

## PROPOSTA PARA A SUBSTITUIÇÃO DA PORTARIA 2.616 PELA RDC N° \_\_\_\_\_

**EQUIPE: SERGIPE, BAHIA, CEARÁ, AMAPÁ, PARANÁ, MINAS GERAIS.**

LEGENDA:

VERMELHO- o que foi modificado

VERDE- proposta para retirar

ROXO – Foi deslocado

PRETO – Foi mantido

**TERRA - rever**

### PORTARIA N° 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e Considerando as determinações da Lei n° 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares;

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, de 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. 5° e inciso III da Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais 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 meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto n° 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2°, 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 a formação técnico-profissional;

Considerando as discussões em Fóruns Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar sobre a legislação Brasileira do Controle de Infecção. resolve:

#### I - Objetivo

Estabelecer os requisitos mínimos para implantação do Programa de Controle de Infecções em Serviços de Saúde no nível federal, distrital, estadual, municipal e para os prestadores de serviços de saúde definido na Lei 9431/97.

#### II - Abrangência do Regulamento

Esta resolução é aplicável aos gestores privados, públicos, civis e militares da administração direta ou indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

#### III - Definições

Para fins desta resolução consideramos as seguintes definições:

O Programa de Prevenção e Controle de Infecções em Serviços de Saúde (PPCISS) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

1. Faz parte do PPCISS o cronograma das ações de Prevenção e Controle de Infecções nos serviços de saúde.
2. Deve constar no PPCISS de todos os serviços de saúde os padrões mínimos de processos que são:
  - a) Higienização das mãos;
  - b) Limpeza, desinfecção e esterilização;
  - c) Uso racional de antibióticos;
  - d) Biossegurança;
  - e) Educação continuada e
  - f) Vigilância epidemiológica das infecções.
  - g) Vigilância em serviços/auto avaliação/auditoria (estrutura, processo e resultado)

3- São considerados Serviços de menor complexidade, aqueles que executam pequenas cirurgias, que prestam assistência clínica ambulatoriais, a exemplo de: postos de saúde, consultórios médico e odontológico, assistência domiciliar (Home Care), SAMU, Hospital de Pequeno Porte (HPP), CLÍNICAS DE ESTÉTICA e casas de parto (ACRESCENTAR).

#### 4.Eventos Adversos

#### IV - Considerações Gerais

1) Todos os três níveis de governo devem instituir formalmente no organograma da Vigilância Sanitária a Coordenação da Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos em serviços de saúde, com vistas a segurança do paciente.

1.1) Os estados, distrito e municípios devem encaminhar em dezembro à ANVISA a formalização da Coordenação da Prevenção e Controle de infecções e eventos adversos e o plano anual de ação.

2) As Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais devem elaborar planos de trabalhos anuais com a perspectiva de que ocorra a incorporação por todos os estabelecimentos de saúde do Programa de Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde conforme definido na Lei nº 9.431 de 06 de janeiro de 1997.

2) O Programa de Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde deve ser elaborados de acordo com a sua complexidade. Devendo constar no mínimo: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 e 2.7

3) A equipe do PPCISS deverá ter autonomia para elaborar e implantar as ações previstas no PPCISS, previamente aprovado pelo Gestor da instituição, independente do nível de Gestão, Esfera de Governo e Instituição:

5. Os serviços devem realizar um diagnóstico e instituir indicadores além dos definidos na RE/Anvisa para acompanhamento dos impactos das ações implementadas conforme definido no PPCISS.

6. Os serviços de saúde devem ser subsidiados e orientados pelas Coordenações Estaduais, Distrital ou Municipais quando da definição e elaboração de indicadores.

7. O PPCISS e cronograma devem ser encaminhados quando da concessão ou renovação do alvará de licenciamento do serviço de saúde.

8. As ações de prevenção e controle de infecções das Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais devem estar articuladas com as prioridades estabelecidas pela política de governo na área da saúde.

9. As Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais devem elaborar um plano de ação anual com as metas a serem desenvolvidas sistematicamente de acordo com o diagnóstico local baseado nos programas elaborados e enviados pelos serviços de saúde.

10. As Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais devem promover seminários, oficinas, fóruns de discussão sobre prevenção e controle de infecções em serviços de saúde para disseminação do conhecimento, atualização e trabalhar prioridades sobre o temas em parcerias com os prestadores e sociedade científica.

11. Todo serviço de saúde deve implantar um programa de educação permanente que contemple a prevenção e controle de infecções.

10) As Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais devem promover a divulgação dos indicadores dos serviços de saúde por meio de seminários, oficinas, fóruns de discussão ou boletins para a sociedade civil organizada ou não.

Art. 5º - Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções nos Serviços de Saúde.

Art. 6º A ANVISA, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta RDC.

Art. 6º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 7º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 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 nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

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

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

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº (930, de 27 de agosto de 1992) 2616 de 12 de maio de 1998.

BARJAS NEGRI

#### ANEXO I: ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Prevenção e Controle de Infecções em Serviços de Saúde (PPCISS) 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 PPCISS os hospitais deverão constituir uma equipe para desenvolver o Serviço de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SEPCISS). Este

(serviço/coordenação/núcleo) deverá prestar assessoria à autoridade máxima da instituição e execução das ações de controle de infecção em serviços de saúde.

3. Os Serviços de Saúde de menor complexidade, deverão nomear um Responsável Técnico (RT) para a execução das ações de prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde.

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

5. O RT deverá ser um profissional de nível superior da área da saúde, nomeado formalmente pela autoridade máxima do Serviço de Saúde de menor complexidade.

2.2. Os membros do SEPCISS serão de dois tipos: consultores e os executores do PPCISS.

2.2.1. O coordenador do SEPCISS será qualquer um dos membros do mesmo, indicado pela direção do hospital.

2.3. Os membros consultores do SEPCISS 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.

2.3.6. Serviço de Fisioterapia

2.3.7. Serviço de Nutrição

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 do SEPCISS o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção em serviços de saúde;

2.5.1. Os membros do SEPCISS executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde atendem os números 2.3.1 e 2.3.2. para cada 100 (cem) 200 leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para o médico. e 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 do SEPCISS 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, o SEPCISS deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde, . Os membros do SEPCISS executores terão e acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

2.5.1.3.1. Para fins desta RDC Portaria, consideram-se pacientes críticos:

2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);

2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;

2.5.1.3.1.5. pacientes 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 no SEPCISS, 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 item 3 números .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 e outros serviços de saúde poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7. Os hospitais e outros serviços de saúde consorciados deverão constituir SEPCISS própria, conforme os números 3, 4 e 5, 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, o SEPCISS no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

## COMPETÊNCIAS

### **À Coordenação Nacional do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos adversos em Serviços de saúde – Anvisa - compete:**

- 5.1. definir diretrizes de ações de prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde;
- 5.2. apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção em serviços de saúde;
- 5.3. coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção em serviços de saúde;
- 5.4. estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções em serviços de saúde;
- 5.5. estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção em serviços de saúde;
- 5.6. promover a articulação com órgãos formadores( ), com vistas à difusão do conteúdo de conhecimentos do controle de infecção em serviços de saúde;
- 5.7. cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção em serviços de saúde;
- 5.8. identificar serviços de saúde municipais, estaduais ou distrital para firmar parcerias no desenvolvimento de padrões técnicos de referência nacional;
- 5.9. prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios, para o desenvolvimento de ações em prevenção e controle de infecção em serviços de saúde;
- 5.10. acompanhar e avaliar as ações implementadas, na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde, respeitadas as competências de atuação estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde;
- 5.11. Divulgar e criar meios de adesão ao sistema nacional de informações epidemiológicas – SINAIS - sobre infecção em serviços de saúde na área de vigilância epidemiológica;
- 5.12. estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções em serviços de saúde 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 em serviços de saúde.
- 5.15. Discutir e implantar as notificações de infecção cirúrgica nas atividades de atenção básica (PSF, PAC'S e Atenção Domiciliar) do ministério da saúde;
- 5.16. Interagir com a farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância para implantação de ações de prevenção e controle de infecção;
- 5.17. Estimular o uso racional de novas tecnologias subsidiado por avaliação de custo-efetividade;
- 5.18. Buscar parcerias junto ao MEC e Universidades para a difusão de conhecimentos sobre Prevenção e controle de Infecções nos programas dos cursos de graduação, e pós-graduação da área da saúde;
- 5.19. Coordenar, acompanhar e avaliar as ações da rede de monitoramento de resistência microbiana – Rede RM no âmbito Federal;
- 5.20. Coordenar, acompanhar e avaliar as ações da rede de investigação de surtos - Reniss no âmbito Federal;

### **Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle do Programa de Prevenção e Controle de Infecções em Serviços de Saúde, compete:**

- 6.1. definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção em serviços de saúde;

- 6.2. estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção em serviços de saúde;
- 6.3. descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção em serviços de saúde 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 em serviços de saúde do Estado e Distrito Federal;
- 6.6. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção em serviços de saúde;
- 6.7. Estimular os SEPCISS a notificação dos indicadores através do SINAIS;
- 6.7. informar, sistematicamente, à Coordenação Nacional/ANVISA do PPCISS de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção em serviços de saúde estabelecidos.
- 6.8. Incorporar a RDC 48, e as que a sucederem, aos demais instrumentos de inspeção de serviços de saúde;

## 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 o PCISS do Estado. Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;
- 7.3. colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção em serviços de saúde hospitalar;
- 7.4. prestar apoio técnico aos SEPCISS dos hospitais e aos RT dos serviços de menor complexidade;
- 7.5. Estimular os SEPCISS a notificação dos indicadores através do SINAIS;
- 7.5. informar, sistematicamente, à Coordenação do PPCISS do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.
- 7.6. Discutir e implantar as notificações de infecção cirúrgica nas atividades de atenção básica (PSF, PAC'S e Atenção Domiciliar) do ministério da saúde;
- 7.7. Interagir com a farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância para implantação de ações de prevenção e controle de infecção;
- 7.8. Coordenar, acompanhar e avaliar as ações da rede de monitoramento de resistência microbiana – Rede RM no âmbito do Estado e Distrito Federal;
- 7.9. Coordenar, acompanhar e avaliar as ações da rede de investigação de surtos - Reniss no âmbito do Estado e Distrito Federal;
- 7.10. Implantar, avaliar e divulgar dados do sistema nacional de informações epidemiológicas - SINAIS sobre infecções em serviço de saúde, sistematicamente;
- 7.11. Incorporar a RDC 48, e as que a sucederem, aos demais instrumentos de inspeção de serviços de saúde;

## Aos Serviços de Saúde, compete:

- Constituir uma equipe para desenvolver o Serviço de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SEPCISS). Este (serviço/coordenação/núcleo) deverá prestar assessoria à autoridade máxima da instituição e execução das ações de controle de infecção em serviços de saúde.

3. Os Serviços de Saúde de menor complexidade, deverão nomear um Responsável Técnico (RT) para a execução das ações de prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde.
4. O SEPCISS deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.
  - 3.1. implementar, manter e avaliar o PPCISS programa de controle de infecção hospitalar, conforme estabelecido no item (...) 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 em Serviços de saúde 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 em serviços de saúde;
    - 3.1.3. capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções em serviços de saúde ;
    - 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 em serviços de saúde e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do SEPCISS;
  - 3.3. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
  - 3.4. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções em serviços de saúde , 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 de isolamento;
  - 3.6. adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções em serviços de saúde;
  - 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 em serviços de saúde;
  - 3.9. elaborar regimento interno para o SEPCISS;
  - 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 serviços de saúde, 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.
- 3.13. A equipe do PPCISS deverá ter autonomia para elaborar e implantar as ações previstas no PPCISS, previamente aprovado pelo Gestor da instituição, independente do nível de Gestão, Esfera de Governo e Instituição:
- 3.14. O SEPCISS e o RT do PPCISS deve estabelecer parceria relações e integração entre os demais membros do serviço, responsáveis da instituição;
- 3.15. O PPCISS deve ser capaz de identificar os principais pontos críticos da instituição e para desenvolver atividades de prevenção e controle das infecções.
- 3.15. O PPCIS deve conter um plano de vigilância e monitoramento das infecções de acordo com as características e realidade local.

#### 4. À autoridade máxima do serviço de saúde da instituição compete:

- 4.1. Constituir formalmente o Serviço de Epidemiologia Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SEPCISS) hospitalares e nomear o RT para os serviços de saúde de menor complexidade, através de ato próprio;
- 4.2. Nomear os componentes do SEPCISS por meio de ato próprio;
- 4.3. Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização do PPCISS;
- 4.4. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno do PPCISS ;
- 4.5. Garantir a participação do coordenador do SEPCISS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, tais como, por exemplo, os conselhos técnicos, comissões, comitês, independente da natureza da entidade mantenedora do serviço de saúde da instituição de saúde;
- 4.6. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual,/Distrital e Municipal de Controle de Infecção em serviços de saúde;
- 4.7. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição do SEPCISS, e sempre que houver às alterações na equipe que venham a ocorrer;
- 4.8. Fomentar a elaboração e implementação de um programa de educação permanente e o treinamento de para todo o pessoal do serviços de saúde.
- 4.9. Apoiar financeiramente ou por meio de liberação de carga horária ou hora extra para participação em eventos científicos, dos profissionais que trabalham com o PPCISS.
- 4.10 Garantir autonomia da equipe do PPCISS para a elaboração execução das ações previstas.

### Condições para a elaboração, implantação e manutenção de um Programa de Prevenção e Controle de Infecções em Serviços de Saúde – PPCISS.

1. Os serviços de saúde podem devem constituir uma equipe multiprofissional, com formação em infectologia, epidemiologia, microbiologia clínica, farmacologia, gerenciamento de riscos, uso racional de antimicrobianos, limpeza, desinfecção, esterilização, higiene hospitalar e gestão de serviços de saúde para elaborar, implantar e monitorar o PPCISS;
2. A equipe multiprofissional terá funções de consultoria em prevenção e controle de infecções e execução do PPCISS;
3. O número de profissionais deve ser de acordo com as atividades desenvolvidas e carga horária compatível com cada serviço de saúde; Sendo no mínimo um médico e um enfermeiro, com carga horária....2616
4. O coordenador do PPCIS deverá ser o responsável técnico (RT), independente do nível de gestão, esfera de governo e instituição.

5. O programa deve ser elaborado em parceria com os diversos segmentos dos serviços de saúde, embasado na avaliação da realidade local com metas e prazos, acompanhamento da execução e avaliação interna de resultados;

6. A equipe do PPCISS deverá ter autonomia para elaborar e implantar as ações previstas no PPCISS, previamente aprovado pelo Gestor da instituição, independente do nível de Gestão, Esfera de Governo e Instituição:

7. O RT do PPCISS deve estabelecer relações entre os demais responsáveis da instituição;

8. O PPCISS deve ser capaz de identificar os principais pontos críticos da instituição e desenvolver atividades para prevenção e controles das infecções.

9. O PPCIS deve conter um plano de vigilância e monitoramento das infecções de acordo com as características e realidade local.

10. Para fins de acompanhamento dos indicadores o PPCISS deve utilizar diretrizes nacionais Quais? Serão? instituídas pelo programa nacional de controle de infecções em serviços de saúde ou as complementares estaduais ou municipais.

Caberá à autoridade máxima da instituição:

1. Constituir formalmente a equipe para elaborar, implementar, manter e avaliar programa de prevenção e controle de infecções em serviços de saúde - PPCISS;

2. Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização do PPCISS;

3. Garantir a participação RT do PPCISS 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. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

5. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto ao PPCISS, e às alterações que venham a ocorrer;

6. Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal da instituição;

7. Assegurar que o PPCISS mantenha um histórico de avaliação de novas tecnologias que já tenham sido consideradas viáveis de serem implantadas com segurança nos serviços de saúde.

8. Adequação financeira ou liberação de carga horária ou hora extra para profissionais que trabalham com o PPCISS na participação de cursos de atualização.

9. Dar condições ao RT do hospital para que as ações do programa de prevenção e controle de infecções sejam executadas;

10. O Gestor do hospital é o responsável para dar condições para que as ações do PPCISS sejam executadas.

LEGENDA:

VERMELHO- o que foi modificado

VERDE- proposta para retirar

ROXO – Foi deslocado

PRETO – Foi mantido

## OBSERVAÇÃO: OS ANEXOS NÃO FORAM REVISADOS

### ANEXO II: CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

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-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2. Infecção hospitalar (IH):

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

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

2.1. Princípios:

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

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

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

2.1.1.3. evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4. endoscopia;

2.1.1.5. biópsia e outros.

2.2. Critérios gerais:

2.2.1. quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado 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, convencionou-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3. são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas 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 outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

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

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

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

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

3.2.2. Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil 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 intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

### ANEXO III: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

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

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

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

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

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser 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 apresentaram 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 Infecções 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 procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

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

5.9. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microorganismo sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos.

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

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

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

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

## 6. Relatórios e Notificações

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

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

6.3. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de 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 específicas das referidas Coordenações.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

#### ANEXO IV : LAVAGEM DAS MÃOS

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente.

2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

3. 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 catéteres e drenos.

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

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

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

#### ANEXO V : RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria n° 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/ MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1. Não são recomendadas, para a finalidade de 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° 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 a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.