

2017

# Relatório GRSS N° 03/2017

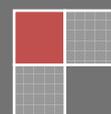
Análise dos dados referente às Visitas Técnicas aos Serviços de Controle de Infecção dos hospitais do Distrito Federal, 2016.

- Relatório 2016 -

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Elaboração:  
Priscilla Leal Moreira

Revisão:  
Fabiana de Mattos R. Mendes  
Hilda Carla Marques Vieira  
Rafaella Bizzo Pompeu Viotti



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
METODOLOGIA.....	4
RESULTADOS ENCONTRADOS NAS VISITAS TÉCNICAS NO ANO DE 2016.....	6
DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

## **INTRODUÇÃO**

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam importante problema de saúde mundial, sendo responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes, além de estender seu tempo de internação, com consequente elevação nos custos assistenciais.

A vigilância epidemiológica das IRAS nos hospitais públicos, privados e militares do Distrito Federal (DF) é realizada pelos seus respectivos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

No Distrito Federal, a Gerência de Riscos em Serviços de Saúde (GRSS) foi criada em novembro de 2014 na estrutura da Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVISA) da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, tendo como um dos objetivos avaliar os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar do Distrito Federal quanto ao cumprimento das legislações vigentes e orientações de boas práticas.

O presente Relatório tem por objetivo apresentar o diagnóstico situacional dos Serviços de Controle de Infecção dos hospitais do DF no ano de 2016, com discussão comparativa ao ano de 2015.

## METODOLOGIA

Os resultados apresentados neste relatório foram obtidos por meio de visitas técnicas realizadas aos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, compilados em planilha de banco de dados interno.

As visitas foram realizadas conforme cronograma previamente estabelecido, e tiveram início no ano de 2015, com posterior alteração metodológica no ano de 2016.

No ano de 2015, entre 11 de fevereiro e 17 de dezembro, foram visitados 37 hospitais, entre públicos, privados e militares, com o objetivo principal avaliar itens relativos ao funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais do DF.

Para tanto, foi utilizado instrumento com perguntas objetivas, em forma de *check list*, elaborado pela GRSS. O instrumento objetivava verificar o cumprimento das legislações pertinentes ao controle de infecções e outros itens considerados fundamentais à boa atuação dos serviços, tais como: Ata de Nomeação da CCIH, Regimento Interno de seu funcionamento, Atas das reuniões da CCIH, registros de treinamentos em prevenção e controle de IRAS, existência de protocolos elaborados, dentre outros.

As não conformidades encontradas, bem como o prazo para saná-las, foram elencadas em relatório descritivo elaborado pela equipe da GRSS para cada instituição visitada.

Em 2016, foram visitados 38 hospitais dos 42 programados, entre públicos, privados e militares. O monitoramento foi realizado entre 10 de março e 07 de dezembro, com o objetivo principal de avaliar as práticas de prevenção e controle de IRAS nas unidades assistenciais.

Para tanto, foi reformulado o instrumento de *check list*, com o objetivo de verificar se as práticas de controle e prevenção de IRAS estavam sendo aplicadas em unidades assistenciais, tais como: protocolos de prevenção e taxas de IRAS disponíveis nas unidades, *bundles* (pacotes de medidas de prevenção de IRAS) implementados, observação direta de técnica correta de higienização das mãos, adesão às precauções adicionais e outros processos importantes na prevenção das infecções.

Dos 38 hospitais visitados, 32 SCIH foram avaliados com aplicação de *check list* em unidade assistencial, sendo 29 unidades críticas e 03 semi-críticas. Quanto aos demais serviços, 05 foram avaliados pela primeira vez, com aplicação de *check list*

inicial de avaliação exclusivamente documental. 01 serviço não foi avaliado, devido à ausência de profissionais para prestar as informações necessárias.

As não conformidades encontradas, bem como o prazo para saná-las, foram elencadas em relatório descritivo elaborado pela equipe da GRSS para cada instituição visitada.

A equipe técnica da GRSS foi acompanhada por um auditor fiscal de atividades urbanas da vigilância sanitária, profissional responsável pela emissão dos termos fiscais cabíveis à ação.

## **RESULTADOS ENCONTRADOS NAS VISITAS TÉCNICAS NO ANO DE 2016**

### **1. Constituição da CCIH e Elaboração do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)**

De acordo com a Portaria MS 2616/1998, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

A GRSS entende que o PCIH deve contemplar medidas de prevenção, monitoramento e controle das IRAS, conforme o perfil institucional, de forma resumida, porém, abrangendo todas as ações que o SCIH irá realizar ao longo do ano, contemplando as prioridades e metas que se deseja alcançar por um período, o tipo de trabalho desenvolvido e parcerias estabelecidas. Entende ainda que o PCIH de cada instituição é único, visto que se baseia nas particularidades do serviço, no que tange à área física, corpo de funcionários, administradores, serviços de apoio, clientela atendida, natureza econômica, dentre outros. Para tanto, a caracterização do estabelecimento é de extrema importância, sendo indispensável o conhecimento do número de leitos, especialidades oferecidas, procedimentos realizados, serviços terceirizados, existência de leitos críticos, unidades de apoio, dados estatísticos, entre outros, para encaminhamento de todas as questões técnicas. O PCIH deve ser atualizado anualmente e discutido juntamente com os membros consultores e executores da CCIH, para estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica, educação continuada, revisão e elaboração de protocolos, normas e rotinas, auditorias internas (visitas técnicas), definição e análise de indicadores, entre outros. Não há PCIH eficaz sem a integração dos diversos serviços da instituição, considerando que a tarefa de reduzir a incidência das IRAS é uma meta abrangente de todo o hospital.

Durante a visita técnica, quando necessário, foram fornecidas orientações sobre o teor do PCIH, porém, a título de tabulação dos dados, foi considerada somente a existência ou não do programa.

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

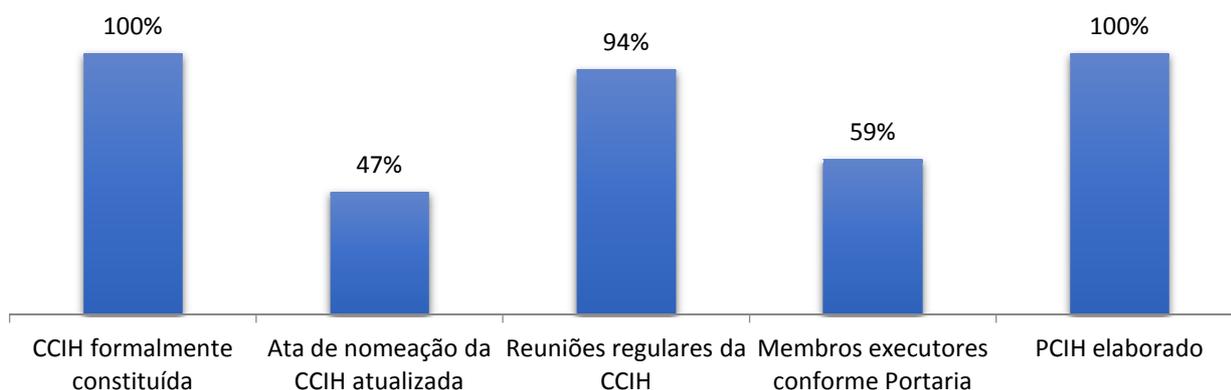
deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH são de dois tipos: consultores e executores.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção hospitalar e, portanto, são encarregados da execução programada de controle de infecção hospitalar. Os membros executores deverão ser, 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. Nos hospitais com leitos destinados a paciente 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 críticos ou fração.

No gráfico abaixo, observa-se que todos os serviços avaliados possuem um PCIH elaborado e CCIH constituída. Porém, apenas 15 (n: 32) tem suas atas de nomeação atualizadas e 19 (n: 32) possuem membros executores conforme exigência da legislação.

94% dos serviços avaliados cumprem a determinação da RDC 48/2000 - ANVISA no que tange às reuniões da CCIH regulares e registradas em Ata. Para fins de avaliação, foram consideradas como regulares as reuniões ocorridas, minimamente, a cada seis meses.

Gráfico 1 - Funcionamento da CCIH, 2016

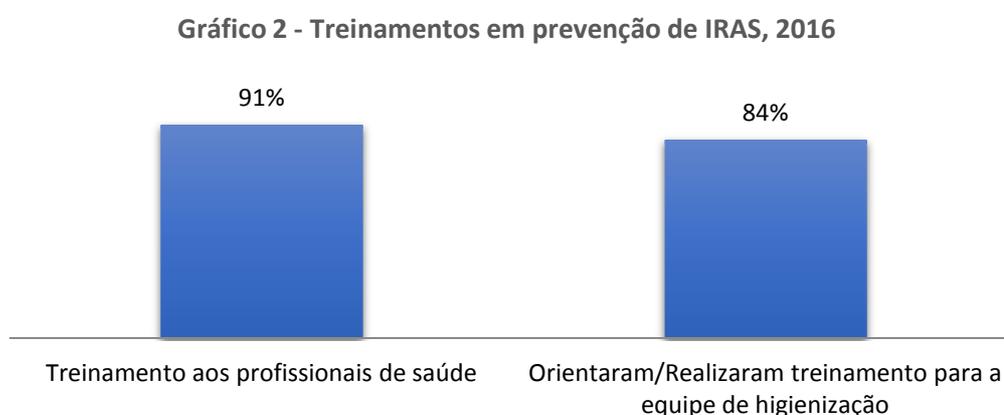


## 2. Treinamento em prevenção e controle das IRAS

O SCIH deve realizar capacitação periódica e/ou estabelecer programa de treinamento do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.

Quando questionados, os servidores de 91% das unidades assistenciais visitadas informaram receber treinamento periódico do SCIH.

84% dos serviços realizam, orientam ou validam os programas de capacitação voltados para o serviço de higienização e limpeza da instituição.

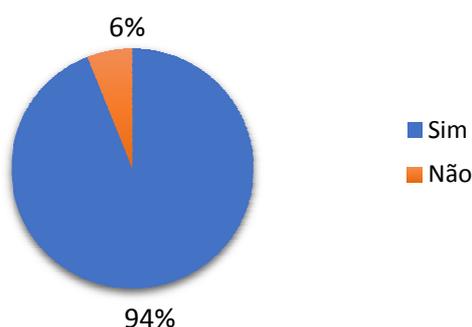


## 3. Auditorias Internas

Auditorias internas devem ser realizadas periodicamente pelos SCIH nas diversas unidades hospitalares, por meio de roteiros para verificar o cumprimento da legislação específica que trata do Controle de Infecção Hospitalar. Com base nas conclusões da auditoria, devem ser estabelecidas as ações corretivas necessárias para o cumprimento da legislação e das medidas de boas práticas de Controle de Infecção Hospitalar. Os resultados devem ser devidamente documentados e arquivados.

94% dos serviços avaliados comprovaram a realização de auditorias internas periódicas minimamente nas áreas críticas e áreas de apoio do hospital. Todos os resultados são encaminhados aos chefes dos serviços inspecionados e à direção da instituição.

Gráfico 3 - Realização de auditorias internas pela CCIH, 2016



#### 4. Protocolos de Prevenção de IRAS disponíveis na unidade

O SCIH deve elaborar e divulgar protocolos de prevenção de IRAS. Deve ainda realizar treinamento aos servidores para divulgação e aplicação dos procedimentos.

Os protocolos devem ser revisados e atualizados periodicamente e estar disponíveis, em local de fácil acesso, a todos os colaboradores das unidades assistenciais.

Durante as visitas técnicas, foi avaliado se os protocolos estavam completos, atualizados, divulgados e se os colaboradores estavam cientes de onde poderiam consultá-los.

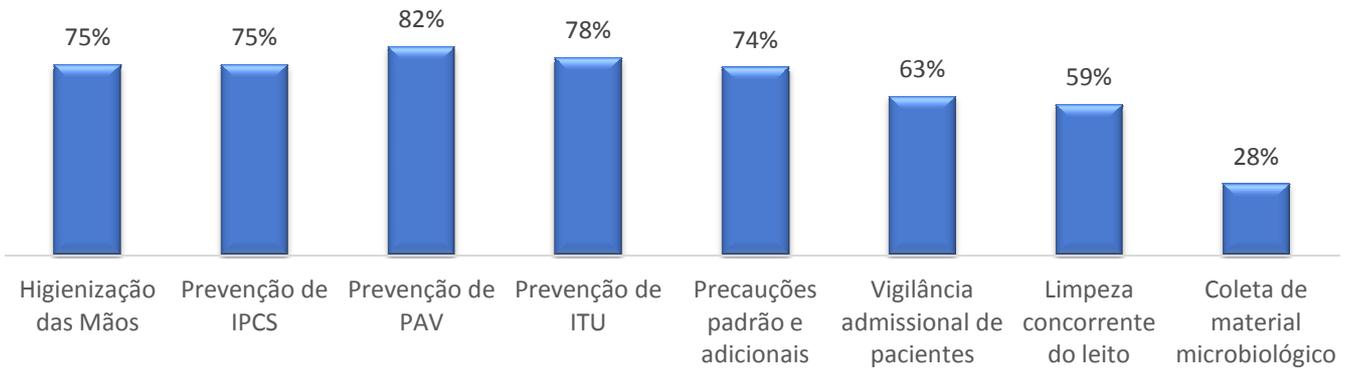
Para a tabulação dos dados, foi atribuído 0,5 ponto para os protocolos incompletos ou desatualizados.

Para o protocolo de coleta de material microbiológico, foi considerado completo o que continha, minimamente: hemocultura, urocultura, aspirado traqueal, ponta de cateter, fragmento de tecido, swab e líquido.

Quando questionados, servidores de 44% das unidades assistenciais visitadas desconheciam a existência e/ou a localização dos protocolos escritos de prevenção de IRAS.

Observou-se que, em algumas situações, o SCIH enviou os protocolos para o supervisor da unidade, entretanto este não os disponibilizou aos colaboradores.

Gráfico 4 - Protocolos de prevenção de IRAS disponíveis *in loco*, 2016



## 5. Bundles de prevenção de IRAS

*Bundle* é um pacote de medidas de impacto utilizadas para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. É uma forma estruturada de práticas baseadas em evidências que, quando executadas coletivamente e de forma confiável, pode melhorar os processos e, conseqüentemente, diminuir as taxas de IRAS.

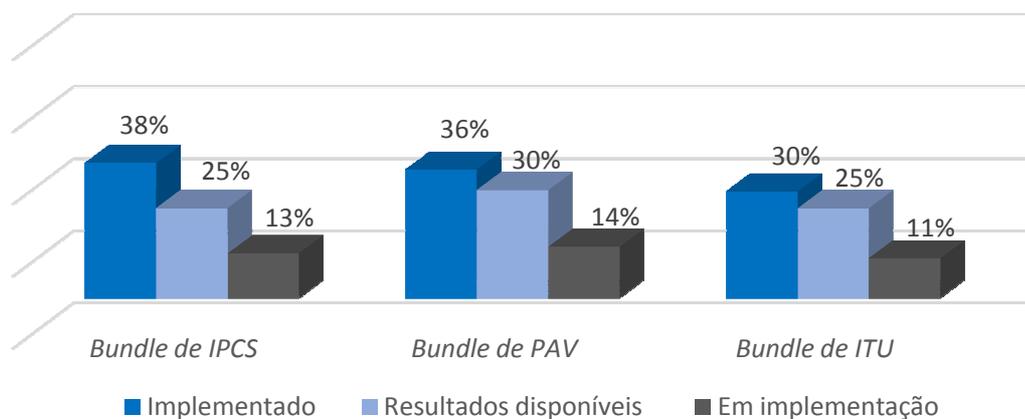
Os itens do *bundle* não têm o objetivo de ser apenas uma lista (*check list*) de elementos de cuidados relacionados aos dispositivos invasivos, mas sim de manter o foco em um grupo de intervenções, com regularidade e método. As melhorias começam a surgir quando são aplicados todos os componentes de cuidados do pacote. Sendo assim, a orientação é medir a adesão como um todo e não de apenas partes dele.

Quanto ao *bundle* para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS), 38% das unidades visitadas tinham-no implementado, sendo que, destes, somente 25% divulgavam os resultados aos servidores da assistência. 13% dos serviços apresentavam *bundle* para prevenção de IPCS em processo de implementação.

Quanto ao *bundle* para Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), 36% das unidades tinham-no implementado, sendo que, destes, somente 30% divulgavam os resultados aos servidores da assistência. 14% dos serviços apresentavam *bundle* para prevenção de IPCS em processo de implementação.

Quanto ao *bundle* para Prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU), 30% das unidades tinham-no implementado, sendo que, destes, somente 25% divulgavam os resultados aos servidores da assistência. 11% dos serviços apresentavam *bundle* para prevenção de IPCS em processo de implementação.

Gráfico 5 - Bundles de prevenção de IRAS, 2016



## 6. Observações de processos *in loco*

A higienização das mãos é considerada a medida de maior impacto e comprovada eficácia na prevenção das infecções, uma vez que impede a transmissão cruzada de microrganismos. Estudos mostram que uma maior adesão às práticas de higienização das mãos está associada a uma redução nas taxas das IRAS. Embora seja uma ação simples, o não cumprimento desta prática pelos profissionais de saúde ainda é considerado um desafio no controle de infecção dos serviços de saúde.

A higienização das mãos engloba a higienização simples com água e sabonete, a higienização antisséptica com água e antisséptico degermante, a fricção antisséptica com preparação alcoólica e a antisepsia cirúrgica das mãos com água, escova e antisséptico degermante.

A fricção com preparações alcoólicas é a técnica mais indicada para a higienização das mãos pelos profissionais de saúde, devendo ser realizada em cinco momentos: antes do contato com o paciente, imediatamente antes da realização de procedimentos assépticos, imediatamente após risco de exposição aos fluidos corporais, após o contato com o paciente e após o contato com superfícies próximas ao paciente.

A higienização simples das mãos com água e sabonete líquido deve ser realizada sempre que houver sujidade visível nas mãos e também pode ser usada nos cinco momentos descritos acima, no entanto, as preparações alcoólicas possuem maior eficácia antibacteriana e sua aplicação nas mãos é mais rápida.

O protocolo de higiene de mãos deve ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de sua realização exatamente onde o atendimento ocorre. Para tal, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos. Este produto deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento.

Conforme RCD nº42/2010 da ANVISA, é obrigatória a disponibilização de preparação antisséptica das mãos no ponto de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde do país. Define-se “ponto de assistência e tratamento” como: local em que ocorrem simultaneamente as presenças do paciente e do profissional de saúde e a prestação da assistência ao tratamento, envolvendo o contato com o paciente.

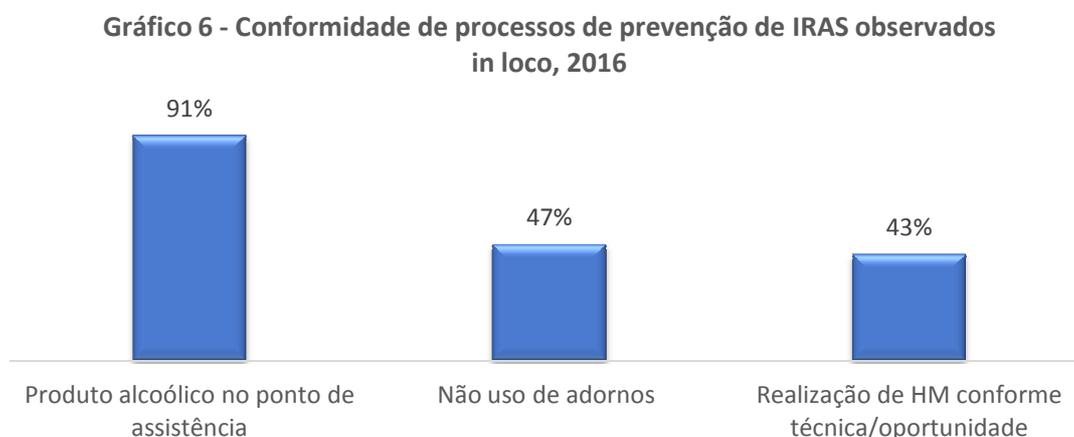
Para a realização de higiene das mãos eficaz, é necessário que o servidor não faça uso de adornos em punhos e dedos, uma vez que não é possível garantir a limpeza na superfície em que se encontram.

Ressaltamos que, conforme a NR 32, a proibição do uso de adornos deve ser observada por todo o colaborador do serviço de saúde, bem como por aqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde, independente de sua função.

Durante visita nas unidades assistenciais, observou-se que em apenas 43% dos serviços os colaboradores realizaram a higiene das mãos com a técnica correta e em todas oportunidades preconizadas.

Pode-se verificar que em 91% das unidades visitadas estavam disponíveis produtos alcoólicos no ponto de assistência, em fácil acesso.

Quanto à não utilização de adornos, colaboradores de apenas 47% das unidades avaliadas cumpriam a normativa.



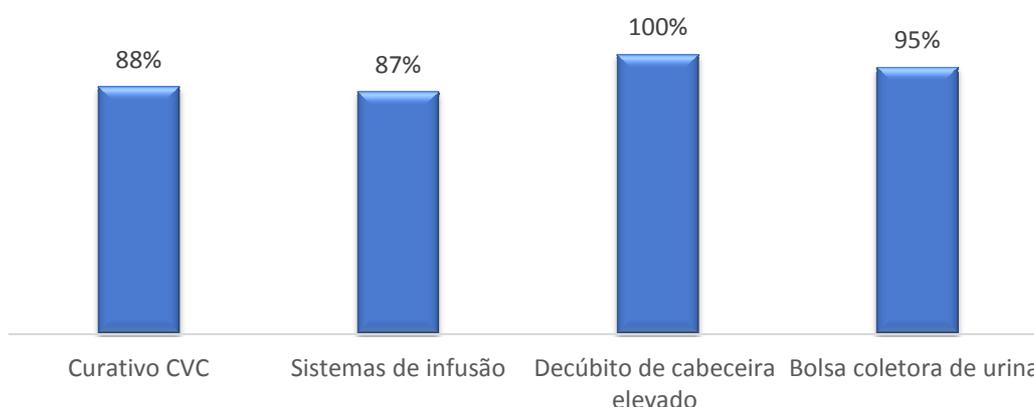
Grande parte das IPCS pode ser prevenida por meio da adesão às recomendações de boas práticas durante a manutenção e manuseio dos cateteres e sistemas venosos.

Em 88% das unidades avaliadas, o curativo do cateter venoso central (CVC) encontrava-se limpo, seco, identificado e dentro do prazo de troca. Em 87% delas, o sistema de infusão endovenosa estava corretamente identificado e dentro do prazo de troca.

Em todas as unidades assistenciais visitadas, os pacientes em uso de ventilação mecânica eram mantidos com elevação da cabeceira do leito em 30° a 45° (15°, em caso de pacientes neonatais). Salvo na existência de contraindicação, esta posição tem demonstrado associação com um risco reduzido de aspiração pulmonar. A utilização do decúbito elevado reduz o risco de aspiração do conteúdo gastrintestinal ou orofaríngeo e de secreção nasofaríngea, por este motivo, diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para a implementação desta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios quando na posição semi-recumbente.

Em 95% das unidades, a bolsa coletora de urina encontrava-se dentro do limite máximo de preenchimento (até dois terços do volume total) e posicionada abaixo do nível da bexiga, seguindo as recomendações para prevenção de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora.

**Gráfico 7 - Conformidade de processos de prevenção de IRAS observados in loco, 2016**



Em pacientes com doenças infectocontagiosas ou infectados/colonizados por bactérias multirresistentes devem ser instituídas medidas de precaução adicional em

adição às medidas de precaução padrão, o que inclui o uso de luvas, máscaras e capotes, dependendo da via de transmissão. Tais equipamentos de proteção individual devem ser retirados imediatamente ao sair da área/quarto de isolamento, seguido de higienização das mãos após a desparamentação.

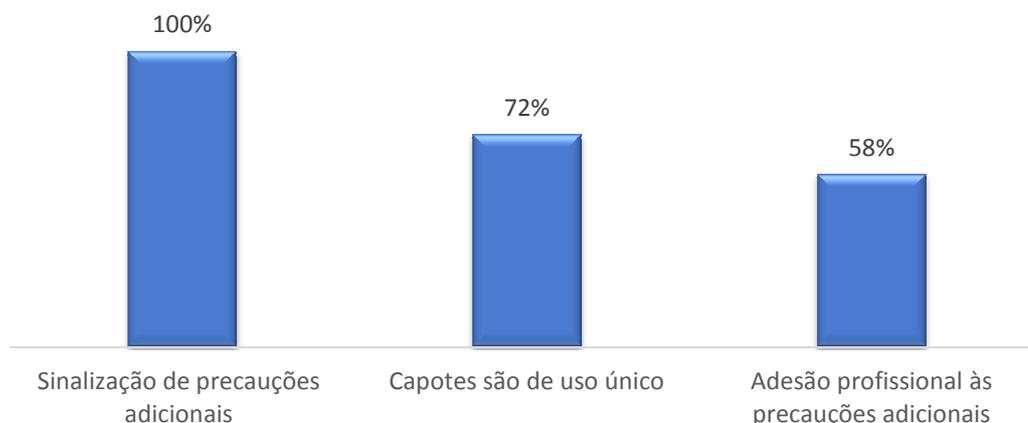
Durante a avaliação, colaboradores de apenas 58% das unidades aderiam corretamente às determinações das precauções adicionais (uso dos equipamentos de proteção indicados, processos de paramentação e desparamentação).

Em 72% dos serviços o capote utilizado para precaução adicional era de uso único (descartável após o uso).

Ressaltamos que, conforme literatura de referência para controle de infecção, caso não seja possível a utilização de capotes de uso único, o avental de tecido pode ser utilizado, desde que por um mesmo colaborador, do início ao término do seu plantão, quando não haja umidade ou sujidade visível. Para isso, o avental deve ser retirado com técnica adequada, ser de uso individual e mantido com acondicionamento adequado, de forma que não permita a contaminação da face interna e das superfícies ambientais. Nos serviços onde não é possível garantir as boas práticas, não é recomendado o uso de capotes de tecido.

Em todos os serviços avaliados havia a sinalização no leito/quarto dos pacientes em precauções adicionais, por meio de placas indicativas e/ou fitas no chão.

**Gráfico 8 - Conformidade de processos de prevenção de IRAS observados in loco, 2016**



Muitos microrganismos podem ser recuperados a partir do ambiente hospitalar com facilidade, incluindo locais próximos ao paciente. A sobrevivência dos agentes em superfícies pode variar de horas a meses, e as mesmas cepas presentes no paciente também podem estar em reservatórios ambientais dentro do serviço.

A manutenção da limpeza do ambiente hospitalar constitui uma base fundamental para as medidas de controle e prevenção de infecções. Devem ser elaborados, aprovados e aplicados os protocolos de limpeza e desinfecção do serviço de saúde, com descrição de produtos utilizados, técnicas e periodicidade conforme criticidade de áreas, entre outras orientações, tanto de superfícies (horizontais e verticais) quanto de equipamentos e mobiliários.

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza concorrente (diária) e limpeza terminal, que devem estar padronizados e implementados em todas as unidades.

As atribuições da equipe de enfermagem devem estar claramente definidas, devendo trabalhar em conjunto com a equipe de higienização na limpeza terminal e concorrente, respeitando as responsabilidades padronizadas em cada instituição.

A limpeza do ambiente hospitalar é de extrema importância na redução de infecções, descolonização de superfícies e na prevenção de contaminações cruzadas.

Deve ser estabelecida rotina de limpeza concorrente de todas as unidades dos serviços de saúde, com atenção a setores críticos. Na limpeza concorrente da unidade de internação do paciente, as superfícies horizontais que tenham maior frequência de contato com as mãos de profissionais e do paciente merecem maior atenção (mesa de cabeceira, grades de camas, bombas de infusão, respiradores, suporte de soro, monitores, telefones, maçanetas, entre outros). Para superfícies ambientais onde o contato com as mãos é constante, a Anvisa recomenda o aumento da frequência da limpeza e, em caso de precaução de contato, a limpeza seguida de desinfecção.

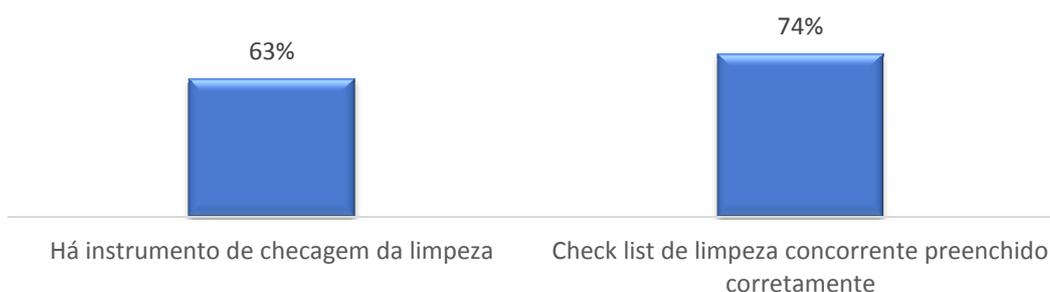
A limpeza terminal deve ser realizada de acordo com as áreas, e sempre após desocupação de leitos (alta, óbitos e transferências). Todos os setores hospitalares devem estabelecer cronograma de limpeza terminal programada, respeitando a criticidade das áreas. O procedimento de limpeza terminal inclui todas as superfícies verticais e horizontais (paredes, pisos, teto, bancadas, janelas, vidros, portas, painel de gases, peitoris) além de mobiliários e equipamentos como camas, colchões, macas, mesas de cabeceira e de refeição, bomba de infusão, respirador, dentre outros

Orienta-se que leitos ocupados por pacientes com internação prolongada sejam submetidos à limpeza terminal a cada 15 dias em áreas críticas, estabelecendo rodízio de leitos.

Recomenda-se monitorar e avaliar a realização e o desempenho da limpeza, para garantir uma limpeza ambiental consistente. Os procedimentos devem estar padronizados com rotinas pactuadas nos serviços de saúde, com descrição da frequência, responsáveis e condutas das equipes durante o processo.

Em 63% das unidades avaliadas estavam instituídos instrumentos de checagem de realização da limpeza concorrente. Destes, foram observados 74% preenchidos corretamente.

**Gráfico 9 - Conformidade de processos de prevenção de IRAS observados in loco, 2016**



## 7. Cálculo de adesão à Higiene das mãos

72% dos Serviços de Controle de Infecção mensuram a taxa de adesão à higiene das mãos, conforme orientado em Nota Técnica nº01/2015 (GRSS/DIVISA/SVS/SES-DF). Desses, apenas 17% divulgam os resultados obtidos aos colaboradores das unidades assistenciais.

**Gráfico 10 - Mensuração da Adesão à HM , 2016**



## 8. Indicadores de Resultado de IRAS

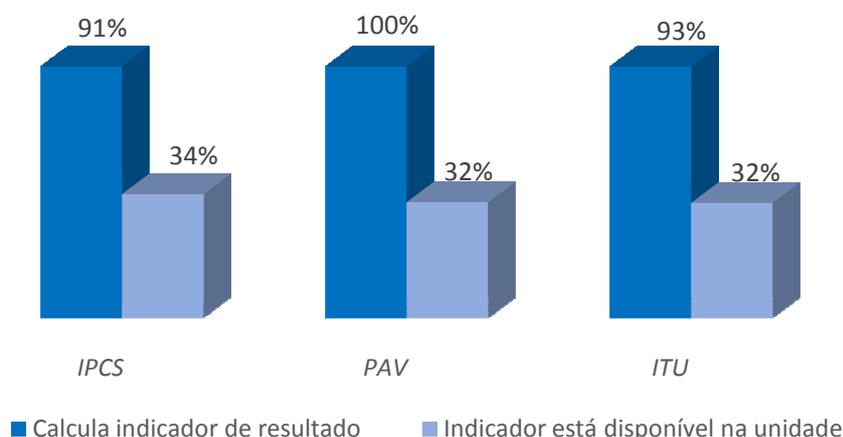
A Vigilância Epidemiológica das IRAS é o monitoramento ativo, sistemático e contínuo de sua ocorrência e distribuição entre pacientes, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

A partir do ano de 2010, os hospitais brasileiros foram orientados a diagnosticar as IRAS conforme Critérios Diagnósticos Nacionais, elaborados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O SCIH deve divulgar os resultados da vigilância das infecções à equipe multiprofissional das unidades, visando à avaliação periódica das medidas de prevenção e controle das IRAS. As ações de prevenção e controle de IRAS devem ser baseadas na avaliação dos indicadores da unidade.

Observou-se que, apesar da maioria dos serviços calcular os indicadores de resultado de IPCS, PAV e ITU, somente 32 a 34% das unidades assistenciais visitadas tinham as suas taxas de IRAS disponíveis aos servidores.

Gráfico 11 - Indicadores de IRAS, 2016



## 9. Perfil de sensibilidade e resistência microbiana

O SCIH deve elaborar o perfil de sensibilidade/resistência bacteriana, conforme culturas microbiológicas do hospital, a fim de direcionar o tratamento das IRAS mais

frequentes. Para tanto, é importante a interface do SCIH com o laboratório de microbiologia, assegurando também os alertas imediatos em caso de microrganismos de interesse institucional.

O perfil de sensibilidade das unidades deve ser amplamente divulgado ao corpo clínico, a fim de direcionar a prescrição dos antimicrobianos.

78% dos SCIH elabora o perfil da unidade, contemplando a prevalência dos microrganismos identificados no hospital, com o coeficiente de sensibilidade/resistência aos antimicrobianos. Desses, em apenas 32% estavam disponíveis aos médicos prescritores.

**Gráfico 12 - Perfil de Sensibilidade/Resistência microbiana, 2016**



## **10. Controle de antimicrobianos**

O controle de antimicrobianos é uma avaliação sistemática das prescrições. Auditorias e liberação prévia de antimicrobianos por especialista são consideradas estratégias importantes para o controle desses medicamentos, e devem ser realizadas por médicos ligados ao SCIH.

O princípio do controle é propiciar a melhor terapia antimicrobiana, baseando-se no menor espectro direcionado ao agente infeccioso, de melhor eficácia no sítio infectado, causando menores efeitos adversos ao paciente e de menor custo, sempre que possível, considerando o impacto na microbiota hospitalar.

O SCIH deve elaborar uma lista de antimicrobianos classificados como de uso restrito na instituição, considerando protocolos de tratamento, perfil de sensibilidade da unidade, custo e impacto na resistência microbiana.

A farmácia e o SCIH devem criar fluxo de recebimento dos formulários, critérios de seleção, avaliação, liberação e orientação.

O controle pode ser global ou direcionado a antimicrobianos restritos, podendo ser iniciada em áreas destinadas a pacientes críticos, até a implementação do processo em toda instituição.

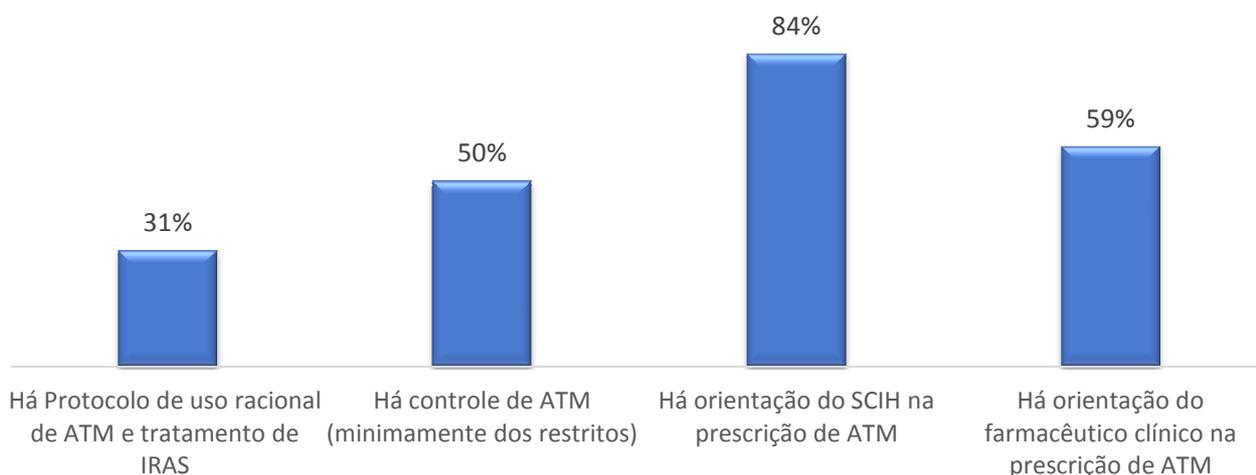
Metade dos serviços visitados realiza controle dos antimicrobianos, minimamente dos restritos, nas unidades críticas.

Protocolos com orientações sobre o uso de antimicrobianos demonstram ser bastante efetivos para promover o uso racional dessas drogas e ajudam a nortear condutas e prescrições. Em apenas 31% das unidades avaliadas estavam disponíveis os protocolos de uso racional de antimicrobianos, com descrição do tratamento das IRAS e tratamento de infecções por bactérias multirresistentes.

84% dos SCIH orientam a prescrição de antimicrobianos. O processo de controle dessas drogas deve ser educativo, com aproveitamento de oportunidades de contato com os prescritores para abordagens educacionais, e as não conformidades devem ser discutidas em equipe.

É de suma importância a participação do SCIH e farmacêutico clínico nas visitas multidisciplinares das unidades críticas, visando o melhor direcionamento possível do tratamento. Em 59% das unidades avaliadas, há orientação do farmacêutico clínico na prescrição dos antimicrobianos.

**Gráfico 13 - Controle de Antimicrobianos, 2016**



## 11. Comparativo 2015 – 2016

Em 2015, o objetivo das visitas técnicas era avaliar o cumprimento das legislações pertinentes ao controle de infecções. Nessas inspeções, eram verificadas as **documentações** que pudessem comprovar a atuação do Serviço de Controle de Infecção na instituição.

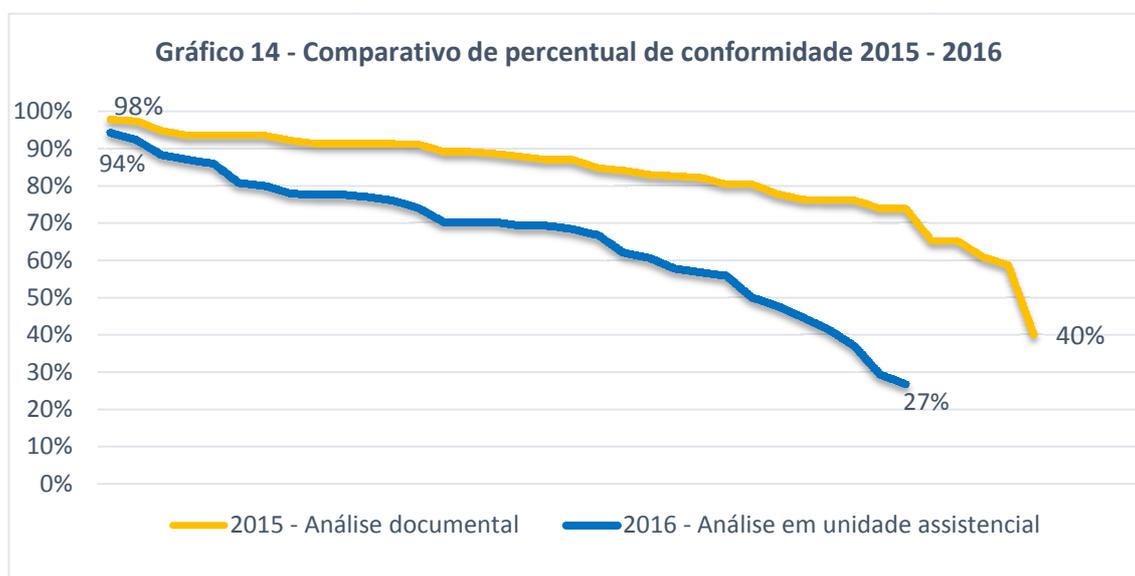
Em 2016, o objetivo passou a ser a avaliação das **práticas** de controle e prevenção de IRAS **aplicadas** nas unidades assistenciais.

Desta forma, por exemplo, os protocolos que em 2015 eram verificados somente quanto à elaboração, em 2016 foram avaliados quanto à sua disponibilidade nas unidades assistenciais, ciência dos colaboradores, bem como se as práticas padronizadas estavam sendo aplicadas.

Assim, em 2015, o percentual de conformidade das visitas técnicas variou de 40% a 98% entre os hospitais, com uma média de 83% de adesão aos itens do *check list*. Essa avaliação trata-se da existência de documentação referente ao cumprimento das legislações que normatizam o controle de infecção hospitalar, além de outros itens considerados como boas práticas para a atuação dos serviços.

Em 2016, ao analisarmos as práticas de controle e prevenção de infecções nas unidades assistenciais, observamos que o percentual de conformidade variou de 26,7% a 94,2%, com uma média de 66% de adesão aos itens do *check list*.

Conforme o gráfico 14, pode-se constatar que as avaliações documentais obtiveram melhores resultados (2015), em relação às avaliações de práticas assistenciais (2016).



Observa-se nos gráficos 15, 16 e 17 que, quando comparadas as análises documental com as análises em unidade assistencial por hospital, em 81% dos serviços houve declínio no percentual de conformidade de 2015 para 2016. Foi constatada maior discrepância nas taxas dos hospitais públicos.

Gráfico 15 - Hospitais Privados - Comparativo de Conformidade 2015 - 2016

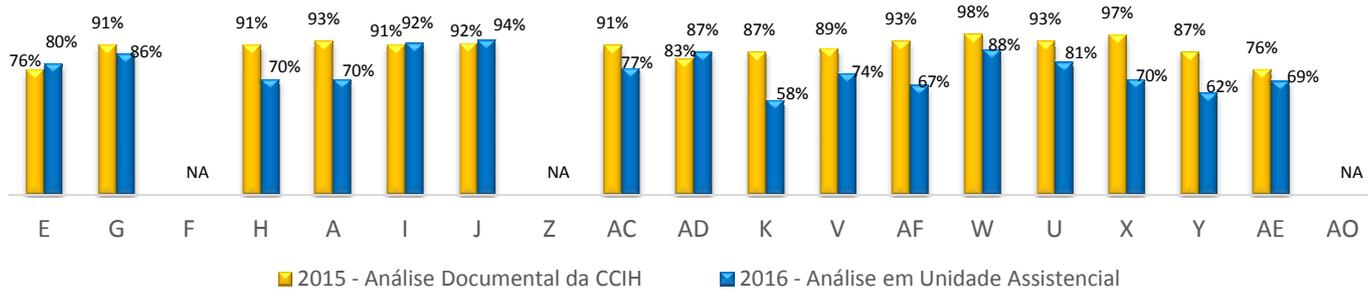


Gráfico 16 - Hospitais Públicos - Comparativo de Conformidade 2015 - 2016

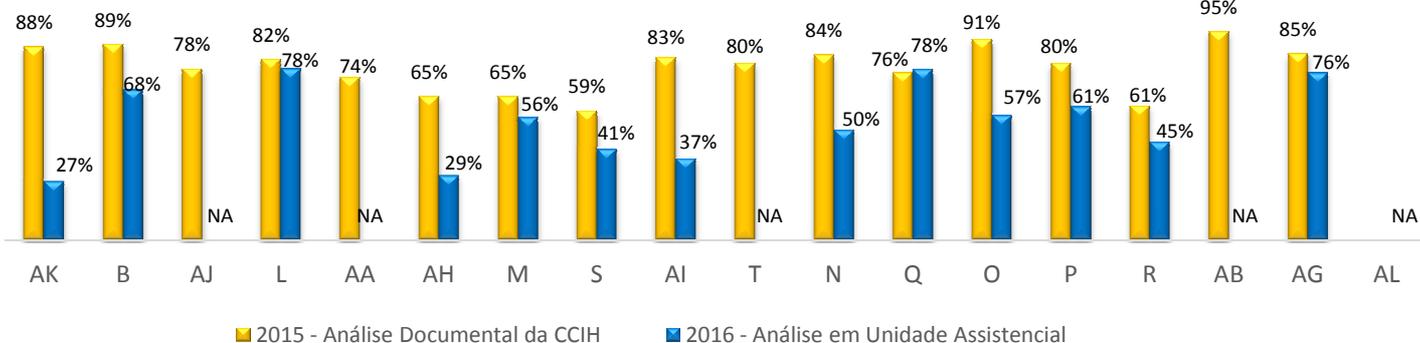
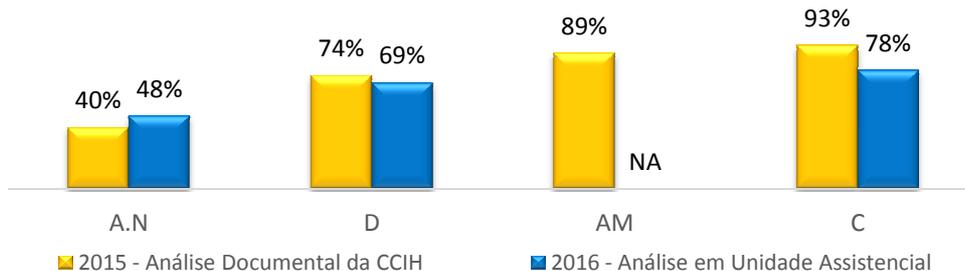


Gráfico 17 - Hospitais Militares - Comparativo de Conformidade 2015 - 2016



## DISCUSSÃO

Ao analisarmos comparativamente os dados obtidos nas visitas técnicas nos anos de 2015 e 2016, constatamos que, apesar do alto índice de conformidade na parte documental dos serviços, as práticas de controle e prevenção de IRAS não estavam sendo aplicadas de forma satisfatória pelos profissionais nas unidades assistenciais.

Quando questionados, colaboradores de 91% das unidades assistenciais visitadas informaram receber treinamento periódico do SCIH; em aproximadamente 75% dos serviços os protocolos de higiene das mãos e precauções padrão e adicionais estavam disponíveis. Porém, ao serem observados, somente em 43% dos serviços os colaboradores realizaram a higiene das mãos, com a técnica correta e em todas as oportunidades preconizadas; em 47% das unidades avaliadas os servidores não utilizavam adornos e em apenas 58% das unidades observou-se adesão dos profissionais às precauções adicionais de forma correta.

Dessa forma, considerando a discrepância entre as conformidades documentais e conformidades de observação prática, é importante a reflexão sobre a eficácia da metodologia das abordagens de capacitação, bem como a necessidade de mensuração da adesão à implementação dos protocolos nas unidades assistenciais. Quando a adesão é mensurada, é possível detectar as fragilidades do processo e, juntamente com a equipe, trata-las.

Analisamos, ainda, que dos 72% dos Serviços de Controle de Infecção que mensuram a taxa de adesão dos profissionais à higiene das mãos, apenas 17% divulgam os resultados obtidos aos colaboradores das unidades assistenciais. Apesar da maioria dos serviços calcular os indicadores de resultado de IPCS, PAV e ITU, somente 32 a 34% das unidades assistenciais visitadas tinham as suas taxas de IRAS disponíveis aos colaboradores.

Percebe-se, assim, que é necessário melhorar o processo de divulgação das informações e que, em geral, os profissionais das unidades assistenciais não conhecem sobre a incidência e prevalência das IRAS em seus setores. Além de melhorias em processos de trabalho e sistemas, é imprescindível avançar na comunicação. Desta forma, a divulgação dos resultados é uma ferramenta robusta para garantir o envolvimento e a responsabilização dos profissionais envolvidos com a assistência aos pacientes, melhorando assim, a adesão às boas práticas assistenciais. Sistemas seguros

têm uma cultura em que os resultados são divulgados e discutidos abertamente, enfatizando a busca de soluções e novas estratégias.

Analisamos também que em apenas 32% das unidades os perfis de sensibilidade/resistência microbiana estavam disponíveis aos médicos prescritores; 31% das unidades avaliadas apresentaram protocolos de uso racional de antimicrobianos, com descrição do tratamento das IRAS e tratamento de infecções por bactérias multirresistentes; e somente metade dos serviços visitados realiza controle dos antimicrobianos, minimamente dos restritos, nas unidades críticas.

Em relação aos resultados de uso racional de antimicrobianos, conclui-se que não há um controle efetivo dessas drogas em grande parte das instituições visitadas, o que caracteriza um dado preocupante no contexto da problemática da resistência microbiana em serviços de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

Diante do exposto, entendemos que os Serviços de Controle de Infecção e os gestores dos serviços de saúde, juntamente aos profissionais das unidades assistenciais, devem direcionar esforços para garantir a implementação das medidas técnicas e administrativas de prevenção e controle de IRAS na instituição.

A gestão institucional deve garantir a disponibilidade regular de insumos para limpeza e desinfecção do ambiente, medidas de precauções adicionais, tratamento adequado das infecções, procedimentos de identificação de microrganismos e, principalmente, garantir a disponibilidade de preparação alcoólica para higiene de mãos.

Os gestores das unidades são responsáveis por verificar o cumprimento das medidas de prevenção e controle de bactérias multirresistentes, apoiar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, manter divulgados os protocolos e estimular a participação de servidores nas ações de prevenção e controle das IRAS.

Os profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes participam diretamente na execução das medidas de controle de IRAS orientadas pelo SCIH e, por isso, são corresponsáveis pela manutenção da qualidade assistencial e prevenção de eventos adversos. Dessa forma, o trabalho do serviço de controle de infecção hospitalar

só terá êxito se a equipe envolvida implementar efetivamente as orientações em sua prática assistencial.

Ressalta-se que o controlador de infecção exerce um papel fundamental dentro das unidades assistenciais. Dentre todas as suas responsabilidades, ele pode estimular a mudança de comportamento dos profissionais de saúde. Para tanto, é necessário que seja participativo e envolvido com a equipe e os processos do cuidado ao paciente.

Com relação à gravidade da situação da resistência microbiana em todo o mundo, especialmente em serviços de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu objetivos estratégicos para enfrentamento, os quais orientamos a todos os hospitais, visto os resultados obtidos em relação ao uso racional de antimicrobianos:

- Melhorar a sensibilização e compreensão sobre a resistência antimicrobiana;
- Melhorar o conhecimento através da vigilância e investigação;
- Reduzir a incidência de infecção;
- Otimizar a utilização de agentes antimicrobianos;
- Garantir o investimento sustentável na luta contra a resistência antimicrobiana.

Para tanto, é imprescindível o comprometimento dos atores envolvidos no processo, cada um assumido e desempenhando seu papel de maneira a garantir que as ações serão implementadas. Muitos serviços têm iniciado suas ações de controle de antimicrobianos com unidades-piloto, onde são testadas as ferramentas, adequadas conforme as realidades e mensuradas, até que haja sucesso na execução do processo. Essa é uma excelente iniciativa para a implantação de um movimento tão desafiador quanto esse.

Por fim, entendemos que a promoção de uma assistência segura depende da criação de sistemas que antecipem as fragilidades do processo assistencial e que as previnam ou as capturem antes que causem danos aos pacientes, modelo que só é possível de ser seguido se houver o verdadeiro empenho e envolvimento de toda comunidade hospitalar.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANVISA. Nota Técnica nº 1/2010: Medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2010.

ANVISA. Nota Técnica nº 1/2013: Medidas de prevenção e controle de infecções por enterobactérias multirresistentes. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013.

ANVISA. RDC nº42/2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 out. 2010.

AVISA. RDC Nº07/2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 24 fev. 2010.

ANVISA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2012.

ANVISA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: Medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013.

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar - APECIH. Precauções e Isolamento. São Paulo, 2012.

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar - APECIH. Higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos em serviços de saúde. 3 ed. São Paulo, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.431, 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. DOU, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. DOU, 1998.

Brasil. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora/NR nº32. Dispõe sobre diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. DOU, 2005.

GRSS. Nota Técnica nº 1/2015: Orientações para medidas de prevenção e controle de bactérias multirresistentes na execução do Plano de Enfrentamento da resistência bacteriana nas áreas críticas dos hospitais públicos do GDF. Gerência de Risco em Serviços de Saúde. Brasília, 2015.

Organização Mundial de Saúde. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008.

Protocolo clínico: prevenção de infecção primária de corrente sanguínea relacionada a acesso vascular central. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente - PBSP, 2014.

Protocolo clínico: prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente - PBSP, 2014.

Protocolo clínico: prevenção de infecção de trato urinário associada ao uso de cateter vesical de demora. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente - PBSP, 2014. SIEGEL, J.D. et.al and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC. 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>

WACHTER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre, AMGH, 2013.