

**Estado de Santa Catarina
Universidade Federal de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
em Saúde
Gerência de Especialização e Projetos Especiais
Curso de Especialização em Gestão Hospitalar**

**O Controle da Infecção na Administração
Hospitalar**

Nieti Bolan Darella

**Florianópolis
1998**

**Estado de Santa Catarina
Universidade Federal de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
em Saúde
Gerência de Especialização e Projetos Especiais
Curso de Especialização em Gestão Hospitalar**

**O Controle da Infecção na Administração
Hospitalar**

**Nieti Bolan Darella
Professor Alcides Milton da Silva
Coordenador
Professor Octacilio Schüler Sobrinho
Orientador**

**Florianópolis
1998**

**Estado de Santa Catarina
Universidade Federal de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
em Saúde
Gerência de Especialização e Projetos Especiais
Curso de Especialização em Gestão Hospitalar**

**O Controle da Infecção na Administração
Hospitalar**

**Nieti Bolan Darella
Professor Alcides Milton da Silva
Coordenador
Professor Octacilio Schüler Sobrinho
Orientador**

Parecer _____

Prof. Alcides Milton da Silva

Prof. Octacilio Schüler Sobrinho

Prof. João Carlos Caetano

Agradecimentos:

*À Secretaria de Estado da Saúde ,
que oportunizou e financiou o curso;*

*Aos amigos do Hospital
Governador Celso Ramos,
que me apoiaram sem
restrições;*

*Aos meus familiares, por
torcerem por meu sucesso;*

*Aos colegas do curso, que,
com brincadeiras, brigas,
companheirismo, formaram
mais um grupo de amigos.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
ABSTRAT	7
BASE MONOGRÁFICA.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 - ABORDAGEM TEÓRICA:.....	11
3.2 - BASE TEÓRICA:	13
DESENVOLVIMENTO	15
4.1 - HISTÓRICO	15
4.2 - CONTEXTUALIZANDO NO BRASIL	16
4.2.1 - <i>Controle de Infecção na Proteção da Saúde do Trabalhador Hospitalar</i>	18
4.3 - TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO	19
4.3.1 - <i>Administração nos hospitais</i>	20
4.4-PORTARIA 2616/GM DE 12 DE MAIO DE 1998 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:.....	22
4.4.1 - <i>Organização</i>	24
4.4.2 - <i>Competências</i>	26
4.4.3 - <i>Conceitos e Critérios Diagnósticos das Infecções Hospitalares</i>	30
4.4.4 - <i>Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares</i>	32
4.4.5 - <i>Lavagem das Mãos</i>	35
4.4.6 - <i>Recomendações Gerais</i>	36
4.5 - COMPARANDO DADOS DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DA CCIH	37
CONCLUSÃO	40
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	42
ANEXO I.....	45
ANEXO II.....	51

APRESENTAÇÃO

Trabalho elaborado, a nível monográfico, para a conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, que resultou de um convênio entre a Universidade Federal de Santa Catarina e Secretaria de Estado da Saúde, através da FAPEU. Este convênio garantiu a gratuidade do curso para nós, servidores, e foi realizado com o objetivo de capacitar dirigentes hospitalares para executar com eficiência, eficácia sua gestão organizacional.

O controle de infecção na visão do administrador hospitalar é o tema desta monografia, e foi escolhido por se sentir a necessidade de mostrar, cientificamente, que este serviço é indispensável por vários motivos: qualidade da assistência prestada, diminuição de gastos, assessoria em pareceres, educação continuada, monitorização, etc. O embasamento científico foi sustentado por pesquisa bibliográfica.

Controle de Infecção Hospitalar são todos os atos praticados dentro de uma unidade hospitalar a fim de prevenir e controlar a transmissão de doenças entre os clientes, entre os servidores e entre cliente e servidor.

É função importante dos profissionais de saúde manter o ambiente isento de patógenos. E é consenso dos estudiosos em controle de infecção que a lavagem das mãos é o meio mais estratégico e um dos mais eficientes.

A administração do hospital tem que levar seus profissionais a conscientizarem-se de que não só a experiência e o bom senso são suficientes para atender às necessidades de seus usuários, mas que são responsáveis, são elos entre a infra-estrutura, prestação de serviço e o usuário.

ABSTRAT

This work is presented as the conclusion part of the specialization course in Gestão Hospitalar, which was the result of a partnership between the Universidade Federal de Santa Catarina and the State Health Office through FAPEU. This partnership caused the course to be free of charges for the university staff, having as objective an improvement of the managing capabilities of hospital managers.

An approach to the infection control under hospital managers' point of view is presented. The motivation for this work is the need to demonstrate scientifically how essential this activity is for many reasons, say assistance quality, cost control, ongoing education, and monitoring.

The control of infection in hospital comprises any of the activities done in the medical environment towards preventing and keeping under control the disease transmission among clients, staff and from clients to staff.

Keeping the work environment free from pathogens is an important function that has to be carried out by the hospital staff, being common sense among infection control researchers that the act of washing hands is one of the most effective means to reach such a goal.

Experience and good sense are not enough to meet all the clients needs. This fact has to be clear to the hospital administration and consequently to its staff, who are directly responsible for linking the available resources and services of the hospital to the user.

BASE MONOGRÁFICA

O Controle de Infecção na Administração Hospitalar, base desta monografia, objetiva mostrar que as infecções adquiridas nos hospitais envolvem questões técnicas, éticas, legais e investimentos financeiros, abrangendo pacientes, profissionais e ambiente, tratamento e procedimentos. Estes envolvimento têm como diretriz e norma a Portaria 2616/98, do Ministério da Saúde, que regulamenta o controle de infecções com ações objetivas para redução maximizada da incidência de infecção nosocomial.

Sinteticamente, conclui que o paciente com infecção hospitalar aumenta a taxa de permanência hospitalar; conseqüentemente, os custos aumentam com a hotelaria e os antibióticos. Controlando e substituindo antibióticos da mesma geração estaremos diminuindo gastos; que o controle de infecção é um indicador de qualidade da assistência prestada e, finalmente, que a prevenção do controle de infecção é repetitiva e rotineiramente feita por lavagem das mãos.

INTRODUÇÃO

Denomina-se infecção hospitalar (IH) aquela adquirida pelo paciente após sua admissão, manifestando-se durante a sua internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

Desde o século XIX ocorrem notícias quanto a infecções hospitalares. Iniciaram com estudos realizados por médicos e enfermeiras e foram descritos como resultado de pesquisas ou manuais de rotinas com o objetivo de controlar as infecções.

Relação entre infecção hospitalar com a internação hospitalar, lavagem das mãos entre atendimentos a parturientes, rotinas de higiene e limpeza hospitalar, assepsia e anti-sepsia, resistência bacteriana, vigilância epidemiológica, acreditação hospitalar são assuntos abordados no histórico.

Já quando falamos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no Brasil, recordamos as primeiras casas de saúde, o uso indiscriminado de antibióticos e a formação da primeira CCIH no Hospital Ernesto Dornelles, no Rio Grande do Sul. Vários estudos iniciaram-se entre unidades hospitalares, até a promulgação das leis e portarias, que só tiveram real importância após a morte de Tancredo Neves, então Presidente do Brasil, por septicemia. O surgimento da AIDS também serviu para discussões e reflexões sobre o assunto.

As unidades hospitalares começaram a implantar suas comissões e os administradores e gerentes vislumbraram, inicialmente, o aumento de gastos devido às indenizações por infecções adquiridas em hospitais. Vários trabalhos foram elaborados em relação à diminuição da Taxa de Permanência Hospitalar, controle de uso de antibióticos, vigilância epidemiológica e isolamentos. Foi então que administradores perceberam a redução dos custos nas internações quando se tem estes dados monitorizados, a conscientização do corpo funcional e gerencial.

Por uma necessidade de controle e por obrigação do Estado de promoção, proteção e recuperação à saúde, foi publicado no Diário Oficial da Nação de 13/05/98 a Portaria nº 2616/GM, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde. Nesta lei, constam diretrizes e normas para a prevenção e o controle de infecção.

A Organização descreve como as comissões devem ser formadas, quem deve formá-las, a proporção do número de pessoas e o número de leitos, onde devem constar estas comissões nas diversas unidades intra-hospitalares. Fala,

ainda, das Competências das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, especificando a atribuição de cada membro da equipe¹.

São discutidos neste módulo os conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares, a fim de encaminhar e determinar o diagnóstico e tratamento, além de fixar normas sobre infecção comunitária e infecção hospitalar.²

São observadas e tratadas as normas quanto à vigilância epidemiológica e aos indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle de IH³.

A lavagem das mãos é tratada num item específico, devido a sua importância na prevenção de infecções⁴.

Os anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes são pouco discutidos, pois no momento somente seus custos são importantes para a abordagem do tema. Os serviços de apoio são citados apenas com indicações de como encontrar as orientações de uso⁵.

Está descrito, também, o trabalho realizado pela CCIH do Hospital Governador Celso Ramos, que decorreu na diminuição de custos, com o uso adequado de antibióticos.

E conclui que o trabalho da CCIH é de suma importância tanto para paciente e servidores como para a instituição, pois previne infecções em pacientes, doenças do trabalho em servidores e diminui gastos para a instituição hospitalar.

1 Portaria 2616/98.Ministério da Saúde.

2 Ibid

3 Ibid

4 Ibidii

5 Ibidii

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - Abordagem Teórica:

A infecção hospitalar foi uma das preocupações maiores do Ministério da Saúde, que, pela Portaria 2616/GM, diz:

Considerando as determinações da lei número 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares.

...Comissão de Controle de Infecção Hospitalar(CCIH) , órgão de assessoria á autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.⁶

Já Santos, ao se referir sobre o problema, sentencia que:

Às infecções hospitalares estão sendo causa importante no aumento dos custos hospitalares, morbidade, problemas psicossociais e incapacitação em alguns casos e morte em outros.⁷

Analisando as vantagens decorrentes do controle de infecção hospitalar, Peraccini declara que:

Como vantagem do controle de infecção hospitalar: melhoria do padrão da assistência, levando a redução de custos operacionais, redução da média de permanência dos clientes internados.⁸

Enfocando esta temática, prevista pelo Ministério da Saúde:

As áreas temáticas apontadas como as prioritariamente problemáticas foram a de vontade política dos diretores hospitalares em implantar ou implementar os serviços CIH e os operacionalizadores do CIH.⁹

Descrevendo sobre qualidade e segurança nos serviços médicos, Donald diz que:

⁶ Portaria 2616/98.Ministério da Saúde.

⁷ SANTOS,Filho,Lima,p.72.

⁸ PERACCINI,Gouveia,p.72/78.

⁹ CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR-revista-p.04.

Os processos de vigilância das profissões são pouco claro e confunde-se com processos de uma confraria.

Hoje já não bastam, profissionais e clientes exigem dados que mostrem qualidade no atendimento.

Os processos estão mudando mas as responsabilidades não: novas regras e velhas premissas.¹⁰

Quando se fala de ética na profissão, Atkinson, diz:

Considerações éticas: embora nem sempre percebida pelos pacientes, as técnicas assépticas devem ser uma conduta permanente. A manutenção de técnica asséptica exige consciência, conhecimento e tempo.

Os códigos de ética dos profissionais de saúde exigem que a saúde do cliente seja defendida por práticas competentes.

As faltas ocorridas podem levar a processos éticos ou judiciais.¹¹

Lacerda, procurou as justificativas que poderiam levar à infecção hospitalar e acha que:

As justificativas para essas ocorrências foram buscadas de todos os lados: deficiência de recursos humanos e materiais, baixos salários, problemas de organização administrativa, sucateamento das instalações e dos equipamentos dos hospitais públicos e credenciados, arquitetura inadequada, serviços de apoio mal equipados (como limpeza, lavanderia, centro de material, laboratório etc...) abuso no uso de antibióticos, falta de controle da qualidade dos produtos germicidas, pacientes debilitados, superlotação, falta de higiene dos internados e das visitas, etc. ..¹²

Quando fala das vantagens em se ter o controle de infecção, Rodrigues pensa que:

O controle de IH além de atender as exigências legais éticas tornou-se também uma necessidade econômica, principalmente em países como o Brasil, onde os recursos destinados à saúde são extremamente escassos. Pelos dados recentes da literatura, embora os métodos possam diferir, as vantagens de se criar um

¹⁰ BERWICK, Godfrey, Roessner, p.289.

¹¹ ATKINSON, Murray, p.235/266.

¹² LACERDA, Jouclas, Egry, p92

Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) são inquestionáveis, devido à redução da morbidade, da mortalidade e dos custos.¹³

3.2 - Base Teórica:

Agente infeccioso: organismo capaz de produzir infecção ou doença infecciosa.

Antibiótico: medicamento elaborado à base de substâncias produzidas por seres vivos, ou de substâncias sintéticas, capazes de destruir ou inibir, completamente ou parcialmente, população de microorganismos.

Assepsia: processo pelo qual se consegue impedir a penetração de germes patogênicos em local que não os contenha.

Contágio: transmissão do agente infeccioso de um doente ou portador para outro indivíduo.

Custo do Paciente-dia: unidade de gastos representada pela média dos diretos dispêndios e indiretos serviços prestados a pacientes internados num dia hospitalar.

Desinfecção: destruição de agentes infecciosos situados fora do organismo, mediante a aplicação direta de meios físicos ou químicos.

Doença transmissível: doença causada por agente infeccioso, contraída diretamente de um indivíduo infestado ou indiretamente através de um hospedeiro intermediário.

Infecção: penetração e desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no organismo do homem ou de outro animal.

Prevalência: número de casos existentes (doenças ou outros fatos) ocorridos em determinado período ou momento.

Isolamento: unidade dotada de barreira contra contaminação, destinada a internar suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis ou à

¹³ RODRIGUES, Mendonça, Amarante, p.37.92.

proteção de doentes altamente suscetíveis.

Acreditação: é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, e reservado, que tende a garantir a qualidade de assistência através de padrões previamente aceitos.

DESENVOLVIMENTO

4.1 - Histórico

No século XIX, iniciaram-se algumas citações sobre infecção hospitalar. Antes disso, havia notícias das epidemias (peste, varíola, febre tifóide) devido às condições sanitárias deficientes.

Em 1830, o inglês James Yong Simpson relacionou as infecções pós-operatórias com internações hospitalares.

Ignas Philipp Semmelweis, em 1847, preconizou a lavagem das mãos com água clorada no pré-exame à parturientes. Esta medida diminuiu a taxa de mortalidade de 12 para 9%.

Florence Nightingale implantou rotinas que estabeleciam a higiene e limpeza no hospital, em 1856.

Em 1876 e 1882, Joseph Lister publicou dois trabalhos sobre anti-sepsia e assepsia e implantou conceitos de cirurgias assépticas, diminuindo a incidência de infecções hospitalares.

A primeira metade do século foi marcada por infecções estreptocócicas devido à alta taxa de permanência, superlotação das enfermarias e cuidados aos pacientes.

Com a descoberta da penicilina (1928), diminuíram significativamente as infecções por estreptococos, e na década de 50, novamente aumentaram as infecções hospitalares, agora por staphylococcus resistentes à penicilina.

Os anos 60 caracterizaram-se pelo fenômeno chamado de resistência bacteriana, por uso indiscriminado de antibiótico penicilina-resistente de largo espectro, surgindo pseudomonas e enterobacterias resistentes.

Nos EUA, em 1965, devido à IH, ocorre o primeiro processo judicial. O Hospital Charleston Memorial indenizou um cliente por danos sofridos após este ter contraído infecção hospitalar.

A administração dos hospitais, preocupada, começou a criar comissões para estudar o assunto, embora já houvesse recomendações, desde 1958, pela American Hospital Association.

Também na década de 60, recomendou-se a vigilância epidemiológica das IH rotineiramente. O Center for Diseases Control (CDC) propôs estudos em vários centros com o objetivo de avaliar a dimensão do problema nos EUA.

Em 1970, 81 hospitais passaram informações para National Nosocomial

Infections Study (NNIS) sobre o controle de infecções.

Em 1995, 202 hospitais participam do NNIS, com a finalidade de avaliar a efetividade dos programas de controle de infecção.

O SENIC (Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control), em 1974, divulgou estudos, através do NNIS, informando a redução de 32% das IH nos hospitais que implantaram os controles.

Desde a década de 50, a importância da enfermagem na vigilância epidemiológica tem sido defendida, e na década de 80, o CDC recomendou um enfermeiro em tempo integral para cada 250 leitos, com trabalho exclusivo no controle de infecção.

Em 1986, o NNIS recomendou um sistema epidemiológico das IH, com quatro representações: um geral, um na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), um no Centro Cirúrgico (CC) e um na unidade de recém-nascidos de alto risco.

4.2 - Contextualizando no Brasil

No século XVI, a assistência hospitalar iniciou-se com as Irmandades de Misericórdia, as Santas Casas, que existem até hoje .

Em 1543, Brás Cubas fundou em Santos a primeira Santa Casa da Misericórdia.

Começam a aparecer relatos de esterilização do material hospitalar em 1956.

Em 1959, relatam o uso indiscriminado de antibióticos.

Nos anos 60, já se apresenta metodologia e discute-se temas sobre microbiologia, infecções estreptocócicas e estafilocócicas, infecções em berçários, cirurgias e antibióticoprofilaxia.

Em 1963, é formada a primeira Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no Hospital Ernesto Dornelles, Rio Grande do Sul.

Nos anos 70, são formadas as comissões multiprofissionais em hospitais públicos, privados e universitários. Em São Paulo, no Hospital das Clínicas, em 1970, trabalharam em função das infecções em sítio cirúrgico.

O primeiro curso específico na área foi o Curso de Epidemiologia e Profilaxia das Infecções Hospitalares, em 1972, no Hospital de Ipanema e na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

O INPS, órgão centralizador do Ministério da Previdência e Assistência Social, da política de saúde, determina que sejam instituídas CCIHs em todos os seus hospitais, em nível de assessoramento da Direção, no ano de 1976.

A Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, composta por grupos interprofissionais e inter-institucionais, reuniu-se com o objetivo de estudar os problemas relacionados à IH, aos desmandos das autoridades e ao sucateamento dos hospitais.

Em 1983, o Ministério da Saúde promulga a Portaria nº 196, determinando que todos os hospitais formem comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

É publicado o Manual de Controle de Infecção Hospitalar, a fim de informar as medidas básicas da prevenção e controle das infecções, adaptadas à realidade nacional, em 1985.

Neste ano, acontece o primeiro Curso de Introdução e Controle de Infecção Hospitalar para profissionais de nível superior em todo o território nacional.

Com a morte do Presidente Tancredo Neves, por septicemia no pós-operatório, o assunto passou a ser mais divulgado, alertando os profissionais e a sociedade.

O Ministério da Saúde publica a Portaria nº 232, que cria o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, que em 1990 passou para Divisão de Controle de Infecção Hospitalar pela Portaria 666, que culminou com a realização do I Congresso Brasileiro sobre Infecção Hospitalar.

Em 1992, é editada a Portaria nº 930, do Ministério da Saúde: “Todos os hospitais do País deverão manter programa de controle de infecções hospitalares, independente da natureza da entidade mantenedora,” devendo-se formar a CCIH e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar responsáveis pela normatização e ações programadas.

Hoje em dia, com o surgimento de doenças transmissíveis (AIDS), dos imunossuprimidos (transplantados, pós-quimioterapias), de procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos, os pacientes estão mais susceptíveis. Possuímos profissionais capacitados que compensam, com persistência e criatividade, a escassez de recursos, o descaso de nossos administradores.

Edwal cita Wenzel:

*O controle da infecção é uma arte, uma ciência e um negócio. Espelhando o próprio campo da medicina, o controle de infecção tem sido praticado como uma arte; por 150 anos como ciências e somente nos últimos 15 anos como um negócio.*¹⁴

Apesar dos esforços, o Ministério da Saúde diz que nem todos os hospitais possuem CCIH.

¹⁴ CASTELAR,p.78.

Em maio de 1998, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 2616, que atualiza as anteriores e estabelece novas normas, que serão discutidas posteriormente.

As Acreditações em Controle de Infecção fornecem, digamos, selo de garantia de que o referido hospital que o recebe está apto ao atendimento eficaz com riscos mínimos.

4.2.1 - Controle de Infecção na Proteção da Saúde do Trabalhador Hospitalar

No caso específico do Brasil, a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), juntamente com a Federação Brasileira de Hospitais, está promovendo a criação de comissões multi-institucionais para implementar programas de acreditação de hospitais, com o objetivo de garantir qualidade da atenção médica nos hospitais brasileiros.

Estes programas também monitoram os serviços de controle de infecção e a atenção à saúde do trabalhador (doenças epidérmicas causadas pelo uso inadequado de formaldeídos, glutaraldeído, cloro, etc; queimaduras acidentais, intoxicações por gases, lesões irritativas em tecidos, que ocorrem nos processos de esterilização ou desinfecção de materiais).

Estudos realizados pelo Centro de Controle de Doenças demonstraram que os hospitais que implementavam programas de prevenção e controle obtinham melhores resultados, com taxas mais baixas de infecção hospitalar.

No início dos anos 80, com o advento e impacto da AIDS, difundiu-se publicamente a resistência dos profissionais dos hospitais em tratar esses casos. Conseqüentemente, desencadeou-se a preocupação com a proteção à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

O êxito de um programa de controle de infecções geralmente é reflexo de um hospital bem administrado, onde ocorre participação de todos.

Na prevenção de infecções, assim como em qualquer outra situação clínica, existe sempre uma quantidade de situações em que decisões e julgamentos precisam ser feitos, pesando as vantagens e desvantagens do procedimento e, quando possível, os riscos para o paciente e para o servidor. Estas decisões precisam ser práticas e consistentes, e devem incluir: a seleção, compra e utilização apropriada, por exemplo, de luvas para várias tarefas na atenção à saúde, à seleção de desinfetante químico mais apropriado, que seja economicamente conveniente e disponível localmente, e as recomendações para

utilização de agulhas e seringas descartáveis, na medida do possível nunca as reutilizando. A escolha da esterilização ou desinfecção de alto nível para equipamento selecionado deve estar baseada no combustível disponível e seu custo e na capacidade de manutenção do equipamento .

O fornecimento de equipamento e roupa de proteção, especialmente aventais e luvas, deve ser providenciado com base nos recursos disponíveis. Os mesmos devem estar sempre disponíveis em todas as áreas do hospital, que os necessitem ou onde forem requeridos e utilizados. Estas decisões são freqüentemente difíceis e precisam ser tomadas pelos gerentes locais, que necessitam encontrar um equilíbrio entre o equipamento correto e os insumos disponíveis, o custo e níveis de segurança aceitáveis para tarefas específicas de atenção à saúde.

As luvas são responsáveis pela maior parte de custos associados com barreiras protetoras. Assim, a utilização apropriada de luvas e a seleção do tipo correto são fatores importantes para impedir gastos desnecessários.

4.3 - Teorias da Administração

Teoria Científica: Frederick Taylor e seus colaboradores tinham como proposta básica o aumento da produção pela eficiência do nível operacional. Para isso preconizavam a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas por eles desenvolvidas. O incentivo salarial e o prêmio compatível à produção levaram ao conceito de homem econômico. Foram realizados estudos quanto ao tempo e movimento, ao ambiente físico (iluminação e ventilação). A supervisão funcional também caracterizou esta teoria.

Teoria Clássica: Henry Fayol e seus seguidores davam ênfase à estrutura e ao funcionamento, que dividiam em: técnica, comercial, financeira, de segurança, contábil e administrativa (prever, organizar, coordenar, comandar e controlar). Surgiu a responsabilidade. Conceberam as organizações com uma estrutura rigidamente hierarquizada, estática e limitada.

Teoria das Relações Humanas: Esta teoria passou a preocupar-se com o homem como indivíduo ou grupo e surgiu pelas necessidades de humanização e democratização na administração de pessoal. Elton Mayo concluiu em seus trabalhos que o nível de produção não era determinado pela condição física do trabalhador mas principalmente, pela integração do indivíduo no grupo social, uma vez que fatores sociais são determinantes do desempenho dos indivíduos.

Teoria Comportamental: Preocupa-se com os processos e a dinâmica organizacional, Também pensa nas pessoas. Maslow fala nas motivações e nas necessidades fisiológica, de segurança, sociais e de auto realização, respectivamente.

Teoria Contingencial: Estudos levaram a resultados que diziam que o ambiente externo à organização influencia na sua estruturação e nos processos organizacionais.

4.3.1 - Administração nos hospitais

A administração de hospitais é tão complexa quanto a medicina, devido aos recursos empregados, às tecnologias utilizadas e à responsabilidade social. Utiliza-se métodos já desenvolvidos em empresas, escolas, bancos, mercadistas, isto é, trabalha-se improvisando conhecimentos adquiridos com o tempo e não com a especialização de recursos humanos a fim de gerenciar. No Brasil, isto ocorre de maneira precária, muito aquém de outros países. Hoje em dia já ocorre intercâmbio entre países com o objetivo de especializar-se em gestão hospitalar. Na França, por exemplo, os administradores trabalham com dedicação exclusiva e são especializados para esta área.

As estratégias de desenvolvimento de trabalho levam em consideração duas áreas: recursos materiais e recursos humanos, envolvendo em ambos as suas complexidades.

Nos hospitais públicos ainda temos a questão da dependência organizacional que tira a independência das decisões.

O desenvolvimento gerencial e a autonomia de gestão devem andar paralelamente. Ambos os processos são inevitáveis.

A autonomia que citamos está ligada à capacidade de determinar seus objetivos. Não se pode transformar hospitais em empresas, mas, sim, com o “espírito” de empresa. Com este intuito, os investimentos e os custos de funcionamento hospitalares são tão elevados hoje que não se pode mais aceitar um aumento significativo das despesas hospitalares para produzir resultados muitas vezes incertos.

O gerenciamento deve permitir exatamente esta adaptação rápida e fundamental. O hospital é, de fato, um exemplo de empresa em meio a dificuldades financeiras que, para manter seu nível de atividade e de complexidade, deve adaptar sua organização e sua gestão de forma permanente.

*O hospital se vê envolvido em um turbilhão onde se misturam uma necessidade de redução do ritmo de progressão de suas despesas e uma outra de melhora da qualidade de seus serviços. Além disso, a concorrência com outros prestadores de serviço de saúde, até agora inexistentes, torna-se uma realidade que não é mais contornável.*¹⁵

Na competição entre unidades hospitalares, os índices de infecção hospitalar são tão importantes quanto o desenvolvimento tecnológico e a hotelaria. Existe hoje a necessidade de manter-se financeiramente e a obrigação de aumentar a produtividade e qualidade no atendimento.

Os serviços de hotelaria, cozinha, rouparia e a limpeza são fundamentais e também seguem rotinas para evitar a infecção hospitalar.

*O provimento de materiais é pré requisito para seguir as rotinas estabelecidas, não falamos só de tecnologia mas de: sabão, desinfetantes, disincrostantes, luvas, materiais descartáveis, água potável. Estes itens podem faltar a uma unidade hospitalar por falta de prioridade política, controles cartoriais, centralização abusiva, falta de gerencia profissional, falta de capacitação e desenvolvimento pessoal, falta de recursos financeiros, falta de controles, falta de planejamento.*¹⁶

*Nos modelos tradicionais de sistemas de direção há um verdadeiro muro separando os profissionais das áreas assistências dos da área de apoio. Os primeiros, muito freqüentemente, reclamam da falta de qualidade ou da pouca agilidade na oferta dos produtos que lhes são fornecidas pelos últimos; estes queixam-se dos descompromissos da área assistencial, da má qualidade e do desobedecimento das rotinas para fazer seus pedidos ou requisições, do desperdício, do desleixo com os equipamentos e materiais por parte dos primeiros e assim por diante.*¹⁷

O hospital é a mais complexa das organizações de saúde. Dois fatores são importantes: os trabalhos altamente especializados e a organização administrativa, que devem ser cumpridos. Ambos entram em conflito com freqüência. O poder e a real presença de grupos operacionais. Os administradores devem elaborar planos estratégicos que sejam do conhecimento e aceitação dos trabalhadores (médicos, enfermagem, apoio).

¹⁵ CASTELAR,p.108.

¹⁶ Ibid,p.196/197.

¹⁷ COELHO,p.36

As CCIHs atuam em várias frentes, barateando os custos do hospital. Para cada paciente que não tiver uma infecção hospitalar, o hospital vai economizar de U\$500 a U\$ 6.000. Este é um dado importante aos administradores hospitalares. No Brasil, a taxa de infecção hospitalar nos hospitais-escola e nos públicos giram em torno de 5 a 7%; e nos privados de bom nível, de 1,5 a 4%. Nos EUA, a taxa gira em torno de 1 a 2%.

Como vimos, o papel da CCIH é importante para isso. Esse papel não é policial mas, sim, técnico. A intenção não é cercear o receituário do colega médico, é simplesmente orientar e racionalizar o uso do antibiótico, em benefício principalmente do paciente e da instituição.

Muitos administradores de hospitais ainda não tem noção da importância das comissões de controle de infecção. ...

... Ao invés de exorcizarmos os demônios da infecção procuramos alimentar os nossos anjos e edificar um projeto positivo. Depois de um ano da implantação, os resultados são excelentes. ...

... Se o hospital tem uma equipe bem treinada e motivada, tem instalações limpas e higiênicas, compra produtos com padrão mínimo de qualidade, tem um sistema de estoque adequado e rotinas bem padronizadas, ele vai executar um serviço com a melhor qualidade possível dentro das condições de defesa do paciente.¹⁸

No que se refere a custos, pode significar economia em 20% a racionalização do uso de antibióticos, desinfetantes, indumentárias, equipamentos, bem como a média de permanência.

4.4-Portaria 2616/GM de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde:

Normatiza as atividades do controle de infecção hospitalar, complementa a Lei nº 9431/97, que obriga a existência de programas de controle de infecção hospitalar, e acompanha o avanço técnico científico. Esta portaria revoga a de número 930, de 92.

O Ministro de Estado da Saúde. Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art.87,inciso II da Constituição, e

¹⁸ NURSING-revista-p15/19.

Considerando as determinações da Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares;

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, da vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I 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, “A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde (SUS) com a realização integrada das ações assistências e das atividades preventivas”;

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meio 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 IV);

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar formulação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I,II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art.3º A Secretaria de Política da Saúde do Ministério da Saúde, prestara cooperação técnica a Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a fim de orienta-las sobre o exato cumprimento da interpretação das normas aprovadas por esta portaria.

Art.4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº8.078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas, físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art. 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art.8º Fica revogada a Portaria n.º 930 de 27 de agosto de 1992.

A maioria dos microrganismos é inofensiva ao corpo humano. Alguns são patógenos e podem provocar doenças quando o organismo não consegue defender-se, gerando sua multiplicação e a instalação de uma infecção. O ciclo infeccioso consiste na presença de um patógeno, um reservatório, uma via de saída, um veículo de transmissão, uma porta de entrada e um hospedeiro suscetível. O controle de infecção consiste na eliminação de qualquer etapa no ciclo.

A infecção hospitalar é responsável por muitas mortes, tendo sido a terceira causa de óbitos no Brasil nos anos 80. Com a Portaria 196, de 83, do Ministério da Saúde, iniciou-se a conscientização e a formação de recursos humanos para combater as causas e trabalhar para a estruturação de unidades de saúde. Em 1992, a Portaria 930 definiu novas linhas de atuação. A infecção hospitalar começa a ser prevenida através da melhoria das condições sanitárias, dos serviços básicos de saúde.

4.4.1 - Organização

As atividades desta área iniciaram-se em âmbito nacional, com as deliberações que se seguiram à morte do presidente Tancredo Neves, relacionada à infecção hospitalar. Dez anos após, iniciou-se o diagnóstico e a avaliação das ações de controle de infecção. Este trabalho é um marco inicial para a implantação do sistema nacional de informações em controle de infecção hospitalar. Estes dados servem de base para ações por parte dos dirigentes e profissionais.

Descrevemos aqui a definição de Programa de Controle de Infecção Hospitalar, de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e os componentes que fazem parte desta comissão, sua proporção em relação a leitos, carga horária e servidores.

1. 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.

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) 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. paciente de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplante de órgãos;

2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;

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 de utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vista 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 componentes. 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.

4.4.2 - Competências

Em vários itens são descritas as competências das instituições, dos programas, das coordenações e dos membros da CCIH, abrangendo todos os sub-itens correlacionados a estes.

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 técnico-operacionais, visando à prevenção e 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 investigações epidemiológicas de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas 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 técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;

3.6 adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, 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 solicitadas 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 membros da CCIH por meio de ato próprio;

4.3 propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

4.4 aprovar e 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 Infecções 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 das infecções hospitalares;

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 conhecimentos 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 de sua atuação em prevenção e controle da 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 de Infecção Hospitalar, compete:

6.1 definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseada na política nacional de controle de infecção hospitalar;

6.2 estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;

6.3 descentralizar as ações de prevenção e controle de 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 de 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 de 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.

4.4.3 - Conceitos e Critérios Diagnósticos das Infecções Hospitalares

Como diz o título, este item conceitua e cria critérios para identificar as infecções e classificá-las .

1. Conceitos básicos.

1.1 Infecção Comunitária (IC):

1.1.1 é 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 a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas 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 recém-nascido 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 diagnósticos 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 laboratórios, 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 um 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, convencionam-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 da 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 outros hospitais que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção. 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 pouca numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, 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 incluem nesta categoria.

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

4.4.4 - Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares

O detalhamento da taxas de infecções por locais, o procedimento e a investigação destes dados são descritos aqui.

1. *Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua 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 custos;

2.1 São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidências 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 objeto 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/pediátrica/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 Taxa de Infecção Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o 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 obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.*

5.6 *Recomenda-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 procedimento 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 Microrganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismos e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.*

5.9 *Coefficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo 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 antimicrobianos 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 outras cirurgias 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 especificadas das referidas Coordenações.

4.4.5 - Lavagem das Mãos

É consenso a necessidade, a importância e a obrigatoriedade desta técnica. E neste item são esclarecidos o uso das técnicas e suas recomendações.

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. O 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 cada uma das atividades.

4.1 A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico 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 anti-séptico 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.

4.4.6 - Recomendações Gerais

Está, de maneira abreviada, recomendando o uso de produtos que facilitam a colaboração com a prevenção de infecção hospitalar. E indica o uso de manuais para serviços específicos.

1. A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria n.º 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretária 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 anti-sepsia, 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 n.º 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 Básico para Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

4.5 - Comparando Dados do Hospital Governador Celso Ramos após a implantação da CCIH

Por mais de 10 anos, a CCIH do HGCR trabalhou de maneira improvisada e, devido à luta individual de alguns profissionais, ela finalmente foi implantada em 1993, por ordem de serviço do diretor-geral. Em 1995, a Comissão de Acreditação em Controle de Infecção Hospitalar (CACIH) concedeu ao HGCR o título de, “Acreditado”. No ano de 1997, após nova avaliação, perdeu este título. Esta avaliação considerou que a prevalência apenas determina “a eficiência dos métodos aplicados rotineiramente e o impacto de programas de controle de infecção hospitalar”, bem como “as taxas de prevalência medem a presença das doenças em uma dada população num determinado período.”

A CACIH recomenda o cálculo dos indicadores epidemiológicos, pois permitirão identificar as endemias nos períodos e locais determinados.

Quadro I - Prevalência – Infecções Hospitalares

PREVALÊNCIA	Março/97	Setembro/97	Fevereiro/98
Taxa de Infecção Hospitalar	22 %	15 %	27 %
Taxa de Uso de Cateter Vesical	21 %	13 %	13 %
Taxa de Uso de Cateter Venoso	19 %	09 %	9,6 %
Taxa de Consumo de Antibiótico	53 %	37 %	53 %

Fonte: CCIH/HGCR

O relatório, efetuado pela CCIH do HGCR em 1997, mostra claramente a diminuição da taxa de infecção hospitalar e a redução de custos por uso de antibióticos, conforme quadro I. No mês de março e setembro houve uma redução das taxas de prevalência de infecção hospitalar de 22 para 15%. Neste mesmo período, a taxa de uso de antibióticos passou de 53 para 37%.

Já na prevalência de fevereiro de 1998, as taxas voltam a aumentar, sem justificativas determinantes. A queda da taxa de infecção em cirurgias limpas são mostradas no Gráfico I: 1995 (13,77%), 1996 (4,62%), 1997 (4,42%), respectivamente.

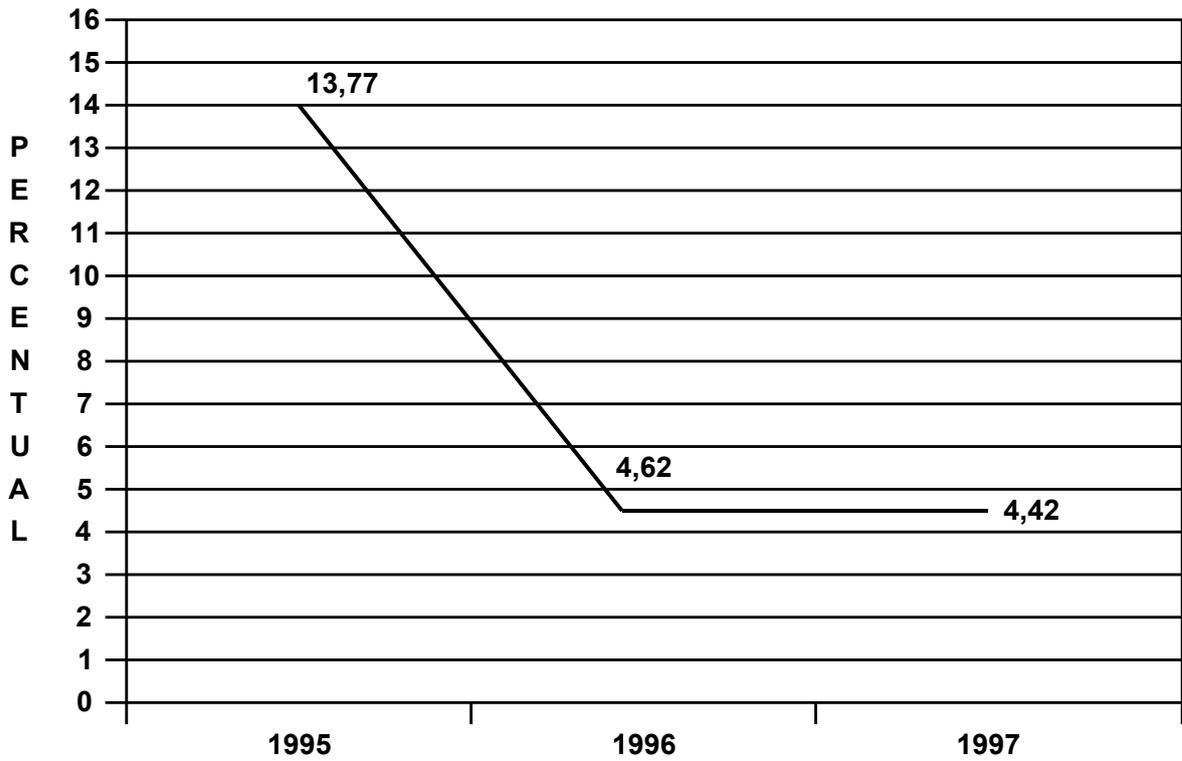
Estas taxas podem variar dependendo da patologia dos pacientes que estão internados num período, do número de pacientes internados neste período, dos procedimentos evasivos para diagnóstico ou tratamento, do número de dias de internação antes da cirurgia. Se num determinado período estes números apresentarem-se elevados, em outros períodos podem baixar, não correspondendo efetivamente ao aumento ou à queda da taxa de infecção de uma unidade hospitalar.

Quando a CCIH, em 1995, utilizou técnicas para redução de custos e uso de antibióticos, a economia foi de R\$ 960.000,00. Apresentou, ainda, economia com a técnica de substituição de um antibiótico mais caro por um de menor custo, mas da mesma geração, como mostra o anexo I. Com isso, reduziu-se a taxa de permanência, os custos com drogas, o tempo de enfermagem, a infecção por cateter e o custo com os mesmos.

A pesar da controvérsia mostrada em algumas taxas aqui apresentadas, com certeza a implantação da CCIH traz maior conhecimento dos fatos ocorridos, o que nos leva a investimentos de ações diretas em determinadas áreas.

A CCIH do HGCR atua na educação continuada nos diversos serviços, supervisiona o desenvolvimento de técnicas e analisa o desempenho após os levantamentos de dados.

Gráfico 1 - Taxa de Incidência de Infecção em Cirurgia Limpa HGCR



Fonte: CCIH do HGCR

CONCLUSÃO

Concluimos que:

01 Se há um consenso em controle de infecção hospitalar, este é a lavagem das mãos, pela diminuição do risco de transmissão de germes infectantes dentro do hospital. Todos os textos pesquisados colocam esse procedimento como o mais importante isoladamente, dentre todas as estratégias de controle de infecção hospitalar. Deve ser uma rotina repetitiva e indispensável.

02 O controle de infecção é um indicador de qualidade da assistência prestada.

03 O controle de infecção informa sobre prevenção e controle, fornecendo subsídios aos trabalhadores e ao administrador para proteção da saúde dos servidores e pacientes.

04 Em 1958, começou a preocupação com o CI devido às solicitações de indenização, e atualmente (quarenta anos depois) retorna pelos mesmos motivos.

05 O CI reduz gastos, pois diminui a taxa de permanência e os custos com antibióticos.

06 A Portaria 2616/98, do Ministério da Saúde, veio ao encontro da necessidade de normatizar em todo o Brasil o controle de infecção hospitalar.

07 Houve redução da mortalidade e morbidade por infecção hospitalar.

08 Há responsabilidade do Diretor-Geral e de todos os servidores em seguir as rotinas da CCIH.

09 É preciso ter cuidado com a idéia de que o controle é sempre algo para remediar, quando não foi possível prevenir.

10 Monitorar significa, basicamente, definir o que é mais importante saber, o que mais interfere nos demais resultados.

11 A qualidade e a gerência, em tese, pautam-se pelo conhecimento da realidade, e não por aquilo que se imagina que devesse estar ocorrendo. Realidade e hipótese têm significados diferentes, e não se pode trabalhar gestão com base em suposições.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Livros:

ATKINSON, Leslie D. . MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de Enfermagem. Introdução do Processo de Enfermagem. Volume único. Edição 6ª. Editora Guanabara. Rio de Janeiro. 198

BERWICK, Donald M. GODFREY, A . Blanton. ROESSNER, Jane. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, Hospitalares e da saúde. Volume Único. Edição 1ª. Editora Makron Books, São Paulo. 1994.

CASTELAR, Rosa Maria. MORDECT, Patrick. GRABOIS, Victor / et al. / Gestão hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro. Volume único. Edição 1ª. Editora ENSP. São Paulo. 1995.

COUTO, Renato Camargo. PEDROSA, Tânia M.Grillo. NOGUEIRA, José Mauro. Infecção Hospitalar – Epidemiologia e Controle. Volume único. Editora Medsi.1997.

KURCGANT, Paulina. CUNHA, Káthia de Carvalho. MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga /et al./ Administração em Enfermagem. Volume Único. Edição 2ª. Editora E.P.U. São Paulo.1991.

LACERDA, Rubia aparecida. JOUCLAS, Vanda Maria Galvão. EGRY, Emiko Yoshikawa. A face latrogênica do hospital: as demandas para o controle das Infecções hospitalares. Volume único . Edição 1ª. Atheneu Editora. São Paulo.1996.

MALIK, Ana Maria. Avaliação, Qualidade, Gestão para trabalhadores da área da Saúde. Volume Único. Editora SENAC. São Paulo.1996.

MURAD, André Márcio. Katz, Artur. Oncologia Bases Clínicas do Tratamento. Volume único. Edição 2ª. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1996.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de. ALBUQUERQUE, Claudio Pontes de. ROCHA, Lúcia Cristina Moraes da. Infecção Hospitalar – Abordagem, prevenção e

Controle. Volume único. 'Editora Medsi'. 1998.

PERACCINI, M.H. GOUVEIA, V.R. Desafios da Assistência de Enfermagem – Propostas de soluções na infecção hospitalar. Volume Único. Edição 1ª. Editado Anais do primeiro ciclo de debates sobre assistência de Enfermagem. São Paulo. 1988.

RODRIGUES, Edwal aparecido Campos. MENDONSA João Silva de. AMARANTE, Jorge Manoel Buchidid / et al. / Infecções Hospitalares – Prevenção e Controle. 'Volume Único. Edição ?'. Editora Sarvier. São Paulo. 1997

STONER, James A. F. . FREEMAN, R. Edward. Administração. Volume Único . Edição 5ª. Editora Prentice – Hall do Brasil. Rio de Janeiro. 1995.

Terminologia Básica em Saúde. Ministério da Saúde. secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviço de saúde. Edição 2ª. Brasília. D.F. 1987.

REVISTA:

GUIA PARA CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES. Orientada para proteção da saúde do trabalhador hospitalar. OPAS. OMS. 1992.

MEIO DE CULTURA, Nº4. Ano 1. 1996.

NURSING, Nº1, Ano1. Jun/98.

REALIDADE HOSPITALAR, Ano1, nº2, Ago\98.

REALIDADE HOSPITALAR, Ano2, nº6, Out/97.

REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, Vol3, nº3, 1997.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Vol42, nº1, Jan/89.

REVISTA DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Nº2, Ano2, 1995.

Dados fornecidos pela CCIH do HGCR. Dr. Valter Araujo, Enf. Neusa Dias de Oliveira, Enf. Ruvani da Silva.

Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.

ANEXO I

TÉCNICAS E TÁTICAS PARA REDUÇÃO DOS CUSTOS COM ANTIBIÓTICOTERAPIA

“Técnicas e Táticas para Redução dos Custos com Antibióticoterapia”

Dr. Valter Araujo
Chefe do SCIH/PCA/HGCR

A Magnitude do Problema:

- Até 50% desnecessários (1)
- ≥ 50% uso no Resfriado Comum (2)
- ≥ US\$ 7 bilhões/ano nos EUA (3)
- ≥ R\$ 960.000,00 em 95 no HGCR
- ≥ 30% do gasto com drogas em hospitais (4)

1. Med Clin North Am. 1961;45:849-54
2. Ann. Intern Med. 1972;76:537-40
3. Government Printing Office, 1995
4. Clin. Infect. Dis. 1997;24:471-85

" Papel Programático do Infectologista no Controle dos Custos com Antimicrobianos no Hospital " (4)

- Preocupação dos Infectologistas
- Pouco consenso sobre o programa ótimo
- Oito estratégias principais:

- 1) Educação de quem prescreve
- 2) Restrição do Formulário
- 3) Justificativa à Farmácia
- 4) Substituição do Formulário ou Troca
- 5) Vigilância com Computadores
- 6) Lab de Microbiologia: Esquema Sequencial
- 7) Planos de Compra
- 8) Enfoque Multidisciplinar

1) Educação de Quem Prescreve:

- mais antigo método, a base
- duas formas básicas:
 - a) interação direta: " face a face "
 - cursos, conferencias, audiovisuais, consultas com farmaceutico, infectologistas, avaliação do uso do antibiotico, " newsletter ", rotinas, etc...
 - b) revisões do uso dos antibioticos, retrospectiva e atrasada. (menos útil)
 - " médicos sabem menos sobre antibioticos do que sobre AINH e antihipertensivos " (*Formulary* 1995;30:268-79)

2) Restrição do Formulario:

- Padronização é o método mais direto de influenciar nos custos e utilização dos antibioticos
- Não trocar novos (... e mais caros) por antigos ainda igualmente eficazes.
- Sociedade Americana de D.I : (*J.Infect. Dis* 1987;157:869-76)
 - restringir ao minimo necessário
 - eliminar duplicatas dentro da mesma classe
 - Cefazolina ou Cefalotina
 - Ceftriaxona ou Cefotaxima
 - Cef tazidima ou Cefoperazona
 - Cefepima ou Cefpiroma
 - considerar os padrões de sens. do hospital
 - restrição de certos agentes com base em:
 - indicações especiais (Vanco)
 - toxicidade (Cloranfenicol, Aminoglicosideos)
 - excesso de custo (Meropenam, Aztreonam, Teicoplanin)
 - revisão periodica

3) Justificativa à Farmácia:

- Restrições que requerem o " de acordo " do Infectologista ou do Farmaceutico
- 1974: McGowan e Finland (*J.Infect.Dis.* 1974;130:165-8): por telefone !!

- uma das estratégias mais onerosas para o médico, porém das mais efetivas

4) Substituição do Formulário ou Troca:

- as técnicas de restrição do formulário e justificativa à farmácia colocam certos médicos num papel de "polícia" que é visto como sendo "punitivo"

- a substituição do formulário ou troca parece ser menos "ditatorial"

- substituição por "equivalentes terapêuticos" ou restrição de doses (vide "Política de Restrição de Doses e Conversão de Antibióticos")

- troca de parenteral por drogas orais, geralmente mais baratas ("Streamlining Therapy" = simplificando a terapia) = Terapia Sequencial: Exemplos: Cefalexina (excelentes níveis séricos; substitue as Cefalosporinas parenterais no tratamento das Osteomielites: 1g VO > 1g Cefalotina IM); Clindamicina (R\$ 42,00 X 8,00); TMP/SMZ (2 comps VO ~ 70% dos níveis séricos EV: 0,50 X 2,32); TMP/SMZ + Metronidazol (mais barato esquema qdo exige-se cobertura de aeróbios e anaeróbios): R\$ 2,00/dia !!; Ciprofloxacina + Metronidazol (R\$ 12,70/dia VO ou R\$ 168/dia EV) ou Ciprofloxacina + Clindamicina (R\$ 20,00/dia VO ou R\$ 198/dia EV). A última associação é mais potente.

- Infecções graves como Meningite, Endocardite e Neutropenicos Febris não devem usar a TS.

- Critérios para uso da TS:

1. Nenhuma indicação para EV
2. Ausência de má absorção intestinal
3. Afebril
4. Sinais/sintomas da infecção melhorando ou cederam
5. N^o de leucócitos normalizando

- Economia do TS:

1. Diminuição na permanência hospitalar
2. Diminuição com custos das drogas
3. Diminuição do tempo-enfermagem: 1 dose EV = 15 min
4. Diminuição custo-droga-enfermagem: 1 dose = US\$ 3,5
5. Diminuição custos-cateter venosos: troca a cada 48-72 hs
6. Diminuição Infecções por Cateter

5) Vigilância por Computador:

- Muitos usam um sistema de entrada de prescrições
- Vantagem do " feedback " imediato, da educação e da troca por outros agentes.
- Programas que recebem o diagnóstico e sugerem a droga e a dose a serem usadas, baseado no perfil de sensibilidade das bactérias do hospital nos últimos anos.
- Internet: University of Wisconsin Medical School - Antimicrobial Usage Guide = <http://www.intmed.mcw.edu/AntibioticGuide.html>

6) Laboratório de Microbiologia: Esquema Sequencial

- Vários artigos mostram a diminuição dos custos através da listagem dos antibióticos incluídos no antibiograma (Infect Control 1985; 6: 226-30 e Clin Ther 1993; 15 suppl A: 3-11)
- " através da correta seleção dos agentes a serem incluídos nos painéis de antibiograma de maneira a facilitar a prescrição médica; só serão liberados os agentes de primeira escolha para determinado microorganismo; ou seja, somente os resultados dos testes para os antibióticos de espectro mais estreito, menos caros e de primeira escolha serão liberados inicialmente; os resultados aos antimicrobianos de espectro de ação mais amplo e mais caros serão retidos pelo laboratório a menos que um microorganismo resistente seja encontrado ou uma solicitação especial recebida. " (Araujo V. Arquivos Catarinenses de Medicina 1992; 21: 71-72)
- Ex.: se uma E.coli é sensível a Ampicilina, SMX-TMP e Gentamicina não há necessidade de se liberar Imipenam, Meropenam, Aztreonam e Amicacina

7) Planos de Compra:

- " Owen Healthcare " , uma empresa de Houston que fornece serviços de farmácia para 270 hospitais em 41 estados americanos concluiu que a opção por Cefotaxima (4g = US\$ 42) seria mais lucrativa que Ceftriaxona (2g = US\$ 68)

8) Programas Multidisciplinares:

- Na verdade muitos programas tem uma metodologia central mas na verdade empregam diferentes estrategias para alcançar controle de antimicrobianos.

- São multidisciplinares: infectologista, controle de infecção, enfermagem, farmaceutico, administração, laboratorio

Dr. Valter Araujo
Chefe do SCIH/PCA/HGCR
Ex-Fellow em Medicina Geográfica e Epidemiologia
Hospitalar pela Escola de Medicina da Universidade da
Virginia em Charlottesville/VA/EUA
Fones: Res: 048-334 85 06 Cons: 048-224 04 37
Fax/HGCR: 048 224 06 80
E-mail: rótolo@matrix.com.br

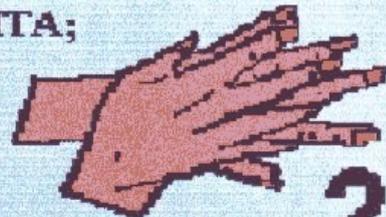
ANEXO II
LAVAGEM DAS MÃOS

LAVAGEM DAS MÃOS

1 PALMA A PALMA;



PALMA DIREITA SOBRE O DORSO DA ESQUERDA, EM SEGUIDA PALMA ESQUERDA SOBRE O DORSO DA DIREITA;



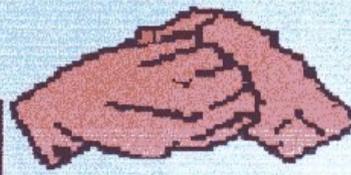
2

3 PALMA A PALMA COM OS DEDOS INTERCALADOS;



4

COSTA DOS DEDOS (DEDOS FECHADOS) OPOSTOS À PALMA;



5

MOVIMENTO CIRCULAR DO POLEGAR DIREITO NA PALMA E DORSO DA ESQUERDA E VICE-VERSA;



6

MOVIMENTO CIRCULAR, PARA FRENTE E PARA TRÁS, COM OS DEDOS FECHADOS DA MÃO DIREITA NA ESQUERDA E VICE-VERSA;

