiológico 0,9%;
- coletar material na parte mais profunda da ferida, utilizando, de preferência, aspirado com seringa e agulha;
- swabs (menos recomendados) devem ser utilizados quando os procedimentos acima não forem possíveis;
- não coletar pus emergente;
- não é recomendada a cultura de lesões secas e crostas, a menos que a obtenção de exsudato não seja possível;
- a coleta de ferida de queimadura deve ser realizada após extensa limpeza e desbridamento da lesão, sendo a biópsia de pele o mais recomendado.

ANEXO B - MINISTÉRIO DA SAÚDE, GABINETE DO MINISTRO, PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998.

O art. 87, inciso II da Constituição, e Considerando as determinações da Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares; Capítulo 1 art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistências e das atividades preventivas”, atividade fiscalizadora os órgãos Estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso VI); diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares; redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Ministério da Saúde prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 e órgãos de defesa consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua) todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

2.1 A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1 O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3 Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

2.3.1 serviço médico;

2.3.2 serviço de enfermagem;

2.3.3. serviço de farmácia;

2.3.4. laboratório de microbiologia;

2.3.5 administração.

2.4 Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1 e 2.3.2.

2.5 Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

2.5.1 Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1 Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2 A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número 2.5.1

2.5.1.3 Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

2.5.1.3.1 Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos;

2.5.1.3.1.1 Pacientes de terapia intensiva adulto, pediátrico e neonatal);

2.5.1.3.1.2 Pacientes de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3 Pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4 Pacientes submetidos a transplantes de órgãos;

2.5.1.3.1.5 Pacientes hematoológicos;

2.5.1.3.1.6 Pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2.5.1.4 Admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1;

2.5.1.5 Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1, a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6 Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7 Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8 O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais competentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

COMPETÊNCIAS

3. A CCIH do hospital deverá:

3.1 Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

3.1.1 Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;

3.1.2 Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnicooperacionais, visando à prevenção de controle das infecções hospitalares;

3.1.3 Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.4 Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.2 Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

3.3 Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

3.4 Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

3.5 Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicooperacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6 Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicooperacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

3.7 Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

3.8 Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

3.9 Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

3.10 Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitada pelas autoridades competentes;

3.11 Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

3.12 Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

4. Caberá à autoridade máxima da instituição:

4.1 Constituir formalmente a CCIH;

4.2 Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

4.3 Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

4.4 Aprovar a fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

4.5 Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

4.6 Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

4.7 Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;

4.8 Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, compete:

5.1 Definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;

5.2 Apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.3 Coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.4 Estabelecer normas gerais para a prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.5 Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar;

5.6 Promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimento do controle de infecção hospitalar;

5.7 Cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;

5.8 Identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;

5.9 Prestar cooperação técnica, política e financeira, aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle das infecção hospitalar;

5.10 Acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;

5.11 Estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;

5.12 Estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;

5.13 Planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;

5.14 Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;

6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle das Infecção Hospitalar, compete:

6.1 Definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;

6.2 Estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle das infecção hospitalar;

6.3 Descentralizar as ações de prevenção e controle das infecção hospitalar dos Municípios;

6.4 Prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;

6.5 Coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;

6.6 Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;

6.7 Informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

7. Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

7.1 Coordenar as ações de prevenção e controle das infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;

7.2 Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de controle das infecção hospitalar;

7.3 Colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;

7.4 Prestar apoio técnico às CCIH dos hospitais;

7.5 Informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Conceitos básicos.

1.1 Infecção comunitária (IC):

1.1.1 E aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

1.1.2 São também comunitárias:

1.1.2.1 Infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintoma fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2 A infecção em recém nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3 As infecções de recémnascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2 Infecção Hospitalar (IH):

1.2.1 é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1 Princípios:

2.1.1 O diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1 Evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2 Resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.

2.1.1.3 Evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4 Endoscopia;

2.1.1.5 Biópsia e outros.

2.2 Critérios gerais:

2.2.1 Quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado em germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2 Quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionou-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3 São também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas de internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4 As infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5 Os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/ Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica.

3.1 As infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2 A classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

3.2.1 Cirurgias Limpas são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

3.2.2 Cirurgias Potencialmente Contaminadas são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil contaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3 Cirurgias Contaminadas são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou

grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se inclui nesta categoria.

3.2.4 Cirurgias Infectadas são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

ANEXO C - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.

1. Vigilância Epidemiológica das Infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo;

2.1 São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objetivo de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrico/neonatal).

Queimados, são;

5.1 Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2 Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentam infecção hospitalar no período

considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período.

5.3 Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período.

5.4 Taxas de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolvam infecção hospitalar e como denominador total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento. Exemplos:

- Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.
- Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical.
- Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5 Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1 e 5.2 sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1 O número de pacientes/dia é obtidos somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6 Recomendam-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

5.6.1 O número de pacientes/dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7 Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8 Frequência das Infecções Hospitalares por Microorganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microorganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

5.9 Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microorganismo sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de

cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

5.10 Indicadores de uso de antimicrobianos.

5.10.1 Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado, Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

5.10.2 Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

5.11 Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

5.12 Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epidemiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11, no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados.

6.Relatórios e Notificações

6.1 A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

6.2 O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

6.3 É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

6.4 O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar

do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

ANEXO D - LAVAGEM DAS MÃOS

Seguem as orientações para Lavagem das mãos:

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente.
2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.
3. Uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.
4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre uma das atividades.

4.1 A lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos são realizadas sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de antiséptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1 A lavagem das mãos com antiséptico é recomendada em; realização de procedimentos invasivos; prestação de cuidados a pacientes críticos; contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis da assistência hospitalar.

6.1 A distribuição e a localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO E - RECOMENDAÇÕES GERAIS

As recomendações gerais apresentadas abaixo refletem as normatizações. São elas:

1. A utilização dos antisépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1 Não são recomendadas, para a finalidade de antisséptica, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, 1994 princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, ou outras que as complementem ou substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde Manual de Lavanderia Hospitalar, 1ª edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde Guia Básica para a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam (of. nº 31/98) Diário oficial 13/05/98 Seção I Pág. 133 à 135.