

Journal of
**INFECTION
CONTROL**

ISSN 2316-5324 | Ano IV . Volume 4 . Suplemento 1 . 2015



EDIÇÃO ESPECIAL:

**ANAIS DO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL:
REDUÇÃO DO RISCO PARA A SEGURANÇA DO
PACIENTE E QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Journal of INFECTION CONTROL

*Official Journal of the Brazilian Association of Infection Control
and Hospital Epidemiology Professionals*

ISSN 2316-5324 . Ano IV . Volume 4 . Suplemento 1 . 2015

Executive Editor

Luis Fernando Waib, SP, Brazil
Marcelo Carneiro, RS, Brazil
Flávia Julyana Pina Trench, PR, Brazil

National Editorial Board

Adão Machado, RS, Brazil
Adriana Cristina de Oliveira, MG, Brazil
Alberto Chebabo, RJ, Brazil
Alessandro C Pasqualotto, RS, Brazil
Alexandre P. Zavascki, RS, Brazil
Alexandre Marra, SP, Brazil
Anaclara Ferreira Veiga Tipple, GO, Brazil
Ariany Gonçalves, DF, Brazil
Claudia Maria Dantas Maio Carrilho, PR, Brazil
Claudia Vallone Silva, SP, Brazil
Clovis Arns da Cunha, PR, Brazil
Elisângela Fernandes da Silva, RN, Brazil
Guilherme Augusto Armond, MG, Brazil
Icaro Boscowski, SP, Brazil
Isabela Pereira Rodrigues, DF, Brazil
Iza Maria Fraga Lobo, SE, Brazil
José David Urbaz Brito, DF, Brazil
Julival Ribeiro, DF, Brazil
Kátia Gonçalves Costa, RJ, Brazil
Kazuko Uchikawa Graziano, SP, Brazil
Lessandra Michelin, RS, Brazil
Loriane Rita Konkewicz, RS, Brazil
Luci Corrêa, SP, Brazil
Luciana Maria de Medeiros Pacheco, AL, Brazil
Maria Clara Padoveze, SP, Brazil
Maria Helena Marques Fonseca De Britto, RN, Brazil
Maria Tereza Freitas Tenório, AL, Brazil
Marília Dalva Turch, GO, Brazil
Marise Reis de Freitas, RN, Brazil
Nádia Mora Kuplich, RS, Brazil
Nirley Marques Borges, SE, Brazil
Patrícia de Cássia Bezerra Fonseca, RN, Brazil
Rodrigo Santos, RS, Brazil
Rosângela Maria Moraes da Costa, RN, Brazil
Thaís Guimaraes, SP, Brazil
Wanessa Trindade Clemente, MG, Brazil

International Editorial Board

Omar Vesga, Colombia
Pola Brenner, Chile
Suzanne Bradley, United States of America

Associate Editors

Afonso Barth, RS, Brazil
Ana Cristina Gales, SP, Brazil
Anna Sara Shaffermann Levin, SP, Brazil
Eduardo Alexandrino Sérvolo de Medeiros, SP, Brazil
Rosana Richtmann, SP, Brazil

Graphic Design and Diagramming

Álvaro Ivan Heming, RS, Brazil aih.alvaro@hotmail.com

**Todo o conteúdo desta edição especial do Journal Of Infection Control é de inteira responsabilidade de seus autores. A aprovação e revisão dos artigos é de responsabilidade da comissão organizadora do evento que ocorreu nos dias 14, 15 e 16 de maio de 2015. Coube ao JIC a organização, arte, diagramação e publicação do mesmo.*

The Journal of Infection Control (JIC) the official journal of the Brazilian Association of Infection Control and Hospital Epidemiology Professionals, publishes studies dealing with all aspects of infection control and hospital epidemiology. The JIC publishes original, peer-reviewed articles, short communication, note and letter. Each three months, the distinguished Editorial Board monitors and selects only the best articles. Executives Editors: Luis Fernando Waib, MD, ID, MSc and Marcelo Carneiro, MD, ID, MSc. Frequency: Published 4 times a year.

O Jornal de Controle de Infecção (JIC) é a publicação oficial da Associação Brasileira de Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, publica estudos sobre todos os aspectos de controle de infecção e epidemiologia hospitalar. O JIC publica estudos originais, revisões, comunicações breves, notas e cartas. A cada três meses o corpo editorial, editores associados monitoram e selecionam somente os melhores artigos. Editores Executivos: Luis Fernando Waib, MD, ID, MSc e Marcelo Carneiro, MD, ID, MSc. Frequência: Publicação 4 vezes ao ano.

www.abih.org.br

CLIQUE AQUI E FAÇA O DOWNLOAD DAS OUTRAS EDIÇÕES DO JIC

Journal of
INFECTION CONTROL

**ANAIS DO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL:
REDUÇÃO DO RISCO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
E QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE**
14, 15 e 16 de maio de 2015

ANVISA
**Agência Nacional de
Vigilância Sanitária**

Diretor-Presidente

Jaime César de Moura Oliveira

Chefe de Gabinete

Luciana Shimizu Takara

Diretores

Renato Alencar Porto

Ivo Bucaresky

José Carlos Magalhães Moutinho

Adjuntos de Diretor

Alúdimá de Fatima Oliveira Mendes

Trajano Augustus Tavares

Fernando Mendes Garcia Neto

Diogo Penha Soares

**Superintendência de Serviços de
Saúde e Gestão do SNVS - SSNVS**

Doriane Patricia Ferraz de Souza

**Gerência Geral de Tecnologia em
Serviços de Saúde - GGTES**

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira

**Gerência de Vigilância e Monitoramento
em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES**

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Cleide Felicia de Mesquita Ribeiro

Fabiana Cristina de Sousa

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Luana Teixeira Morelo

Magda Machado de Miranda Costa

Mara Rubia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da P. Nogueira

Paulo Affonso Bezerra de A. Galeão

Suzie Marie Gomes

Equipe Administrativa

Elizabeth Miranda Chaves

Conceição de Maria Rodrigues

Estagiária

Dhandara Rodrigues Freitas Batista



ÍNDICE RESUMOS

01 | AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO DA VISA NOS HOSPITAIS EM MT

02 | DESAFIOS PARA A QUALIDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE IRAS EM HOSPITAIS E CLÍNICAS DE PEQUENO PORTE

03 | CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA AVALIAÇÃO DE CME VISANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

04 | PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETERES CENTRAIS

05 | IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DO NÚCLEO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA CATARINA- DIVS/SC

06 | VALIDAÇÃO DO BOLETIM ON-LINE PARA NOTIFICAÇÃO DAS INFECÇÕES REALCIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS), 2014

07 | APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA DA OMS EM NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA

08 | INDICADORES DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - 2011 À 2014

09 | SEGURANÇA DO PACIENTE: MONITORAMENTO E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

10 | SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO DA ADESAO ÀS BOAS PRÁTICAS DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE EM HOSPITAIS

11 | MONITORAMENTO E REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE INFECÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO LUIS-MA

12 | COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

13 | PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA EM HOSPITAIS COM UTI

14 | ALTERAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PÓS EVENTOS ADVERSOS GRAVES DEVIDO A USO DE ANTINEOPLÁSICOS – RELATO DE CASO

15 | VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES AOS ANTIMICROBIANOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE GOIANIA-GO, 2010 À 2013

16 | INFECÇÃO HOSPITALAR EM BELÉM, PARÁ: UM ESTUDO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE 2014

17 | NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTRATEGIA DE IMPLANTAÇÃO NO ESTADO DO PI

18 | IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DE RISCOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



RESUMOS

01

AValiação DAS Ações DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECCÃO DA VISA NOS HOSPITAIS EM MT

Oliveira, Rosangela¹
Albuquerque, Dannyelle F. S²

¹Mestre Enfermagem - VISA/SES//MT

²TE/Graduanda Enfermagem - VISA/SES//MT

INTRODUÇÃO: A prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) é responsabilidade legal dos hospitais. Compete às Vigilâncias Sanitárias (VISA), monitorar e avaliar essas ações. Nesse enfoque, o estudo buscou conhecer essas ações nos hospitais de Mato Grosso (MT).

OBJETIVO: avaliar a adequação dos hospitais à legislação sobre prevenção e controle das IRAS em MT. **METODOLOGIA:** É um estudo descritivo, documental, realizado pela análise dos relatórios das visitas técnicas realizadas em 83 estabelecimentos de assistência à saúde (EAS) do Estado, em 2012-2013. Uma planilha em Excel 2007 serviu de apoio para a compilação e análise dos dados, subsidiados pela Portaria nº 2616/1998 e RDC nº 48/2000.

RESULTADOS: Constatou-se que 58% dos EAS possuíam Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), apenas 29% tinham Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e 47% das CCIH reuniam regularmente. Rotinas escritas foram identificadas em 98% dos EAS, no entanto, não possuíam: rotina de higiene de mãos 22%, antissepsia de mãos com álcool gel 72%, técnica de colocação/retirada de luvas 50%, manutenção de dispositivos invasivos 48%, uso racional de saneantes 66%, medidas de precaução/isolamento 47%, protocolo do uso de antimicrobianos 80%, rotinas do serviço de limpeza e higienização 42% e vigilância e coleta de dados de IRAS, 66%. A maioria dos manuais estava em elaboração ou revisão e não tinham sumários, paginação e validação. No que diz respeito a treinamentos específicos, sistemáticos e periódicos, 68% não realiza. Outros resultados foram encontrados, sendo apresentados os mais relevantes. Observado que alguns percentuais chegam a ser alarmantes, mostrando que a padronização de condutas preventivas são deficitárias ou inexistentes. A política de uso de antimicrobianos é uma realidade para os serviços que possuem leitos de terapia intensiva em função de esses estabelecimentos disporem de profissionais específicos para atuação neste Setor. Nos hospitais de menor porte, a realidade é diferente. Esses não mantêm profissionais exclusivos para a atividade, sendo que enfermeiros acabam sendo obrigados a absorver as ações em paralelo a outras atividades assistenciais, de organização do serviço, de coordenação de equipes de enfermagem, de limpeza, dentre outras, não conseguindo atuar de maneira efetiva na prevenção e controle das IRAS.

CONCLUSÃO: o estudo permitiu mostrar que essa reali-

dade, no Estado, ainda é precária, mesmo após 17 e 18 anos da edição da Lei nº 9.431/1997 e Portaria nº 2.616/1998, respectivamente. A mudança dessa realidade relaciona-se a vários aspectos a serem considerados, como, principalmente, mudança de postura dos gestores dos serviços em buscar estratégias de gerir sob o enfoque da qualidade e não somente de lucros, objetivando os benefícios e a satisfação da clientela atendida, de investimentos em políticas de educação continuada e valorização dos profissionais. Importante e fundamental é a presença periódica da VISA nesses serviços, de forma a fomentar e exigir o cumprimento de normas e legislações, bem como exercer seu papel na educação sanitária.

AGRADECIMENTOS:

À Prof^a Dra. Rosa Bottosso (FEN/UFMT) pela revisão e sugestões para o texto.

PALAVRAS CHAVE: Infecção Hospitalar. Vigilância Sanitária. Estabelecimentos de Saúde.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.431 de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Brasília. 1997.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. Brasília. 1998.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 48 de 02 de junho de 2000. Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília. 2000.

02

DESAFIOS PARA A QUALIDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE IRAS EM HOSPITAIS E CLÍNICAS DE PEQUENO PORTE

Oliveira, Rosangela¹
Albuquerque, Dannyelle F. S²

¹Mestre Enfermagem - VISA/SES//MT

²TE/Graduanda Enfermagem - VISA/SES//MT

INTRODUÇÃO: No Brasil, com a desativação do Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), o SINAIS, em 2009, o monitoramento das notificações foi restabelecido em 2010 com o Sistema FORMSUS, objetivando dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coleta e disseminação de dados de IRAS, sendo focado nos hospitais com leitos de terapia intensiva. Contudo, os hospitais de pequeno porte ficaram desobrigados de notificar, ou, no mínimo, notificar suas infecções de sítio cirúrgico ao Sistema Federal.

DESENVOLVIMENTO: Em MT, há um Sistema de Notificação de IRAS implantado desde 2010, que contempla também



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

dados e indicadores específicos. No entanto, a adesão às notificações desses serviços é baixa e quando ocorre, geralmente, possui falhas. Foram avaliadas as notificações entre 2010-2014. 8 serviços realizaram as notificações regularmente em 2010, 10 em 2011, 11 em 2012, 13 em 2013 e 18 em 2014. Os problemas observados foram: dificuldade de entendimento, preenchimento incorreto; taxas sempre zeradas; inexistência de vigilância epidemiológica de IRAS; falta de assiduidade na frequência de envio e até dificuldade no uso de computadores. As notificações no período não permitiram conhecer a realidade epidemiológica das IRAS nesses serviços. Os indicadores geralmente zerados, irrisórios e não frequentes impossibilitaram análises. Para o estabelecimento, essa notificação reforça o compromisso de ter cumprido a legislação (Lei nº 9.431/1997 e Portaria nº 2.616/1998) que é notificar e que não houve identificação de IRAS. Observado nesses serviços a alta rotatividade de enfermeiros com consequente descontinuidade dos processos, a sobrecarga de trabalho pelo número reduzido de profissionais e a falta de conhecimento específico para o bom andamento das ações, já que os enfermeiros geralmente são cobrados a absorver mais essa atividade em paralelo às já realizadas. A avaliação das notificações mostrou por que essas ações são tão deficitárias. Recursos humanos qualificados e capacitados, fundamentais no processo, são negligenciados pelos gestores, reforçando a fragilidade da administração hospitalar. Observa-se o despreparo das gestões em buscar resultados qualitativos. Neste cenário, os estabelecimentos ficam expostos, levando-se à evidência quando ocorre um fato social importante, como IRAS. A criação de um Serviço de Controle de Infecção é visto em segundo plano, mais para atender os órgãos de fiscalização do que suas próprias necessidades. Cabe destacar que Oficinas de trabalho têm sido realizadas quase que anualmente em MT, objetivando capacitar e direcionar os profissionais nesta área.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a obrigatoriedade das notificações desses serviços tem preocupado os gestores quanto ao que está sendo notificado, se “certo” ou “errado”. Analisando-se por esse aspecto, grande parte dos profissionais envolvidos começa a se despertar para responsabilidades e necessidades referentes à prevenção e controle das IRAS, o que os tem remetido à busca de mais conhecimento para não notificarem com falhas ou enganos, justificando a manutenção dessas notificações.

PALAVRAS CHAVE: Infecção Hospitalar. Vigilância Sanitária. Estabelecimentos de Saúde.

AGRADECIMENTOS:

À Prof^a Dra. Rosa Bottosso (FEN/UFMT) pela revisão e sugestões para o texto.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.431 de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Brasília. 1997.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. Brasília. 1998.

03

CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA AVALIAÇÃO DE CME VISANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

Oliveira, Rosângela¹
Bottosso, Rosa Maria²
Silva, Suellen Florêncio³

¹Mestre em Enfermagem - Vigilância Sanitária Estadual, MT, Brasil.

²Prof. Doutora da Faculdade de Enfermagem, UFMT, Cuiabá, MT, Brasil.

³RT Empresa de Esterilização Cuiabá, MT, Brasil.

INTRODUÇÃO: o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria nº 529/2013 estabelece um conjunto de ações com o objetivo de contribuir para qualificação do cuidado em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) do país.¹ Nesse sentido, o processamento de produtos para saúde deve ser realizado de acordo com as boas práticas estabelecidas por legislação. Quando preparados inadequadamente, os produtos podem representar um fator de risco à saúde dos usuários. No Brasil, é frequente a prática do processamento de produtos para saúde nas mais variadas situações devido às diferenças socioeconômicas, culturais e logísticas entre as regiões do país, potencializando o risco à saúde do paciente, do profissional e do meio ambiente.² A responsabilidade dos órgãos públicos de saúde na fiscalização das instituições é essencial, não somente realizando as inspeções, mas também desenvolvendo ações educativas.³ Nesse contexto, o trabalho da Vigilância Sanitária (VISA) na avaliação da qualidade dos produtos processados é relevante para a promoção, prevenção e proteção à saúde das pessoas que utilizam os serviços assistenciais, pois produtos processados inadequadamente podem desencadear eventos adversos como as infecções relacionadas à assistência à saúde.

OBJETIVO: elaborar proposta de roteiro de inspeção sanitária para avaliação das práticas de processamento de produtos em Centro de Material e Esterilização (CME) em instituições de saúde localizadas em Mato Grosso.

MÉTODO: pesquisa descritiva de campo realizada no período de 2012 a 2014 em duas fases: a primeira ocorreu com a busca dos instrumentos da VISA, resultando na versão preliminar do roteiro, fundamentado em legislação, principalmente, a RDC nº 15/2012 e estudos científicos. A segunda fase, considerada de campo, onde os profissionais da VISA aplicaram o roteiro proposto em 91 EAS.

RESULTADOS: durante as primeiras aplicações do roteiro, foram constatadas fragilidades nas competências dos profissionais dos CME, o que demandou uma mudança de estratégia na aplicação do roteiro, com a realização de ações educativas sobre as etapas do processamento dos produtos. Alguns profissionais relataram que durante a formação acadêmica, este conteúdo fora incipiente e, na prática, mesmo com suporte técnico e busca de informação, não recebem dos gestores o apoio para implementação das práticas regulamentadas, colocando-os em situação de conflito na segurança do paciente. Diálogos, trocas de experiências com os trabalhadores e constantes idas e vindas do grupo de pesquisadores favoreceu o aperfeiçoamento do roteiro.

CONCLUSÃO: o exercício compartilhado da reflexão sobre o modo de pensar e agir do cotidiano de trabalho contribuiu para o aperfeiçoamento da proposta do roteiro de inspeção sanitária para avaliação das CME voltado para a práxis profissional. A tomada de consciência dos sujeitos envolvidos (fiscalização/profissional) por meio da educação em saúde, para além da rotina de fiscalização, é fundamental para a transformação da realidade, assegurando a qualidade no processamento de produtos para saúde.

PALAVRAS CHAVE: Vigilância sanitária. Esterilização. Educação em saúde.



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.
2. COSTA, E.A.M. Reflexões sobre segurança sanitária em reprocessamento de produtos para saúde. *Vigilância Sanitária em Debate*. v. 2, n.1, p.7-13, 2014.
3. GRAZIANO, K.U. et al. Indicadores de avaliação do processamento de artigos odonto-médico-hospitalares: elaboração e validação. *Rev Esc Enferm USP*. v.43 (Esp 2), p. 1174-80, 2009.

04

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE
INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA
ASSOCIADA A CATETERES CENTRAIS**

Moura ML¹
Nunes P²
Buonora S²
Otero D³
Bernardes R²

¹Setor de Segurança do Paciente da Superintendência de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar-SMSRJ, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO: A prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateteres centrais (IPCS) é fundamental para aumentar a segurança do paciente, sendo necessária a implementação de intervenções destinadas à diminuição da taxa de infecção e redução das graves consequências para a saúde pública. Embora seja uma prática de segurança do paciente reconhecida como eficaz e altamente recomendada, a adesão dos hospitais é baixa e as taxas de infecção permanecem altas em muitos países, inclusive no Brasil.

OBJETIVO: O protocolo tem como finalidade prevenir IPCS e suas recomendações destinam-se a todos os hospitais de pacientes agudos localizados no Estado do Rio de Janeiro e devem ser aplicadas na inserção e no manuseio de cateteres centrais em pacientes internados.

MÉTODO: revisão integrativa da literatura científica sobre o tema.

RESULTADOS: As intervenções foram agrupadas em: um conjunto de medidas de prevenção, com foco na inserção do cateter, e um conjunto de medidas de manutenção, com foco no manuseio do CVC. Foram também propostas estratégias para a detecção de IPCS e requisitos de infraestrutura para sua detecção e prevenção.

CONCLUSÃO: Esse protocolo é constituído por recomendações abrangentes de prevenção de IPCS baseadas na melhor evidência disponível no momento. Recomendações baseadas em evidências são princípios amplos de boas práticas que devem ser integradas nas orientações de práticas locais e auditadas para reduzir a variação e manter a segurança do paciente. A incorporação dessas recomendações na prática clínica diária rotineira pode melhorar a segurança do paciente e reduzir

o risco de IPCS.

PALAVRAS-CHAVE: segurança do paciente; prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateter central; prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.

REFERÊNCIAS:

1. Consorcio Latinoamericano de Innovación, Calidad y Seguridad en Salud. "Adiós Bacteriemias": Eliminando las Bacteriemias Asociadas a Catéter Venoso Central en Unidades de Cuidados Intensivos Latinoamericanas - Guía de Implementación. 2012;
2. Loveday HP et al. epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection* 86S1 (2014) S1-S70;
3. Marshall J, Mermel LA, Mohamad Fakh M, Hadaway L, Kallen A, O'Grady NP, Pettis AM, Rupp ME, Sandora T, Lisa L. Maragakis LL, Yokoe DS. Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2014; 35 (7):753-771;
4. Palomar M, Álvarez-Lerma F, Riera A, Díaz MT, Torres F, Agra Y, Larizgoitia I, Goeschel CA, Provonost PJ. Bacteremia Zero Working Group. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related blood stream infection in the ICU: the Spanish experience. *Crit Care Med*. 2013 Oct;41(10):2364-72;
5. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related blood stream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355(26):2725-32.

05

**IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DO NÚCLEO
ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE
DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DE SANTA CATARINA- DIVS/SC**

Janete Ferreira Pinheiro¹

Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj¹

¹Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina- DIVS/SC, SC, Brasil.

OBJETIVO: Descrever como a DIVS/SC implantou no ano de 2013 as ações do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente/VISA.

INTRODUÇÃO: Embora sejam estruturados para prevenir, aliviar e curar enfermidades, as atividades e os processos de trabalho desenvolvidos nos serviços de saúde podem produzir danos aos pacientes. A Organização Mundial da Saúde estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos nos serviços de saúde em diversos países.¹ Neste contexto, o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi instituído através da Portaria MS nº 529/13 com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde.

DESENVOLVIMENTO: No Estado de Santa Catarina as suas ações são desenvolvidas, desde o ano de 2013, pelo Núcleo Estadual de Segurança do Paciente, parte integrante da Diretoria de Vigilância Sanitária. Inicialmente houve a participação dos componentes do Núcleo em eventos (36º Encontro Catarinense de



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

Hospitais, Seminário dos Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde, VI Seminário da Comissão Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) com o objetivo de divulgar a legislação e sensibilizar os gestores e profissionais de saúde para a importância da notificação como uma oportunidade de melhoria de processo de trabalho fundamentado numa cultura de segurança que vise o aprendizado com o erro e não a culpabilização. Para que fosse possível o contato com os Núcleos de Segurança do Paciente foi elaborado e disponibilizado o FormSus/Formulário de Cadastro dos Núcleos de Segurança dos Pacientes das Unidades Hospitalares do Estado de Santa Catarina na página eletrônica da DIVS/SC: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=17178. Em 2014 foi realizada a capacitação de Avaliação de Risco para a Tomada de Decisão com 60 horas/aula, direcionada para 150 fiscais de vigilância sanitária, com o objetivo de que os serviços de vigilância sanitária incorporem e adotem o conceito do risco como um fator orientador nos processos de tomada de decisão. Em 2015 foi realizado o Seminário Segurança do Paciente nas Redes de Atenção com 16 horas/aula que contou com a participação de 250 gestores e profissionais de saúde. Paralelo a estas atividades, o Núcleo é representado pela participação de seus componentes como aluno no Curso de Especialização Internacional em Qualidade e Segurança do Paciente/FIOCRUZ e como integrante do Grupo Técnico da ANVISA para elaboração do Plano Integrado para o Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos processos de gestão da segurança do paciente em serviços de saúde. Cabe ao Núcleo monitorar e investigar conforme classificação de risco/grau de dano as notificações do Sistema NOTIVISA de eventos relacionados à assistência.

CONCLUSÃO: Como resultado evidencia-se, apesar da sub notificação, o importante quantitativo de notificações de estabelecimentos de saúde de Santa Catarina quando comparado ao quantitativo a nível nacional e a forma como os serviços de saúde estão buscando se adequar a legislação e implantar uma cultura de segurança do paciente que vise a adoção de práticas seguras em seus processos de trabalho (protocolos/barreiras defensivas) para minimizar a ocorrência dos possíveis danos aos pacientes. Bem como evidencia-se uma nova forma de processo de trabalho da vigilância sanitária junto aos serviços de saúde. Porém, ressalta-se ser necessário a contínua e sistemática sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde visando a promoção da cultura da segurança e do procedimento a ser seguido diante da suspeita de um evento adverso relacionado a assistência.

REFERÊNCIAS:

1. WHO, World Health organization Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Ed Ashishjha. 2008

06

VALIDAÇÃO DO BOLETIM ON-LINE PARA NOTIFICAÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS), 2014*Priscila do Nascimento Cordeiro de Almeida¹*

A presente pesquisa tem como foco o instrumento de notificação das infecções hospitalares. Trata-se de um estudo de validação de tecnologia de medidas de avaliação em saúde do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico com aborda-

gem quanti-qualitativa. O objetivo é validar o instrumento para notificação dos indicadores de infecção hospitalar, identificando possíveis mudanças de conteúdo e se o mesmo é estatisticamente válido para medir a ocorrência dessas infecções. A produção de dados ocorreu em três momentos. O primeiro momento corresponde à aplicação do teste piloto; o segundo momento à avaliação por 1 juiz-especialista em sistemas de informação; o terceiro momento à avaliação por 7 juízes-especialistas em controle de infecção. Obteve-se o consenso favorável acima de 80% no índice de concordância no boletim de hospitais sem unidade de terapia intensiva referente à notificação das infecções de sítio cirúrgico (91%), a planilha que trata das notificações de setor não crítico não foi validada pelo fato de haver discordância quanto à contemplação dos principais indicadores (71%). O boletim de hospitais com unidade de terapia intensiva alcançou elevado índice de concordância nos indicadores de unidade de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal (97%), bem como a notificação de hemoculturas dessas unidades (97%). A notificação de infecção de sítio cirúrgico também foi validada (94%), apenas a notificação de setores não críticos não alcançou o índice de concordância devido a discordância sobre a contemplação dos principais indicadores de infecção (71%). Com o resultado do estudo foi possível validar o instrumento de notificação das infecções hospitalares, contribuindo para melhor refletir o evento no Pará e fortalecendo a vigilância das infecções, o que possibilitará a realização do diagnóstico situacional para subsidiar planos de intervenção. Quando em vigor, será fundamental a avaliação deste processo, pois a presente pesquisa não esgota todas as possibilidades de melhoria da notificação desses indicadores.

PALAVRAS CHAVE: Serviços de Saúde, Infecção Hospitalar, Vigilância Epidemiológica, Estudos de Validação, Avaliação em Saúde.

REFERÊNCIAS:

1. ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. *Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Crítérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: Neonatologia*. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 24 out. 2014c.
3. CARDO, D. et al. *Moving toward elimination of health-care-associated infections: A call to action. Am. j. infect. control.*, St. Louis, v.38, p.671-5, nov. 2010.

07

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA DA OMS EM NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA. FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, BELÉM, BRASIL. 2014.*Ximenes, Liene do S. Câmara¹
Carneiro, Irna C. do R. S²*¹SESPA - Secretaria de Saúde do Estado do Pará²Santa Casa de Misericórdia do Pará**INTRODUÇÃO:** A Organização Mundial de Saúde (OMS)



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

lançou a Aliança mundial para a segurança do paciente, que teve como tema “Cirurgias Seguras Salva Vidas”, com um dos enfoques à prevenção das Infecções de Sítio Cirúrgicas (ISC).

OBJETIVO: Avaliar a adesão da equipe de neurocirurgia a lista de verificação de cirurgias seguras (LVCS) nas neurocirurgias pediátricas.

METODOLOGIA: O desenho foi do tipo coorte prospectivo quantitativo longitudinal (seguimento “Follow-Up”). Houve dois períodos: Pré-aplicação da lista com apresentação a equipe médica e de enfermagem de neurocirurgias do Centro Cirúrgico. No segundo período, aplicação da lista de verificação em 30 neurocirurgias, de março a maio de 2014. Os pacientes foram acompanhados por 90 dias ou até a alta, utilizando fichas de notificação de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).

RESULTADOS: das 30 neurocirurgias, 14 (46,7%) evoluíram com ISC. Na 1ª fase da lista (ENTRADA DO PACIENTE) houve uma adesão de 93,3%; na 2ª (PAUSA CIRÚRGICA), antes da incisão, 70% de conformidade, no item antibioticoprofilaxia. Na 3ª fase (SAÍDA) houve uma conformidade de 13,3%, em decorrência da não observação do item da lista “revisão de preocupações com o paciente na saída do CC”. Somente em 26,7% das cirurgias foram verificadas a adesão a todos os itens da lista.

CONCLUSÃO: Portanto, há necessidade de consolidar a implementação do protocolo de cirurgia segura no intuito de garantir uma melhor adesão à lista, contribuindo na assistência de qualidade aos pacientes, prevenindo episódios de IRAS nas neurocirurgias e implementar nas demais especialidades cirúrgicas.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia segura, Neurocirurgia, Infecção de Sítio Cirúrgico.

REFERÊNCIAS:

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. OPAS; M S; ANVISA, 2010.
2. LEÃO, R.N.Q.; CARNEIRO, I.C.R.S.; SANTOS, V.L.C. *Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Medicina tropical e infectologia na Amazônia*. Belém: Samauma Editorial: Instituto Evandro Chagas, 2013.
3. LEE, J. K. et al. *Incidence and Risk Factors of Ventriculoperitoneal Shunt Infections in Children: A Study of 333 Consecutive Shunts in 6 Years*. J Korean Med Sci, Dec 2012.

08

INDICADORES DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - 2011 a 2014Fátima Maria Nery Fernandes¹Hígia Maria Vilasboas Schettini¹Eliana Auxiliadora Costa¹Marilene Belmonte¹Ezinete Dórea¹Márcia Angélica Alves¹Lorena Pastor¹Gracimara de Jesus Santos¹Valdiva Maria de Jesus Ferreira Santana¹¹Núcleo Estadual de Controle de Infecção/DIVISA/SESAB-Bahia, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO: O Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar da Bahia (PECIH-BA) foi implantado em 1991 e desenvolve de forma sistemática, ações destinadas à prevenção e ao controle das infecções em Serviços de Saúde, no Estado, sob a responsabilidade do Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (NECIH), inserido na Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA), desde 2007, formalizado através da Portaria Estadual nº 909 de 20/5/2010. Realiza o monitoramento das IRAS, através de planilha eletrônica desenvolvida pelo Estado, em hospitais, Serviços de Diálise, Oncologia e Atenção Domiciliar. A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde-IRAS é um importante problema de saúde pública mundial e representa um grande desafio a ser enfrentado pelo poder público para a execução das ações de prevenção e controle.

OBJETIVO: Apresentar a incidência de IRAS nos Serviços de Saúde do Estado da Bahia entre 2011-2014.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, com análise dos indicadores de IRAS e Micro-organismos Multirresistentes-MR, enviados ao NECIH, mensalmente, pelos hospitais do Estado da Bahia, destacando aqueles com leitos de Unidade de Terapia Intensiva-UTI e os Serviços de diálise.

RESULTADOS: Verificou-se um aumento, progressivo, no percentual de hospitais com leitos de UTI com Comissões de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH atuantes. Em 2014, 94,2% (82/87) desses, desenvolveram ações e enviaram indicadores de IRAS, mensalmente. Entretanto, o percentual de hospitais com CCIH ainda representa um desafio, visto que apenas 60,5% de 558 hospitais, desenvolvem as ações previstas na legislação; e 100% dos Serviços de Diálise (35). A maior Densidade de Incidência-DI de IRAS nos hospitais da Bahia, ocorreu em 2012 representada por 7,9‰ pacientes/dia, evidenciando-se uma redução, em 2014, para 5,5‰. Segundo entidade mantenedora, as maiores taxas foram verificadas em 2014 nos hospitais públicos, seguidas dos privados com 7,4‰ e 5,1‰ pacientes/dia, respectivamente. Os resultados apresentados revelaram que as taxas mais elevadas foram observadas nas UTIs Neonatais e adultos, sendo Infecção Primária da Corrente Sanguínea Clínica -IPCS em neonatos representada por 12,9‰ CVC/dia e Infecção Primária da Corrente Sanguínea laboratorialmente confirmada nas UTIs adultos com 6,0‰ Catéter Venoso Central-CVC/dia. Nas cesáreas, observou-se uma taxa de 1,3% de infecção, em 2014. Em hemodiálise, as maiores IPCS foram relacionadas à CVC, quando comparada com a Fístula Artério-venosa-FAV, representada por 5,6‰ CVC/dia; apresentando taxas de IRAS nos anos de 2011 à 2014, representadas por 3,3‰, 3,2‰, 2,8‰ e 2,6‰ pacientes por sessão/dia, respectivamente; sendo os *Staphylococcus aureus* os mais frequentes, seguidos dos *Staphylococcus epidermidis*. Quanto aos micro-organismos multirresistentes, houve um aumento na notificação, em conformidade com a Portaria Estadual nº 1589/2010, observando-se um maior percentual pelos hospitais públicos; apresentando maior frequência de *Acinetobacter* (18,9%) e *Klebsiella Pneumoniae-ESBL* (17,9%).

CONCLUSÃO: Diante desse panorama, é reconhecido que muitos hospitais têm dificuldades ou não desenvolvem o PCIH de forma eficaz, conforme as recomendações governamentais em virtude de uma realidade legal a ser institucionalizada em uma realidade social composta por diferentes tipos de hospitais com suas características de assistência e recursos disponíveis. No entanto, o Estado vem desenvolvendo ações com vistas a melhorar o cenário atual, priorizando o monitoramento, investigação e inspeção nos serviços de maior complexidade.

REFERÊNCIAS:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Série: Segu-*



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

rança do Paciente e qualidade em serviços de saúde. Módulos 1-5. Brasília: Anvisa, 2013. Ministério da Saúde (BR).

2. Portaria MS nº 2616, de 12/05/1998. Brasília, 1998. Oliveira R, Maruyama S. Controle de Infecção Hospitalar: Histórico e Papel do Estado. *Rev. Eletr. Enf.*, 2008;10(3):775-83.

09

**SEGURANÇA DO PACIENTE:
MONITORAMENTO E INVESTIGAÇÃO
DE EVENTOS ADVERSOS
E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**Fátima Maria Nery Fernandes¹Hígia Maria Vilasboas Schettini¹Eliana Auxiliadora Costa¹Marilene Belmonte¹Ezine Dórea¹Márcia Angélica Alves¹Lorena Pastor¹Gracimara de Jesus Santos¹Valdiva Maria de Jesus Ferreira Santana¹¹Núcleo Estadual de Controle de Infecção/DIVISA/SESAB-Bahia, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO: O Núcleo Estadual de Controle de Infecção-NECIH vem desenvolvendo ações de segurança do paciente, pontuais, através da realização de investigação de eventos adversos graves, que causem dano ou óbito, assim como inspeção sanitária, com vistas a identificar as não conformidades relacionadas à assistência, utilizando o instrumento de auto avaliação (revisado em 2014), constante na Portaria Estadual nº 1083/01, que avaliam as ações de Segurança do paciente, entre outras.

OBJETIVO: Apresentar um caso de evento adverso, que resultou em dano grave, em um hospital de Salvador, em 2014.

METODOLOGIA: Trata-se do relato de caso da investigação de evento adverso que resultou em dano à paciente internada em um hospital privado de Salvador. A investigação foi realizada pelo NECIH após recebimento de denúncia enviada à Ouvidoria da DIVISA, pela filha da paciente, acerca da indicação de amputação de mão.

RESULTADOS: Paciente de 55 anos, admitida no hospital dia 20/4/2014 com quadro de sepse por obstrução intestinal, encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva-UTI. No dia seguinte foi submetida à Colectomia total e Ileostomia (evidenciado Tumor de abdome), e mantida na UTI até o dia 10/5. Além do procedimento cirúrgico foram realizados outros procedimentos invasivos: cateterismo venoso central (jugular D), sondagem vesical de demora, cateterismo venoso periférico (MSE), pressão arterial média (artéria radial D – instalado às 12:30h), entubação e ventilação mecânica, sondagem nasogástrica. Houve registro de uso da PAM em artéria radial D, e relatos de instalação de soluções venosas, medicamentos e drogas, sem especificar o acesso: CVC, CVP ou PAM. No dia 22/4, foi evidenciada ausência de pulsos em braço direito e troca da PAM. Em 23/4, registro de isquemia de mão D, consulta com cirurgia vascular e implementado tratamento. Em 10/5 a paciente recebe alta da UTI e é encaminhada para unidade aberta. Em 17/5 é readmitida na UTI com piora do estado geral e gangrena úmida em mão D, realizada Fasciotomia,

e em 28/5 foi submetida à amputação da mão D. Nas evoluções médicas e de enfermagem não há relatos suficientes acerca da manipulação para medição da PAM, nem registros de como as infusões venosas foram realizadas, nem registros detalhados da assistência prestada, dificultando a análise do caso. A realização desses procedimentos, associados às múltiplas manipulações e o uso prolongado de drogas, facilitam a ocorrência do evento adverso. Concluímos que a assistência prestada na UTI no pós-operatório imediato possa ter contribuído para a lesão da artéria e, consequentemente, a amputação, embora não haja nenhum registro de manipulação desta artéria, com outra finalidade que não para a medição da PAM.

CONCLUSÃO: Foi elaborado relatório da investigação para envio à ouvidoria em resposta à denúncia; notificação pela falha de registros no prontuário e pelas infecções diagnosticadas; e envio do relatório para conselho de classe dos profissionais envolvidos para avaliação técnica do ocorrido. Dessa forma, torna-se imprescindível o fortalecimento de ações educativas com vistas a promover uma reflexão sobre os incidentes de segurança, que possam culminar em dano ao paciente.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25/7/ 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, 26 jul 2013. Brasil. Ministério da Saúde.
2. Portaria nº 529, de 1/04/2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, 2 abr 2013.
3. Organização Mundial de Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente. *Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*.
4. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

10

**SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO
DA ADEÇÃO ÀS BOAS PRÁTICAS DE
PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA
SAÚDE EM HOSPITAIS**

Janaina Trevizan Andreotti

Adriano Menis Ferreira

Alexandra Maria Almeida Carvalho Pinto

Marisa Dias Von Atzingen

Denise de Andrade

Marcelo Alessandro Rigotti

INTRODUÇÃO: Preocupações com a possibilidade de falhas no processo de limpeza, desinfecção e esterilização de produtos para saúde é uma constante quando se discute segurança do paciente e garantia da qualidade da assistência à saúde. Estudos realizados em diferentes países documentaram a falta de conformidade com as diretrizes estabelecidas e que, como consequência, pode ocasionar surtos de infecção.¹⁻³ No Brasil, a primeira normativa que estabelece detalhadamente os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde é a Resolução da Diretoria Colegiada n. 15, de 15 de março de 2012, da Agência

**Tabela 1** – Distribuição percentual dos níveis de cumprimento das boas práticas de processamento de produtos para saúde de oito CME vinculadas a hospitais segundo as categorias analíticas do processamento – Campo Grande, MS, 2014.

Categorias analíticas	Casos (%)								Desempenho médio* (%)
	A	B	C	D	E	F	G	H	
Condições organizacionais	42,9	52,4	61,9	57,1	52,4	57,1	66,7	50,0	54,9
Recursos humanos	10,0	20,0	40,0	20,0	50,0	40,0	20,0	30,0	28,8
Segurança e saúde no trabalho	20,0	60,0	60,0	20,0	20,0	20,0	20,0	40,0	32,5
Equipamentos	23,5	23,5	18,8	42,9	42,3	47,8	43,5	42,9	35,3
Infraestrutura	36,7	50,0	58,8	70,0	44,1	60,0	55,9	54,5	53,7
Recepção dos produtos	0,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	43,8
Processo de limpeza	40,0	35,7	50,0	46,7	37,5	50,0	50,0	43,8	44,4
Preparo	44,4	66,7	66,7	88,9	55,6	66,7	77,8	44,4	63,9
Processo de desinfecção	–	–	53,8	–	33,3	–	16,7	33,3	34,5
Processo de esterilização	76,9	58,3	77,8	85,7	64,3	80,0	61,1	78,6	72,9
Armazenamento	33,3	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	62,5
Transporte	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	66,7	33,3	37,5
Desempenho geral**	37,4	45,7	51,5	58,1	46,0	55,7	50,6	48,7	–

* $p < 0,001$; ** $p = 0,029$.

Nacional de Vigilância Sanitária. Este estudo objetiva analisar a adesão às boas práticas de processamento nos Centros de Material e Esterilização de hospitais.

MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo de casos múltiplos. Foram convidados a participar do estudo os 12 hospitais de Campo Grande/MS que possuem leitos de Terapia Intensiva, destes, oito participaram. Os dados foram coletados em janeiro de 2014, para tal foi elaborado e validado um formulário que está disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=4147&id_reg=11401&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=4147, sendo utilizadas técnicas de observação direta, análise de registros, entrevista com o responsável e aferição de parâmetros com instrumentos.

RESULTADOS: Das instituições hospitalares participantes, cinco eram privadas, duas filantrópicas e uma pública. Os resultados de desempenho de cada instituição e a média de desempenho por categoria estão descritos na Tabela 1.

CONCLUSÃO: Este estudo demonstrou que a média de adesão às exigências relacionadas aos recursos humanos, à segurança do trabalho, ao processo de desinfecção, aos equipamentos e ao transporte foram as categorias mais descumpridas da Resolução. Ressalta-se que apenas cinco categorias (41,7%) obtiveram cumprimento das boas práticas superior a 50%, porém, não ultrapassando 73%. Diante desses resultados, infere-se que a qualidade dos produtos processados nesses serviços pode estar comprometida, inclusive expondo os profissionais e pacientes a riscos biológicos plenamente evitáveis.

REFERÊNCIAS:

1. Dancer SJ, Stewart M, Coulombe C, Gregori A, Viridi M. Surgical site infections linked to contaminated surgical instruments. *J Hosp Infect.* 2012;81(4):231-8.
2. Thiede B, Kramer A. Evaluation of reprocessing medical devices in 14 German regional hospitals and at 27 medical practitioners' offices within the European context – consequences for European harmonization. *GMS Hyg Infect Control.* 2013;8(2):Doc20.
3. Costa EAM. Reflexões sobre segurança sanitária em reprocessamento de produtos para saúde. *Vigil Sanit Debate.* 2014;2(1):7-13.

||

MONITORAMENTO E REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE INFECÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO LUIS-MA

Roselia de Jesus Santos¹Ione Barcelos Carvalho Oliveira¹Rosemary Batista de Medeiros¹¹Enfermeira, CECIH-MA, MA, Brasil.

INTRODUÇÃO: As infecções relacionadas à assistência à saúde constituem eventos graves e persistentes nos serviços de saúde. É sabido que a infecção aumenta os custos hospitalares na assistência aos pacientes, além de aumentar o tempo de internação e morbimortalidade hospitalar. Daí a importância das práticas de vigilância e monitoramento dessas infecções, como medida de segurança do paciente nos serviços de saúde.¹

OBJETIVO: Realizar o monitoramento dos indicadores de infecção relacionada à assistência à saúde, com vistas à redução dos índices de infecção nos serviços de saúde.

METODOLOGIA: Estudo Descritivo e transversal realizado em São Luis-MA no período de 2012 a 2014, em hospitais que possuem UTI adulto. A notificação dos indicadores foi realizada mensalmente para e-mail eletrônico da CECIH-MA (Comissão Estadual de Controle de Infecção) através de planilhas eletrônicas do Excel padronizadas. Os indicadores estaduais analisados foram: densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea (IPCS), densidade de infecção do trato urinário (ITU). Os indicadores foram analisados estatisticamente pelo Excel, calculando a densidade de incidência de dados agregados e demonstrados através de gráficos e tabelas.

RESULTADOS: Nos anos de 2012 a 2014 foram monitorados os indicadores de 34 hospitais, com a média de 11 hospitais notificantes de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) por ano. A maioria dos hospitais notificantes foram privados 47%(34), público estadual (23,5%), público municipal (11,9%), e 8,8% (1) para público federal e filantrópico cada um. Constatamos ao analisar os indicadores de IRAS, uma diminuição dos índices das principais infecções em serviços de saúde nos anos



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

de 2012 para 2014. Densidade da PAV de 17,5 infecções por mil ventiladores-dia, em 2012 reduziu em 2013 para 16,2 em 2014 apresentou a densidade de 8,8 infecções por mil ventiladores-dia. Já IPCS teve redução de mais de 50% sua incidência de 2012 para 2014. Em 2012 com densidade de 8,0 infecções por mil cateteres venoso central-dia para 7,6 em 2013 e em 2014 ficou com densidade de incidência de 4,1 infecções por mil cateter venoso central-dia. A ITU também diminuição da infecção nas UTI Adulto de São Luis, de 10,3 infecções por mil sondas vesical-dia em 2012 para 7,7 em 2013, e em 2014 com 3,7 infecções por mil sondas vesical-dia. A ITU foi à infecção relacionada com a assistência à saúde com maior redução das infecções nos serviços de saúde monitoradas no período, chegando à diminuição de 48% nos índices de infecção.

CONCLUSÕES: Concluímos a importância do monitoramento das infecções relacionada à assistência à saúde, considerando ser atividade fiscalizadora dos órgãos de saúde, estimula também os serviços de saúde a cumprirem o papel na redução máxima da incidência possível da incidência e gravidade das infecções nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília, 2013. 87p.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria N° 2616, 12 de maio de 1998*.
3. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota Técnica N° 01/2014 Vigilância e Monitoramento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana (RM) em serviços de saúde*. Brasília. 24 de fevereiro de 2014.14p.
4. BRASIL, Lei Federal n° 9431 de 06 de janeiro de 1997. D.O.U. de 7.1.1997.

12

COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAAnelisa O. Morais, Simone L. Poton¹Sheila T. Zambon¹Cláudia S. O. F. Belonia¹Leila A. P. Almeida, Nínive¹C. Figueiredo¹Ana Paula Z. Bonom¹¹COMCISS - SEMUS/GVS/CVE, Vitória, ES, Brasil.

INTRODUÇÃO: Tendo em vista a Lei Federal n° 9.431/1997 e Portaria GM n° 2.616/1998, as quais dispõem sobre as diretrizes e normas para prevenção e controle de infecção hospitalar, o município de Vitória instituiu o Comitê de Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (COMCISS) por meio da Portaria Municipal n° 30, de 06 de setembro de 2013. Compete ao COMCISS estabelecer e desenvolver as ações do Programa Municipal de Controle de Infecção nos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, sendo vinculado a Gerência de Vigilância em Saúde (GVS) e submetido à Coordenação

de Vigilância Epidemiológica, estando assegurada sua autonomia funcional. As atividades são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médico, farmacêutico e bioquímico, cuja estrutura organizacional é composta por membros executores, que são representados pelo coordenador designado pela GVS, assistência farmacêutica e vigilância sanitária e os membros consultores representados por profissionais da vigilância epidemiológica, atenção à saúde e laboratório central.

DESENVOLVIMENTO: O Sistema Municipal de Saúde de Vitória/ES está organizado sobre bases territoriais, compreendido em 6 Regiões de Saúde, composto por 30 Unidades de Saúde, 9 Centros de Referência, 2 Centros de Especialidades e 2 Prontos Atendimentos. Primeiramente foi elaborado o regimento interno para organização das atividades do Comitê, seguido da construção do Programa Municipal de Controle de Infecção que delimitou os objetivos, responsabilidades, diretrizes e atividades a serem desenvolvidas. Dentre as diretrizes traçadas foi realizado o diagnóstico situacional nos serviços de saúde da rede que demonstrou fragilidade em alguns processos assistenciais e de infraestrutura. A partir desse diagnóstico foi apresentado um projeto para centralização do processamento de artigos visando a qualificação do processo, seu gerenciamento e a otimização de recursos. Concomitantemente, foram elaborados os procedimentos operacionais padrão para a central de material e esterilização (CME), validados por grupo técnico constituído com esta finalidade, assim como um manual de boas práticas em CME. Outra intervenção se refere a implantação de um projeto de capacitação permanente para enfermeiros, em parceria com a Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS), sobre a temática em questão, sobre biossegurança e controle de infecção. Interface de relevância foi instituída junto à Gerência de Insumos à Saúde a fim de auxiliar na padronização de produtos como insumos e equipamentos de proteção individual utilizado na CME, antissépticos, desinfetantes, entre outros. O apoio técnico e cooperação a áreas específicas por meio da emissão de Instruções Normativas e Pareceres Técnicos visando o cumprimento de medidas de prevenção e controle de infecção, deve ser destacado.

CONCLUSÃO: O comitê ainda tem muitos desafios, como fomentar a importância do controle de infecção a nível ambulatorial, fortalecendo suas ações de modo a contribuir na prevenção de infecções, na adesão às boas práticas e na implantação de uma cultura de segurança. Desta maneira, ainda almejamos implantar um programa de utilização racional de antimicrobianos na rede, fortalecer as ações do grupo de estudos de lesões de pele, incentivar a pesquisa relacionada ao controle de infecção, promover encontros científicos, além de contribuir na implantação do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Lei n° 9.431, de 06 de janeiro de 1997. *Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do País*. DOU: Brasília, 1997.
2. _____. Ministério da Saúde. GM. Portaria n° 2.616 de 12 de maio de 1998. *Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país*. DOU: Brasília, 1998.

13

PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA EM HOSPITAIS COM UTI



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

Aline Schio de Souza¹
Patrícia Fiorin Cervelati¹
Pedro Milton Yarzon Ortiz¹
Pedro Monteiro de Farias¹

¹Coordenadoria de Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso do Sul, MS, Brasil.

INTRODUÇÃO: A água é um insumo essencial dentro de um estabelecimento assistencial de saúde, e pode estar relacionada a infecções. Dentre a variedade de microrganismos, os mais relevantes são bactérias não-fermentadoras devido sua facilidade de troca de informações genéticas. Os bacilos Gram-negativos não fermentadores de glicose representam maior risco para o paciente devido ao perfil de sensibilidade reduzido aos antimicrobianos. Programas de monitoramento são importantes ações sanitárias que auxiliam a execução de processos de melhoria nos sistemas internos de tratamento e distribuição da água utilizada nos hospitais. Sendo assim, a Vigilância Sanitária do estado do Mato Grosso do Sul em parceria com o LACEN/MS, implantou, em outubro de 2014, o Programa Estadual de Monitoramento da Qualidade da água dos hospitais com unidade de terapia intensiva (UTI) – QUALI ÁGUA.

OBJETIVOS: Verificar a qualidade da água dos hospitais com UTI no estado do Mato Grosso do Sul. Comparar os valores normatizados em legislações vigentes com o resultado das análises. Monitorar a presença de agentes multirresistentes nas amostras coletadas. Prevenir possíveis surtos de infecção hospitalar relacionada a reservatórios de água.

METODOLOGIA: As amostras são coletadas mensalmente em todos os hospitais com UTI, por técnicos da vigilância sanitária, conforme cronograma estabelecido (com rodízio de setores) e são encaminhadas ao Lacen. Por mês, são coletadas duas amostras em cada hospital, sendo a amostra do cavalete, realizada teste de potabilidade, e a outra amostra dentro do hospital com pesquisa de bactérias gram negativas não fermentadoras, por meio do método de membrana filtrante – Standart Methods for the examination of water and wastewater, 22^a ed, 2012. Identificação e perfil de resistência – Método automatizado Phoenix BD 100. Caso dê positivo é realizado antibiograma com definição da espécie do agente. A qualidade da água dos hospitais deve estar dentro dos padrões físico químicos e microbiológicos da Portaria SVS/MS nº 2914 de 12 de dezembro de 2011.

RESULTADOS: Das amostras pesquisadas em 2014, 38,8% deram insatisfatórias, ou seja, foi identificado algum microrganismo. Destas, 57% foi identificado *Pseudomonas aeruginosa*. Os hospitais com amostras não conformes são notificados a tomar medidas cabíveis, como limpeza e desinfecção do sistema de tratamento de água, troca de torneiras e tubulações, e estabelecimento de medidas sistemáticas quanto a manutenção dos reservatórios. Após os procedimentos é realizado coleta nos pontos insatisfatórios para nova análise.

CONCLUSÃO: Torna-se fundamental a continuidade do programa tendo em vista que os hospitais apresentam amostras insatisfatórias, em pontos considerados críticos, e isto muitas vezes pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos, como as infecções relacionadas à assistência à saúde, diminuindo desta forma, a prestação segura do cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL, Portaria MS 2914/2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.
2. DELIBERALI, B. et al. Prevalência de bacilos Gram-nega-

tivos não fermentadores de pacientes internados em Porto Alegre-RS. *J Bras Patol Med Lab*.v. 47,n. 5.p. 529-534, 2011.

3. LARANJEIRA, V.S. et al. Pesquisa de *Acinetobacter sp* e *Pseudomonas aeruginosa* produtores de metalo-beta-lactamase em hospital de emergência de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 43, n. 4, p. 462-464, 2010.
4. SOARES, M.C.S.T. Estudo de resistência aos antimicrobianos em amostras de *Pseudomonas aeruginosa* isoladas em hospitais da cidade de Niterói, RJ. 2005. 78 f. Dissertação (Patologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.

14

ALTERAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PÓS EVENTOS ADVERSOS GRAVES DEVIDO A USO DE ANTINEOPLÁSTICOS – RELATO DE CASO

Adam Macedo Adami¹Aline Schio de Souza¹Patrícia Fiorin Cervelati¹

¹Coordenadoria de Vigilância Sanitária do Mato Grosso do Sul, MS, Brasil.

HISTÓRICO: Em julho/2014, a Coordenadoria de Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso do Sul (CVISA/MS) tomou conhecimento da ocorrência de 03 (três) óbitos e uma internação de paciente em estado grave, com provável reação adversa pós-uso de antineoplásicos, em um serviço de oncologia da capital do Estado. Uma equipe foi deslocada para investigação do evento e inspeção sanitária, e como medida de controle foi realizada a interdição cautelar da área de manipulação dos medicamentos após a constatação da ausência de rastreabilidade dos processos de trabalho e da utilização de práticas pouco seguras no preparo e administração de terapias antineoplásicas. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi chamada para apoio na elucidação dos eventos e na confirmação da ocorrência ou não de surto relacionado ao uso de antineoplásicos. Após a análise e apuração dos casos, a equipe do Centro de Gerenciamento de Informações sobre Emergências em Vigilância Sanitária (eVisa) emitiu relatório de investigação de surto de eventos adversos graves e óbitos pós-quimioterapia. Os resultados indicaram como principal hipótese a ocorrência de falhas no processo de manipulação dos quimioterápicos infundidos nestes pacientes, reforçada por processos que denotam ausência de boas práticas de preparo e infusão de terapia antineoplásica com foco na segurança do paciente. Ressalta-se que, devido à escassez e imprecisão de registros de processos de trabalho realizados pela equipe do serviço, bem como falta de rastreabilidade de produtos e insumos utilizados, não foi possível a verificação de hipóteses de causalidade ou do nexo causal dos eventos.

Outro fato ocorrido, em dezembro/2014, em uma cidade do interior do Estado, onde 02 (dois) pacientes apresentaram reações adversas graves pós-administração de antineoplásicos com um desfecho fatal, já que um paciente evoluiu para óbito. Após o conhecimento dos casos pela mídia, uma equipe da vigilância sanitária estadual se deslocou até o município para a investigação dos eventos. Os inspetores concluíram que os pacientes receberam dose tóxica de antineoplásicos, causada por falha no cálculo



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

de diluição durante a fase de preparo da dose do medicamento.

MEDIDAS ADOTADAS: Frente a estes casos, a Coordenadoria de Vigilância Sanitária Estadual adotou estratégias e implementou algumas medidas de prevenção e de controle de riscos visando a prevenção de ocorrências de novos casos. Incrementou e refinou as inspeções nos serviços de oncologia com foco sobre a segurança do paciente com análise centrada sobre os processos críticos do tratamento antineoplásico, exigindo tais medidas: protocolo terapêutico adotado; padronização de protocolos e doses; monitoramento e acompanhamento das condições clínicas e laboratoriais do paciente prévios à sessão de quimioterapia; registro da dose e do tempo de infusão prescritos pelo médico; registro dos cálculos de dose e do volume de antineoplásicos transferidos, visando a prevenção de eventos adversos. Outra medida foi a manutenção da equipe de inspetores para os serviços oncológicos, a fim de padronizar a fiscalização, visando uma checagem mais detalhada e minuciosa dos registros clínicos, assim como nos prontuários de pacientes, com intuito de acompanhar todo o processo de trabalho da equipe multiprofissional em terapia antineoplásica e observar se os registros asseguram a rastreabilidade em todas as etapas do processo. Foi também elaborada uma proposta de Resolução Estadual específica para a regulação sanitária destes serviços, com abordagem de itens que a RDC ANVISA 220/2004 não contempla e com foco na segurança da prescrição, preparação e administração de terapias antineoplásicas e na utilização de drogas quimioterápicas.

15

VIGILÂNCIA DE INFECCÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES AOS ANTIMICROBIANOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO, 2010 A 2013

*Zilah Cândida Pereira das Neves¹**Luzinéia Vieira dos Santos¹**Sergiane Bisinoto Alves¹**Sueli Lemes de Ávila Alves¹**Ariadna Pires Damasceno¹**Elisângela Eurípedes Resende Guimarães¹**Gleide Mara Carneiro Tipple¹**Fátima Maria Machado Barbosa¹*¹DPCISS /DVISAM/SMS Goiânia, GO, Brasil

INTRODUÇÃO: É evidente a emergência de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) causadas por bactérias multirresistentes (MR) aos principais antimicrobianos usados na terapêutica. Frente a esses casos e suas implicações para a segurança dos pacientes a Divisão de Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (DPCISS-Goiânia) elaborou um protocolo para vigilância destas IrAS em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O protocolo define amostras, microrganismos e perfis de suscetibilidade aos antimicrobianos. É aplicado aos laboratórios de microbiologia e Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) de hospitais que possuem UTI.

OBJETIVOS: Monitorar IrAS causadas por bactérias MR

nas UTI de Goiânia; identificar e intervir em surtos causados por estas bactérias; capacitar profissionais dos SCIH para a vigilância epidemiológica destas IrAS; avaliar, em parceria com o Laboratório de Referência Estadual, LACEN-GO, a qualidade dos exames microbiológicos realizados nos laboratórios do município.

METODOLOGIA: Relato de Experiência do monitoramento da resistência bacteriana realizado pela DPCISS no período de 2010 a 2013. Os SCIH notificavam semanalmente à DPCISS os casos de IrAS por bactérias MR, por meio de planilha que eram encaminhadas por e-mail. Os laboratórios de microbiologia encaminhavam, com a mesma frequência, os resultados das culturas positivas para bactérias MR que se enquadravam no protocolo. As informações contidas nas planilhas permitiram a associação com os dados dos antibiogramas enviados pelos laboratórios, os quais foram lançados no programa EPI-Info, versão 2004. Os dados eram periodicamente analisados, as informações transformadas em relatórios o que favoreceu o desencadeamento de ações pertinentes. Na suspeita de surtos, os laboratórios de microbiologia eram orientados a recuperar os isolados bacterianos estocados em freezer -20°C e enviarem ao laboratório de referência para caracterização molecular.

RESULTADOS: O monitoramento permitiu a realização de capacitações com os laboratórios de microbiologia e UTI para implementação do protocolo, a identificação de surtos que resultaram em ações voltadas para o controle da disseminação dos MR como: visitas sanitárias, assessorias e consultorias, implementação de ações de prevenção e controle de IrAS. Nas situações pertinentes houve interdição do setor (UTI), visando melhoria na qualidade da assistência e interrupção da cadeia de transmissão. Os laboratórios receberam guias definidoras de breakpoints (CLSI e EUCAST) para padronização dos antimicrobianos testados e pontos de corte dos mesmos.

CONCLUSÃO: A implementação do protocolo proporcionou melhoria da qualidade dos exames microbiológicos realizados nos laboratórios do município e dos processos de trabalho da DPCISS, aprimorando a vigilância e o monitoramento das IrAS causadas por bactérias MR.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL, 2004. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual de Microbiologia Clínica para o Diagnóstico de Infecções em Serviços de Saúde, Módulo V, Detecção e Identificação de Bactérias de Importância Médica.*
2. BRASIL, 2007. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Investigação e Controle de Bactérias Multirresistentes.*
3. BRASIL, 2010^a. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota Técnica nº 1: Medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes.* BRASIL, 2010^b. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Notificação dos indicadores nacionais de infecção em serviços de saúde. Formulários de notificação microbiológica.*

16

INFEÇÃO HOSPITALAR EM BELÉM, PARÁ: UM ESTUDO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE 2014

*Valdirene Barroso Miranda¹**Ana Cristina Viana Campos²*



RESUMOS

> ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

*Antonia Benedita Rodrigues Vieira*³

¹Fiscal de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA (SESMA). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Brasil.

²Pós-doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, PA, Brasil.

³Professora Associada I do Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Pará, PA, Brasil.

INTRODUÇÃO: Apesar das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) serem fatores de risco reconhecidos para maior quantidade de óbitos durante internação, os dados sobre IRAS são pouco divulgados e incompletos, o que dificulta o conhecimento dimensional do problema no Brasil.^{1,2}

OBJETIVO: Identificar a taxa de infecção hospitalar no último trimestre de 2014, em todos os hospitais do município de Belém-PA.

METODOLOGIA: Estudo ecológico de série histórica com utilização de dados secundários dos indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar do último trimestre do ano de 2014, do Setor de Controle de Infecção Hospitalar do Departamento de Vigilância Sanitária do município de Belém, Pará, Brasil (SCIH/DEVISA/Belém). Os dados foram armazenados em planilha do Microsoft Office Excel, no qual foi realizada uma análise descritiva.

RESULTADOS: Do total de 36 hospitais que são monitorados pela Vigilância Sanitária em Belém, tem-se 11 (30,5%) hospitais públicos, 11 (30,5%) privados conveniados ao SUS, 3 (8,5%) das Forças Armadas e 11 (30,5%) privados. A média da taxa de infecção hospitalar em Belém no último trimestre de 2014 foi de 3,5% ($\pm 3,6$), variando entre 0,0 e 13,8%. Em relação ao número total de leitos, o maior hospital público tem 426 leitos e o privado possui 304 leitos, e em apenas 5 hospitais não havia esta informação. A maioria dos hospitais tem leito de Unidade de terapia Intensiva (72,2%) e apenas 14 (27,8%) hospitais não possuem leitos deste tipo. Os hospitais foram agrupados de acordo com o número de leitos de UTI em: nenhum leito (14 hospitais; 39,0%), até 14 leitos (9 hospitais; 25,0%) e >14 leitos (13 hospitais; 36,0%). A taxa de infecção foi 1,5 e 2,0 vezes maior quando se comparou hospitais sem leitos de UTI (1,8% $\pm 2,4$) com o segundo grupo (2,7% $\pm 2,7$) e com aqueles com mais de 14 leitos (4,3% $\pm 3,7$), respectivamente.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a taxa de infecção hospitalar em Belém é baixa no período avaliado. Entretanto, existem ausência de dados e outros problemas que podem estar contribuindo para a obtenção desses valores. Além disso, os resultados indicam que quanto maior o número de leitos de UTI, maior a taxa de infecção hospitalar. Novos estudos, incluindo dados de anos anteriores, poderão servir de base para políticas públicas de controle dos indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.

AGRADECIMENTOS:

Ao Departamento de Vigilância Sanitária de Belém-PA (DEVISA/SESMA), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação Amazônia Paraense de Amparo à Pesquisa (FAPESPA).

REFERÊNCIAS

1. ROMANELLI, Roberta Maia de Castro; ANCHIETA, Leni Marcia, MOURAO, Maria Vitoria Assumpção et al. *Infecções relacionadas à assistência à saúde baseada em critérios internacionais, realizada em unidade neonatal de cuidados progressivos de referencia de Belo Horizonte, MG. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 16, n. 1, Mar. 2013.*
2. RULKA, Eliane Lima; LIMA, Mariane; NEVES, Eduardo Borba. *Perfil das publicações científicas sobre a infecção hospitalar na base de dados SciELO. J Health Sci Inst. v.30, n.2, p.161-165, 2012.*

17

**NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE:
ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO NO ES-
TADO - RELATO DE EXPERIÊNCIA***Lucimá Alves Pereira Lima*¹*Maria do Amparo da Silva Bida Mesquita*¹*Maria do Carmo Melo Mascarenhas*¹*Romênia Noletto Guedes*¹*Tatiana Vieira Souza Chaves*¹

¹Secretaria de Saúde do Estado do Piauí/ Diretoria de Vigilância Sanitária, PI, Brasil.

INTRODUÇÃO: O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) mediante a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, enquanto que a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, institui ações de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). O Núcleo de Segurança do paciente é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.¹

OBJETIVO: Relatar a experiência sobre a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais do Estado do Piauí.

DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um relato de experiência, tendo como cenário os hospitais públicos da rede estadual, iniciado em agosto de 2013, no qual descrevemos o processo de constituição do Núcleo de Segurança do Paciente e a implantação das ações de segurança dos pacientes em serviço de saúde. Foram selecionados dezessete (17) hospitais do estado, destes onze (11) são regionais de referência para os onze territórios de saúde do Estado, e os seis são hospitais de alta complexidade. Todos possuindo unidades de internação clínica e cirúrgica, centro cirúrgico, centro obstétrico, berçário. Destes seis possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e dois possuem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). As estratégias adotadas foram: a constituição do Comitê Estadual de Segurança do Paciente, através de Portaria do Gabinete Nº 0103/2014; realização de dois seminários e duas oficinas, com os gestores e profissionais dos serviços e visitas in loco com orientações de implantação dos protocolos. Os seminários foram realizados com o objetivo de divulgar a Portaria Nº 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e a RDC Nº 36/2013 que institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, sendo que o primeiro teve a participação de representante do Ministério da Saúde e da ANVISA, onde estiveram presentes 88 pessoas, dentre elas gestores e profissionais de saúde. Na oportunidade foram apresentadas as experiências de Implantação da Qualidade da Segurança do Paciente do Hospital de Base- DF e do Plano Nacional de Segurança de Paciente em Hospitais de Teresina e enfatizado que a segurança e a qualidade dos serviços de saúde são fatores indissociáveis, sendo ambos componentes críticos da qualidade assistencial. Nas oficinas foi orientado sobre a constituição dos núcleos e a elaboração dos planos e as estratégias de implementação. Os onze hospitais regionais foi firmado um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) entre o Ministério Público e a Secretaria de Estado de Saúde dispondo de várias cláusulas relacionadas às não conformidades referentes à legislação sanitária, as quais não estavam sendo cumpridas ao



longo das várias inspeções sanitárias verificadas pelos técnicos da DIVISA, dentre elas a Constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Comissão de Controle De Infecção Hospitalar (CCIH), o que impossibilita a liberação da licença sanitária desses serviços. Dos hospitais monitorados todos constituíram o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e implantaram o protocolo de higienização das mãos. Em visita *in loco* para monitorar a implantação dos protocolos identificamos que 50% dos hospitais possuem outros protocolos já implantados como: identificação do paciente, preparo e administração de medicamentos, cirurgia segura, prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão. A Secretaria de Saúde disponibilizou a todos os hospitais um sistema de informação, a fim de implantar o protocolo de identificação do paciente. Este vem sendo realizado por meio de acolhimento e da classificação de risco. O sistema cria o prontuário único, permite o acompanhamento de todos os procedimentos realizado a que o paciente é submetido durante a internação e a otimização do faturamento dos prontuários. O Termo de Ajuste e Conduta é uma importante ferramenta para a Diretoria de Vigilância Sanitária, pois obriga os gestores cumprirem as não conformidades, dentre elas a Constituição do Núcleo de segurança do Paciente e a implantação do Programa de Segurança do Paciente.

CONCLUSÃO: A vigilância sanitária através de monitoramento observa que os gestores têm se empenhado e se comprometido em constituir os Núcleos de Segurança do Paciente, e implantação dos protocolos, com isso tem apresentado uma significativa melhora na qualidade da assistência. Entendemos que teremos muitos desafios para continuar este trabalho.

REFERÊNCIA:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 10 jul 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 25 set 2013.
3. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

18

IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DE RISCOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Rossana L. M. R. de Souza¹Rejane Vieira dos Santos¹Rosicley Souza da Silva¹¹Secretaria de Estado de Saúde do Acre, AC, Brasil.

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a segurança do paciente é um grave problema de saúde pública mundial. Estima-se que nos países desenvolvidos 1 em cada 10 pacientes sofre algum tipo de dano durante a hospitalização. Atualmente há um crescente reconhecimento de que

a qualidade e a segurança do paciente são dimensões críticas da cobertura de saúde universal. A legislação brasileira, através da Portaria nº 529/13 estabelece que a identificação do paciente e a gestão dos riscos que ele está exposto são ações que devem compor o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP. A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA, por meio da RDC 36/13 define a gestão de risco como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional, também estabelece no artigo 7º como competência do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde. A identificação correta do paciente é uma medida efetiva que visa garantir uma assistência segura em todas as etapas do atendimento hospitalar. A utilização de pulseiras de identificação é um dos recursos mais utilizados atualmente. Esse trabalho relata a experiência de implantação da identificação do paciente e dos riscos a que ele está exposto em uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI de hospital de referência em urgência e emergência do Estado do Acre.

DESENVOLVIMENTO: O Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB - localizado no município de Rio Branco é um hospital da rede pública estadual, referência no atendimento de emergência e trauma tanto para a capital do Estado, quanto para as cidades dos estados e países circunvizinhos; possui 18 (dezoito) leitos de UTI adulto, tipo II. No final de 2013, através da ferramenta de brainstorming identificou-se os principais riscos a que os pacientes de UTI estão expostos: queda, úlcera por pressão - UPP, broncoaspiração, autoextubação, eventos adversos associados à sonda vesical de demora, sonda nasoenteral, acesso venoso central e periférico; assim como, a necessidade de registros de outros parâmetros (escala de agitação-sedação de RICHMOND-RASS, restrição de mobilização parâmetros preditos e dieta zero), além da identificação do paciente através do uso de pulseira. Foi elaborado um quadro em acrílico no qual constam os riscos acima citados para ser fixado ao lado de cada leito (figura 1). Em agosto de 2014, após a aquisição dos quadros, iniciou-se o treinamento da equipe para avaliar e registrar as informações diariamente, neste quadro e no prontuário. Desde junho de 2014, esses riscos são monitorados mensalmente pelo SCIH/NSP e pela CECIH/NESP, através de indicadores (figura 2-4). No período de junho a dezembro, o percentual médio de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP foi de 55,58%, a incidência foi de 19,37% paciente-dia e o índice de queda foi de 0,31% paciente-dia.

CONCLUSÃO: Observou-se a melhoria da qualidade e uma assistência mais segura ao paciente através da identificação dos riscos e posterior implementação de medidas preventivas.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução - RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013.
3. Organização Mundial de Saúde. 10 facts on patient safety. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/>. Acesso em: 16/04/2015.
4. Organização Mundial de Saúde. 10 facts on patient safety. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.html>. Acesso em: 16/04/2015.