



Recomendações gerais sobre a Desospitalização de Pacientes colonizados por Microrganismos Multirresistentes

para serviços de saúde e serviços de interesse à saúde

1. INTRODUÇÃO

Os microrganismos considerados multirresistentes (MMR) estão geralmente associados à colonização ou à infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). As bactérias, assim como outros microrganismos, possuem alta capacidade de sofrer mutações e adquirir genes de resistência, tornando-se resistentes aos antimicrobianos. O amplo uso de antimicrobianos provoca pressão seletiva de modo que as cepas mais resistentes persistem, propagam-se e acumulam mecanismos de resistência¹.

A definição de MMR mais utilizada é a presença de microrganismo resistente a três ou mais classes antimicrobianas, independente do mecanismo de resistência¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a resistência microbiana é um grave problema de saúde pública e está associada ao aumento do tempo de internação, dos custos de tratamento e das taxas de morbimortalidade dos pacientes. Embora a transmissão de microrganismos multirresistentes (MMR) seja reportada com maior frequência em unidades críticas e de cuidados intensivos, todos os serviços de saúde são afetados pela seleção e disseminação de MMR¹.

2. COLONIZAÇÃO X INFECÇÃO

A distinção entre colonização e infecção leva em consideração não apenas o sítio corporal de onde o microrganismo foi isolado, mas também as condições clínicas do paciente. A colonização é a presença de microrganismos sem que ocorram alterações nas funções normais do órgão/tecido ou resposta imune inflamatória; já na infecção, os microrganismos estão se multiplicando em grande quantidade e provocam alterações orgânicas¹. Dessa forma, do ponto de vista clínico, a colonização por MMR não resulta em impactos no organismo do indivíduo colonizado.

3 . CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES COLONIZADOS POR MMR

A segurança do paciente deve se perpetuar para além do ambiente hospitalar e, dessa forma, os serviços de atenção domiciliar (SAD), as Instituições de Longa Permanência (ILP) e os serviços de assistência ambulatorial também possuem a responsabilidade de prestar um atendimento seguro e de qualidade ao paciente.¹

Atualmente questiona-se a respeito das medidas que devem ser seguidas após a alta do paciente portador de MMR, pois os dados da literatura não possuem evidências satisfatórias. **O fato do paciente estar colonizado ou infectado por um MMR não contraindica a alta do paciente para seu domicílio ou sua transferência para instituições de longa permanência, desde que as recomendações estejam claras e que a condição clínica do paciente permita.**¹

É importante ressaltar que, normalmente, microrganismos multirresistentes estão associados a infecções em ambiente hospitalar. Fatores intrínsecos do próprio paciente (doenças crônicas, imunossupressão), associado a ao uso de antibióticos mais potentes, uso de dispositivos invasivos (sondas, acessos venosos) entre

outros, contribuem para incidência desses microrganismos em pacientes internados. Dessa forma, MMR que são bem-sucedidos na comunidade precisam ser capazes de competir com outra flora microbiana em configurações específicas de microbioma, como pele, narinas, boca e intestino, além disso, coexistir com os sistemas imunológicos de hospedeiros humanos saudáveis.⁶ De uma forma geral, a colonização por MMR não constitui uma ameaça para indivíduos hígidos na comunidade.

Os cuidadores devem receber orientações por escrito sobre a conduta com o paciente. De um modo geral, fora de serviços de saúde as medidas devem ser adotadas mais para proteção do paciente, pois **o risco de contaminação de MMR para indivíduos saudáveis e na comunidade é mínimo.**¹

A higienização das mãos de forma frequente e adequada é fundamental no manejo pós-alta e é a medida mais simples, eficiente e de baixo custo para evitar a transmissão de microrganismos, seja em serviços de saúde ou na comunidade (anexo). Além da higiene das mãos, o ambiente deve ser limpo diariamente.

3.1 ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE AMBULATORIAIS

Para estabelecimentos classificados como serviços de saúde aplica-se a legislação vigente relacionada ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e à segurança do paciente, tal como a RDC n° 63/2011, a RDC n°42/2011 e a RDC n° 36/2013, de acordo com o tipo de estabelecimento. Serviços de Atenção Domiciliar - SAD e serviços de diálise devem seguir as legislações específicas - RDC n°917/2024 e RDC n°11/2014, respectivamente - além das recomendações técnicas para garantir o correto manejo de pacientes portadores de microrganismos multirresistentes, que incluem as medidas de precaução padrão acrescidas de medidas de precaução de contato.

Não é justificável a recusa de pacientes portadores de MMR por parte de serviços de saúde, que legalmente precisam garantir estrutura e processos para o adequado manejo e atendimento desses pacientes.

De acordo com a RDC n° 36/2013 todos os serviços de saúde devem possuir e implementar um Plano de Segurança do Paciente que envolve a prevenção e o controle das IRAS. Como preconizado para qualquer instituição de saúde, as precauções padrão devem ser seguidas para todos os pacientes. Quando houver a identificação de que o paciente é portador ou tem risco para MMR, a utilização de aventais e luvas deve ser adotada nos momentos de assistência direta ao paciente a fim de evitar a transmissão desses agentes para outros pacientes, profissionais e ambientes.

A duração necessária das precauções de contato para pacientes infectados/colonizados por um MMR continua sendo uma questão não resolvida. Os pacientes podem permanecer colonizados por períodos prolongados, a transmissão de MMR pode ser intermitente e as culturas de vigilância podem não detectar sua presença, devido à baixa sensibilidade.¹

3.2 ORIENTAÇÕES: PACIENTES DE ALTA PARA DOMICÍLIO

Além das orientações gerais de higiene de mãos e limpeza do ambiente descritas no tópico 3 - “*Considerações gerais para alta hospitalar*”, recomenda-se para pacientes portadores de MMR que recebem alta para seu domicílio:

a) Não é necessário separar os talheres e outros utensílios do paciente e a limpeza com água e sabão é suficiente;
b) Quanto à rotina da residência, os familiares/cuidadores deverão ser orientados para manter maior rigor na prática de higiene de mãos além de algumas medidas específicas com a manipulação das roupas e do ambiente:

- O chão do quarto e do banheiro que o paciente utiliza devem ser higienizados diariamente com água e desinfetante (por exemplo, hipoclorito de sódio) e as superfícies mais próximas ao paciente com álcool a 70%.
- Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.
- Se houver roupas sujas com secreções ou fezes, elas devem ser lavadas separadamente e não devem ser agitadas/sacudidas. Após manipular essas roupas, higienizar as mãos com água e sabonete líquido.

c) Os cuidados com o paciente pós-alta variam de acordo com a situação clínica de cada um, como por exemplo, se há presença de dispositivos invasivos (gastrostomia, traqueostomia, sonda enteral, colostomia, sonda vesical), bem como a presença de secreções por feridas e presença de diarreia. Nestas condições os profissionais

responsáveis pelo manejo dos dispositivos deverão seguir as recomendações de boas práticas para os cuidados com dispositivos invasivos, inclusive medidas de precaução padrão conforme o risco de exposição a fluidos corporais.

3.3 ORIENTAÇÕES: PACIENTES DE ALTA PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

As instituições de longa permanência – ILP são classificadas como serviços de interesse à saúde e não fazem parte do escopo das normativas referentes a estabelecimentos de saúde; em sua maioria, não contam com legislação específica que regulamente a prestação de serviços assistenciais. **Entretanto, são recomendadas as medidas de boas práticas para o controle de infecções e para a segurança dos residentes em instituições de longa permanência.**

Os serviços de longa permanência podem ser definidos como instituições de acolhimento e/ou assistência à saúde para indivíduos com incapacidades ou deficiências que não os permitem viver de forma independente na comunidade e, neste contexto, tais locais constituem residência para os indivíduos atendidos. Os cuidados prestados nessas instituições são diversificados e por vezes complexos, destinados a pessoas de todas as idades, seja por cuidadores ou profissionais de saúde.³

Especificamente, **as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI devem observar o disposto na RDC nº502/2021.** Neste sentido, a instituição deve elaborar um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, prever atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção, conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes, possuir comprovação da vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde, além de dispor de rotinas e procedimentos escritos referentes ao cuidado com o idoso. Neste sentido, entende-se que está prevista a adoção de boas práticas no cuidado envolvidas com a proteção e a promoção da saúde e a prevenção de doenças para esses residentes, portanto, são necessárias ações de prevenção e controle de infecções.

Conforme abordado no item 3 desta nota, **não há contraindicações para o recebimento de residentes portadores de MMR em instituições de longa permanência.**

As principais considerações sobre residentes colonizados por MMR em ILP são:

- De acordo com a literatura, os residentes de ILP apresentam altas taxas de colonização por MMR, em decorrência, principalmente, da transferência dos residentes para hospitalizações frequentes, do uso prévio e/ou excessivo de antibióticos e da presença de fatores de risco associados a cepas resistentes (tais como uso de dispositivos invasivos, desnutrição, lesões por pressão, imunossupressão, entre outros).³
- Para a grande parte da população residente de ILP, em algum momento será necessário o atendimento e a internação em hospitais, o que implica como consequência na colonização de alguns residentes por MMR. Independente disso, o uso indiscriminado de antimicrobianos nessas instituições de longa permanência também é um fator que acarreta na colonização dos residentes por MMR, mesmo sem a identificação desses casos pela ILP.
- O número de comorbidades dos pacientes institucionalizados, o compartilhamento de espaços e objetos comuns, o contato com os profissionais da saúde e cuidadores, associado a possíveis falhas de controle de infecção e a utilização de antibióticos são fatores de risco que contribuem para a colonização por microrganismos multirresistentes⁷.
- Em relação ao risco de os residentes de ILP desenvolverem infecções de uma forma geral, independentemente da colonização por MMR, deve-se considerar, além dos extremos de idade, as comorbidades, o grau de dependência dos residentes e principalmente a presença de dispositivos invasivos (tais como sondas nasoeserais, nasogástricas gastrostomias, traqueostomias, cateteres vesicais de demora e até mesmo cateteres venosos centrais).

Considerando os fatores de risco acima apresentados, é necessária a implementação de medidas efetivas para a prevenção da transmissão de doenças entre os residentes em caso de infecções transmissíveis diversas (infecções de trato gastrointestinal, de vias respiratórias, de pele, entre outras), e em casos de colonização a depender dos fatores individuais e coletivos analisados. Tais medidas incluem o uso de precauções apropriadas no ambiente de atendimento, cuidados na limpeza e higienização do ambiente e de materiais,

higienização das mãos e manejo de antimicrobianos.

É necessário esclarecer que a ILP representa uma residência para o indivíduo colonizado por MMR. Além do contato entre os residentes, há também o compartilhamento de materiais e ambientes, sendo a instituição de precauções específicas um grande desafio para essas instituições. **A precaução de contato por MMR deve ser avaliada individualmente, sendo sua indicação e também a sua duração dependentes da presença de portas de saída e da contenção ou não de excreções ou secreções do indivíduo colonizado. Ainda, do ponto de vista social e psicológico, ressalta-se que o isolamento desses residentes por longos períodos acarreta em impactos negativos.**

4. ANEXO

ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE RESIDENTES COLONIZADOS POR MMR EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

1. Higiene das Mãos deve ser realizada com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica.

A higiene das mãos (HM) é um dos pilares da prevenção de infecções, sendo uma das mais importantes estratégias de precaução padrão disponíveis.

A higienização pode ser feita com água e sabonete líquido, quando as mãos estiverem visivelmente sujas, ou com preparação alcoólica, quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Ao realizar a higiene das mãos com preparação alcoólica é importante atentar que as mãos estejam secas antes de prosseguir nas suas atividades.

A higienização das mãos deverá ser realizada pelos cuidadores durante os cuidados prestados observando os momentos adequados conforme preconizado pela organização mundial de saúde (OMS).

Figura 1: Meus 5 momentos para higienização das mãos:

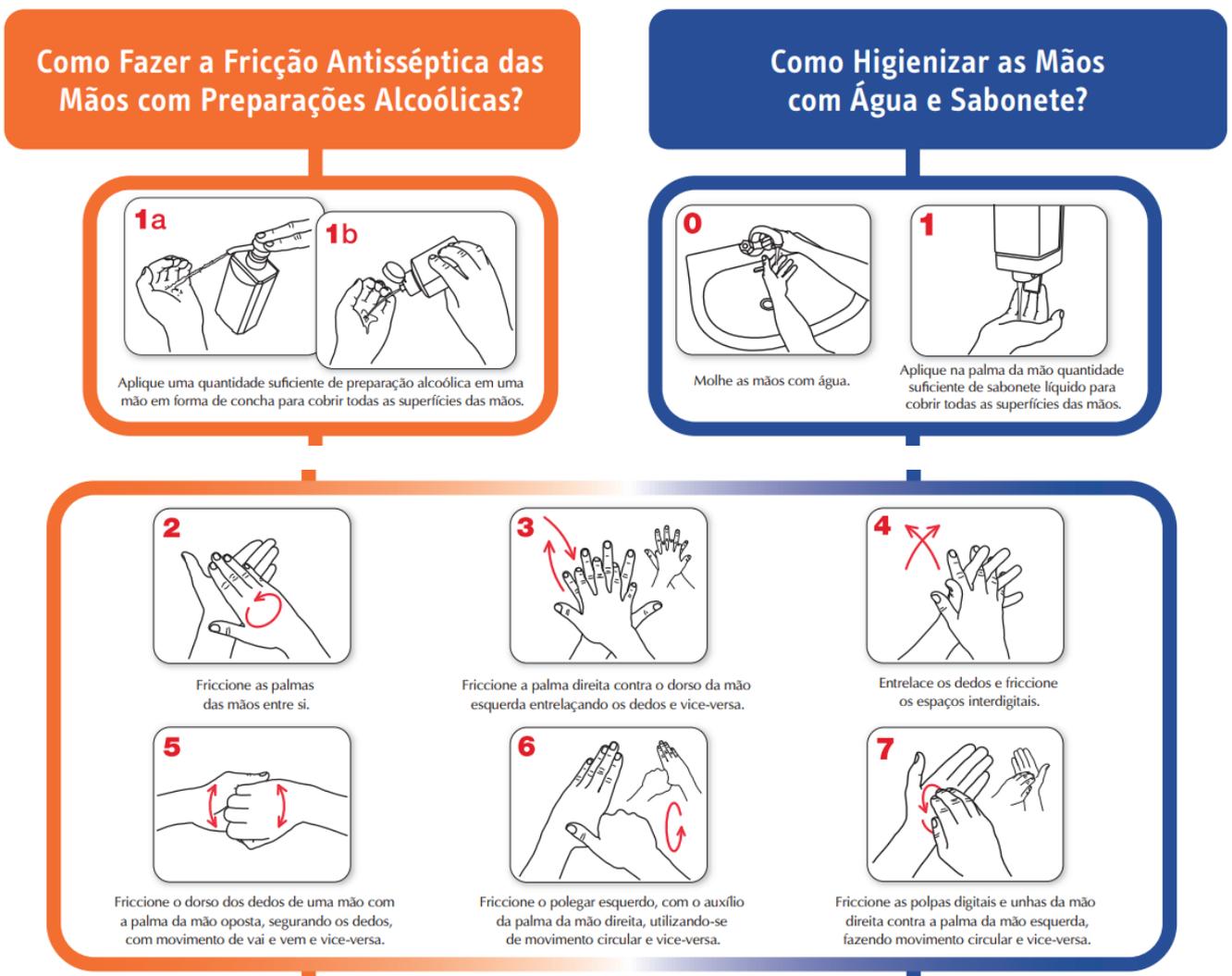
Seus Momentos para a Higiene das Mãos

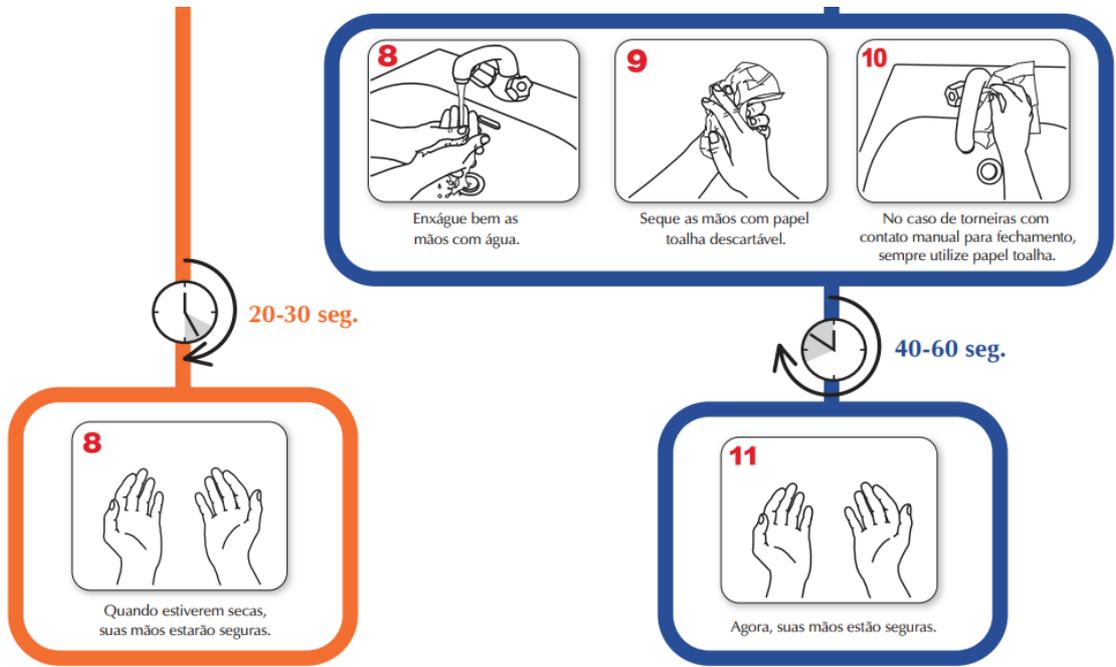
Cuidados de saúde em uma unidade residencial de idosos



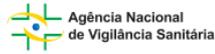
| | | |
|----------|--|---|
| 1 | ANTES DE TOCAR O PACIENTE | Quando Higienizar as mãos antes de tocar o paciente. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos carreados em suas mãos |
| 2 | ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ ASSÉPTICO | Quando Higienizar as mãos imediatamente antes da realização de procedimento limpo/asséptico. Por que Para proteger o paciente contra os micro-organismos, inclusive os do próprio paciente. |
| 3 | APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS | Quando Higienizar as mãos imediatamente após um procedimento com risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente. |
| 4 | APÓS TOCAR O PACIENTE | Quando Higienizar as mãos imediatamente após tocar o paciente, ao finalizar o cuidado ou quando o cuidado for interrompido. Por que Para proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente. |

Figura 2: Técnicas de higienização das mãos:





WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



2. Avaliação da instituição de Precaução de Contato

Devido ao fato de a instituição ser a moradia do paciente, o **isolamento (precaução de contato) é bastante discutido e analisado caso a caso, pois este pode trazer consequências negativas quanto à saúde mental destes residentes.**

- A precaução de contato requer o uso de luvas e aventais durante o contato com o residente portador de MMR, adicionalmente à prática de higienização das mãos.
- A precaução de contato deve ser instituída durante o manejo de dispositivos invasivos dos residentes portadores de MMR.
- Os equipamentos/materiais de cuidado como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser, preferencialmente, de uso exclusivo do residente. Se compartilhados, devem passar por limpeza e desinfecção com álcool a 70% entre o uso.
- Quartos individuais são indicados para estes residentes, caso não seja possível, pode-se alocar os residentes por isolamento de coorte (manter no mesmo quarto indivíduos colonizados por MMR).
- Em última hipótese, recomenda-se a alocação destes moradores em conjunto a demais residentes considerados de baixo risco para infecção/colonização, ou seja, que não estejam em uso de antibióticos, não sejam imunossuprimidos, que não tenham feridas abertas, drenos, sondas ou cateteres.

Figura 3. Precauções de contato.



3. Limpeza do ambiente

Melhorar a limpeza e desinfecção dos quartos e ambientes compartilhados de pacientes portadores de MMR, com periodicidade e produtos saneantes adequados.

Desinfecção diária de superfícies de alto contato: reforçar a necessidade da limpeza e desinfecção de objetos e superfícies, principalmente as mais tocadas, contribui para reduzir o risco de contaminação das mãos dos cuidadores que prestam assistência aos residentes.

O chão do quarto e do banheiro que o paciente utiliza devem ser higienizados diariamente com água e desinfetante (por exemplo, hipoclorito de sódio) e as superfícies mais próximas ao paciente/residente com álcool a 70%.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Anvisa. Prevenção de Infecções por Bactérias Multirresistentes em serviços de saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2021.
2. Organização Mundial da Saúde. Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência. OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.
3. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Prevenção e Controle de Infecções Associadas à Assistência Extra-hospitalar: atenção primária, ambulatório, serviços diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo, 2019.

4. Brasil. Anvisa. Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 502 de 27 de Maio de 2021. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos.

5. Janotti, Leticia. Ocorrência de colonização e infecção relacionada à assistência à saúde no contexto da pandemia de COVID-19 em hospitais no estado do Rio de Janeiro: uma análise baseada em dados secundários / Leticia Janotti. -- 2023.

6. DUIN. D. V. PATERSON.D. Multidrug Resistant Bacteria in the Community: Trends and Lessons Learned Infect Dis Clin North Am. Author manuscript; available in PMC 2017 June .

7. Pagnussat.L.R ; Pasqualotti.A. Anais do II Simpósio da Rede dos Programas Interdisciplinares sobre Envelhecimento – Reprinte 2018 V. 16 - N. 1 - Jan./Abr. 2019



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA BARCELOS MARTINS IWAKAWA - Matr.1442402-9, Gerente de Serviços de Saúde**, em 17/01/2025, às 18:59, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO DE ASSIS REPUBLICANO SILVA - Matr.1401255-3, Gerente de Apoio à Fiscalização**, em 22/01/2025, às 19:21, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA DO SOCORRO XAVIER FELIX - Matr.1682674-4, Gerente de Risco em Serviços de Saúde**, em 24/01/2025, às 18:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAELLA BIZZO POMPEU VIOTTI - Matr.1435604-X, Enfermeira**, em 27/01/2025, às 08:41, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=160607125)
verificador= **160607125** código CRC= **6538577C**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SEPS Q 712/912 Edifício CEREST - Bairro Asa Sul - CEP 70390125 - DF
Telefone(s):
Sítio - www.saude.df.gov.br