

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Lisboa, Março de 2007

INDICE	Pág.
SIGLAS	3
INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO	5
2. EVIDÊNCIA	6
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	7
4. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA	8
4.1. Finalidade do Programa	8
4.2. Objectivos Gerais	8
4.3. Objectivos específicos	8
4.4. População alvo	8
4.5. Competências dos diferentes actores	8
4.6. Estratégias de actuação nacional	9
4.7. Horizonte temporal	11
4.8. Coordenação do programa	11
4.9. Monitorização e avaliação do programa	11
5. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO	11
6. CRONOGRAMA	15
BIBLIOGRAFIA	17

SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direcção-Geral da Saúde

HELICS – Hospital in Europe Link for Infection Control Trought Surveillance

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

MRSA – *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VE – Vigilância Epidemiológica

INTRODUÇÃO

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.

Por vezes, estas infecções são também denominadas de infecções nosocomiais, apesar desta designação não ser inteiramente abrangente por excluir o ambulatório. O conceito de IACS é, por isso, mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, pelo que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas infecções afim de reduzir o risco de infecção cruzada.

A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através da *World Alliance for Patient Safety*, estabeleceu como desafio, para 2005/2006, a redução do problema da infecção associada aos cuidados de saúde, tendo como mensagem principal *Clean Care is Safer Care*.

A OMS¹ reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade.

Aceitando o desafio da OMS, de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde vem, através do presente documento, reformular o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Este Programa visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infecção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, enquanto entidade promotora deste Programa, vai emitir normas essenciais sobre a prevenção e o controlo da infecção, assim como reforçar o modelo de organização da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) e respectivas competências. De acordo com a legislação vigente, todas as unidades de saúde são obrigadas a nomear e operacionalizar as CCI, as quais deverão ter um forte apoio institucional para que possam cumprir os seus objectivos na implementação do programa operacional de prevenção e controlo da IACS.

Para concretizar o PNCI, a Direcção-Geral da Saúde fará acompanhar este documento, de um manual para operacionalização do Programa nas unidades de saúde, de uma Circular Normativa que reformula o enquadramento legal para as Comissões de Controlo de Infecção e da revisão do Despacho da Direcção-Geral da Saúde publicado no Diário da República II Série, nº 246 de 23/10/96.

Este inadiável compromisso do Ministério da Saúde, que é desde já assumido, envolve todos os profissionais e utilizadores dos cuidados de saúde. É imprescindível a cooperação e parceria entre os diferentes interlocutores, o que pressupõe a existência de um investimento forte e concertado por parte dos profissionais, das organizações e da sociedade, e que estará, seguramente, na génese do sucesso do Programa.

¹ WHO (2006) <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>

1. ENQUADRAMENTO

No passado, os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos pioneiros de Semmelweis, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros contornos da prevenção e controlo da infecção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados.

Em Portugal, a infecção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direcção-Geral da Saúde e depois, em 1979, pela Direcção-Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa N.º 6 /79, de 9/2/79, quando é conhecida a Resolução (72) 31 do Conselho da Europa e divulgada a todos os serviços e unidades de saúde.

O controlo da infecção foi recomendado pela Direcção-Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde pela Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, ao ter dado a conhecer a Recomendação n.º R (84) 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava a temática da prevenção das infecções hospitalares.

Em 1993, a Circular Normativa N.º 4/93 de 10/2/93, da Direcção-Geral dos Hospitais, difundiu a necessidade da institucionalização de comissões de controlo da infecção nos hospitais, já preconizada na Resolução (72) 31 acima referida.

Foram tomadas iniciativas diversas e inovadoras para minimizar o risco e controlar a infecção nos hospitais, como foi o caso da criação de Comissões de Controlo da Infecção (CCI) nas unidades de saúde públicas ou privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, através do Despacho do Director-Geral da Saúde de 23/10/96.

Posteriormente, por Despacho do Director-Geral da Saúde de 14 de Maio de 1999, foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infecção (PNCI) que foi divulgado pela Circular Informativa da Direcção-Geral da Saúde N.º 20/GAB/DG de 30/7/99 com o objectivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infecção através da identificação e modificação das práticas de risco. Este Programa, que substituiu o Projecto de Controlo de Infecção (1988-1998), foi de seguida transferido para o Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA).

A 10 de Outubro de 2006, através do Despacho n.º 256/2006, de Sua Excelência, o Ministro da Saúde, o PNCI foi transferido do INSA, para a Direcção-Geral da Saúde (DGS).

O novo Programa, adiante designado abreviadamente por PNCI, está integrado na Divisão da Segurança Clínica, da Direcção da Qualidade Clínica, e é centrado na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde.

As quatro grandes linhas estratégicas de actuação e de suporte do presente Programa - a organização; o desenvolvimento individual e organizacional; o registo e a monitorização; a comunicação - procuram dotar as unidades de saúde de instrumentos facilitadores da melhoria da organização dos serviços, da prestação de cuidados e da medição dos resultados.

O PNCI insere-se no Plano Nacional de Saúde (2004 – 2010) e resulta do relatório da Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, criada por despacho do Alto-Comissário da Saúde, de 30 de Setembro de 2005, e publicado em D.R. II Série, n.º 219, de 15 de Novembro.

O Programa esteve em discussão pública até 15 de Setembro de 2006, tendo-se integrado todas as sugestões e propostas recebidas.

2. EVIDÊNCIA

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infecções designadas por Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades.

As IACS constituem, actualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10%² na maioria dos países da Europa.

De acordo com a OMS³, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos.

Como indicador bem revelador desta preocupação, realça-se o último inquérito de prevalência conduzido pela OMS⁴ em 55 hospitais de 14 países, revelando que 8,7% dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS. Para além do aumento substancial da morbilidade dos doentes internados em contexto hospitalar, a IACS constitui-se como uma das maiores causas de morte em todo o mundo³.

Relativamente a Portugal, o último inquérito nacional de prevalência, realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 doentes, identificou uma prevalência de 8,4% de doentes com IACS e uma prevalência de 22,7% de doentes com infecção adquirida na comunidade (taxas semelhantes à maioria dos estudos internacionais)⁵.

No que se refere à ocorrência de infecção por *Staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA) verifica-se que, nos países do Sul da Europa, a taxa oscila entre os 20-40%. Em Portugal, os valores de MRSA atingiram, em 2004, cerca de 50%, segundo o tipo de internamento em análise⁶.

Os dados disponíveis⁷ sobre as infecções provocadas por agentes resistentes demonstram que:

- 30% a 40% são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde;
- 20% a 25% podem ser resultado da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada;
- 20% a 25% podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade;
- 20% têm origem desconhecida.

² Department of Health, UK (2003)

³ WHO (2005)

⁴ WHO (2005)

⁵ Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais (2006)

⁶ De acordo com o European Antimicrobial Resistance Surveillance System (2006) as taxas de MRSA nas UCI elevam-se a 57%; em Medicina Interna 45% e em Cirurgia 54%.

⁷ Robert UM. Weinstein (2006)

Acresce o problema das infecções de comunidade por vírus, que adquirem o estatuto de nosocomiais e, apesar de não serem consideradas multiresistentes, não deixam de constituir um problema relevante em termos de transmissão cruzada, como é o caso da varicela nosocomial, dos surtos de adenovirus, virus sincicial respiratório, diarreias a rotavirus e da gripe, entre outros.

Salienta-se que a inadequada comunicação e articulação intra e interinstitucional na referenciação destes casos, não permitindo adoptar medidas de prevenção e controlo, tem contribuído para o aumento da sua incidência.

Por outro lado, reconhece-se que uma actuação nacional planeada e bem estruturada (que mobilize profissionais especializados e disponibilizados para o efeito) conseguiria evitar, pelo menos, um terço destas infecções.

Assim sendo, considera-se fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno relativamente à IACS, no quadro de sistemas bem estruturados de vigilância epidemiológica (de estrutura, de processo e de resultado)⁸ e sustentados pela divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, designadamente recomendações de boas práticas, e pela formação e informação dos profissionais (de gestão e de prestação).

A Direcção-Geral da Saúde reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afectando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde.

Assim, aliando-se ao desafio da OMS de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde, apresenta a estratégia nacional, integrada no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e consubstanciada no presente Programa, a qual visa a diminuição da incidência desta infecção, em prol de uma efectiva melhoria da qualidade de cuidados.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Em 2004, a Direcção-Geral da Saúde concluiu que, muito embora quase todos os hospitais tivessem Comissões de Controlo e Infecção (CCI), estas careciam frequentemente de profissionais com formação especializada, de instalações próprias, de apoio administrativo adequado e de infraestruturas de apoio, como o acesso à *internet* e a periódicos de especialidade.

Actualmente, apesar de 68% dos hospitais disporem já de um sistema de vigilância de infecção hospitalar, só 38% têm protocolo de utilização de antibióticos e apenas 59% conseguem ter aprovado, pelos respectivos Conselhos de Administração, o plano de actividades da CCI.

A estes constrangimentos identificados podem, ainda, associar-se outros, como a insuficiente formação especializada dos profissionais de saúde em IACS, desde a fase pré à fase de pós – graduação; a necessidade de um sistema de informatização padronizado dos laboratórios de microbiologia, como contributo às actividades de vigilância epidemiológica; a inadequação de estruturas para descontaminação e esterilização centralizadas dos dispositivos médicos⁹ e a inexistência de quartos de isolamento e barreiras sanitárias.

Perante este contexto nacional, torna-se imperativa a implementação do PNCI que, ao melhorar progressivamente a dinâmica das CCI, conferindo-lhes inequívoca autoridade técnica e ao

⁸ Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control in www.cdc.gov

⁹ De acordo com a directiva 93/42 da CEE

disponibilizar um sistema de registo nacional, entre outras medidas, contribuirá, certamente, para a diminuição sustentada da taxa de incidência da IACS.

4. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

4.1. Finalidade do Programa

- Diminuir, a nível nacional, a incidência da IACS.

4.2. Objectivos Gerais

- Conhecer, com rigor e de forma continuada, a incidência e a natureza da IACS nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde com maior risco de infecção;
- Diminuir a IACS nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde.

4.3. Objectivos Específicos

- Até ao final do ano de 2009, conhecer a incidência da IACS em 60% das unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde;
- Até ao final do ano de 2013, reduzir em 5% a incidência da IACS em 30% das unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

4.4. População alvo

- a) Utilizadores da rede de cuidados de saúde primários;
- b) Utilizadores da rede de cuidados hospitalares;
- c) Utilizadores da rede de cuidados continuados;
- d) Utilizadores das unidades privadas de saúde;
- e) Todos os profissionais envolvidos na prestação directa de cuidados de saúde;
- f) Todos os profissionais que embora não prestem cuidados directos, a sua acção possa ser relevante no contexto da prevenção e controlo de infecção, como por exemplo, os profissionais envolvidos no transportes de doentes, na prestação de serviços externos, na manutenção e fornecimento de materiais e equipamentos e no voluntariado.

4.5. Competências dos diferentes actores

- a) **Direcção-Geral da Saúde**
 - Assegurar a coordenação nacional do PNCI, sendo responsável pelo(a):
 - cumprimento e acompanhamento do PNCI;
 - coordenação da Rede Nacional de Registo da IACS;
 - participação na Rede Europeia de Vigilância Epidemiológica.

b) **Unidades de Saúde**

- **Conselho de Administração/Direcção, sendo responsável pelo(a):**
 - cumprimento do PNCI na sua unidade de saúde;
 - desempenho da sua unidade de saúde no que se refere à IACS;
 - reconhecimento da autoridade técnica da CCI.
- **Serviços/Unidades, de acordo com o tipo de unidade de saúde, sendo responsáveis pelo (a):**
 - concretização do PNCI;
 - cumprimento das orientações da CCI.
- **Comissão de Controlo de Infecção, sendo responsável pelo (a):**
 - elaboração e gestão do plano operacional de prevenção e controlo da IACS;
 - desenvolvimento de três grandes áreas de intervenção:
 - Vigilância epidemiológica;
 - Formação/Informação;
 - Elaboração e divulgação de normas e recomendações de boa prática.

4.6. Estratégias de Actuação Nacional

As principais linhas estratégicas que têm sido utilizadas internacionalmente¹⁰ para reduzir o problema da IACS são:

- Assumir a IACS como um indicador dos programas de qualidade e de segurança dos doentes.
- Estabelecer indicadores e objectivos claros para a prevenção e controlo da infecção;
- Desenvolver sistemas de vigilância epidemiológica (VE) que integrem os principais indicadores de qualidade de estrutura, de processo e de resultado;
- Incentivar e promover o ambiente seguro nas unidades de saúde e as boas práticas de higienização;
- Desenvolver políticas de racionalização na utilização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfectantes);
- Promover meios e recursos que permitam o isolamento de doentes nas unidades de saúde e a utilização adequada do equipamento de protecção individual;

O presente Programa pretende desenvolver de forma concertada uma actuação nacional de prevenção e controlo da IACS, pelo que, adoptando as principais linhas estratégicas anteriormente mencionadas, formula um conjunto de estratégias de intervenção que corroboram e se vinculam à actuação internacional.

¹⁰ Department of Health, UK (2003)

4.6.1. Estratégias de Organização

As estratégias de organização compreendem acções de natureza estrutural e processual, que visam não só melhorar a componente organizativa, como também a prestação efectiva de cuidados de saúde. Neste contexto, devem ser consideradas as seguintes estratégias:

- Reestruturar as CCI, com o apoio dos Órgãos de Gestão (Conselhos de Administração/Direcção), conferindo-lhes autoridade técnica inequívoca, instalações próprias e apoio técnico e administrativo;
- Criar estruturas regionais de Controlo de Infecção, a fim de melhorar a articulação entre Hospitais e Centros de Saúde: O grupo coordenador regional a nível das Administrações Regionais de Saúde, integrando representantes das CCI dos Hospitais e das Unidades de Saúde Pública, trabalhando em estreita ligação com o PNCI deve definir os programas e actividades que podem ser desenvolvidos em parceria e identificar os recursos (humanos e materiais) que podem ser partilhados;
- Alargar a rede Nacional de Registo da IACS, através do reforço da adesão das unidades de saúde aos programas de VE propostos;
- Informatizar os laboratórios de microbiologia nas unidades de saúde com sistemas de alerta rápido;
- Definir e implementar um sistema de detecção da IACS no ambulatório, incluindo a infecção adquirida no hospital mas diagnosticada após a alta ou a resultante da prestação de cuidados de saúde;
- Definir e implementar políticas de racionalização de utilização de antibióticos, anti-sépticos e desinfectantes;
- Promover a centralização dos serviços de esterilização;
- Promover uma arquitectura adequada, considerando entre outras medidas, as barreiras sanitárias, a adequação de lavatórios, os sistemas de renovação de ar e as áreas de isolamento, aquando de obras de construção ou renovação.

4.6.2. Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional

As estratégias de desenvolvimento individual e organizacional pressupõem actividades de natureza formativa, pedagógica e de investigação, dirigidas aos profissionais e aos utilizadores da rede de prestação de cuidados de saúde, em prol de uma maior habilitação e capacitação dos mesmos. Assim sendo, devem ser consideradas as seguintes estratégias:

- Estabelecer orientações de boa prática baseadas na evidência;
- Adoptar um manual de procedimentos;
- Realizar sistematicamente auditorias internas aos procedimentos e às estruturas da prevenção e controlo da IACS;
- Formar os profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo da IACS;
- Promover a investigação na área dos mecanismos, impacto e prevenção da IACS;
- Disponibilizar mais e melhor informação ao utilizador da rede de prestação de cuidados.

4.6.3. Estratégias de Registo e Monitorização

As estratégias de registo e monitorização compreendem acções de colheita e análise de dados que visem melhorar a informação e o conhecimento epidemiológico sobre a IACS,

assim como actividades de vigilância, monitorização do risco e avaliação da eficácia das intervenções. Neste enquadramento, as estratégias a considerar são:

- Assegurar a vigilância epidemiológica activa, através da identificação de casos e da aplicação de metodologia epidemiológica rigorosa (incluindo definições padronizadas e validação de dados);
- Implementar um sistema de alerta de infecção por agentes multi-resistentes adequado à realidade de cada unidade de saúde;
- Definir, com rigor, os indicadores, objectivos e prioridades da vigilância epidemiológica, assim como a identificação de microrganismos resistentes ou de “alerta”, que permitam a detecção precoce e o controlo de surtos de infecção;
- Fornecer informação de retorno, em tempo útil, a todos os profissionais de saúde e aos órgãos de gestão, relativamente aos principais resultados com impacto na IACS;
- Estabelecer, a nível das unidades de saúde familiar dos centros de saúde, um sistema de detecção e notificação de IACS;
- Assegurar a comunicação entre as estruturas de saúde pública e os hospitais e centros de saúde da respectiva área de influência, no que se refere à identificação de surtos de infecções susceptíveis de requererem cuidados, a fim de reduzir o risco de transmissão cruzada entre unidades de saúde. A comunicação destas situações deve também ser garantida ao nível regional e nacional;
- Participar na Rede Nacional de Registo da IACS.

4.6.4. Estratégias de Informação e Comunicação

As estratégias de comunicação compreendem acções capazes de habilitar os seus destinatários para a prevenção e controlo da IACS, pelo que se deverá:

- Comunicar rapidamente o risco às unidades de saúde, aos seus profissionais, aos doentes e à sociedade em geral;
- Ter em atenção, para além das fases (antes, durante e após a identificação do risco) os seguintes aspectos:
 - Comunicar *inter pares*;
 - Comunicar aos *media*;
 - Garantir que a população esteja bem informada, tanto das dimensões reais do problema, como das medidas tomadas para a sua resolução.

4.7. Horizonte Temporal

O Programa desenvolver-se-á em dois grandes momentos: um de implementação, até 2009, e um outro de consolidação, até 2013. Durante este período serão concretizados os ajustamentos necessários, decorrentes de avaliações intercalares promovidas e implementadas pela Direcção-Geral da Saúde, para garantir a sustentabilidade do Programa.

4.8. Coordenação do Programa

A coordenação nacional terá sede na Direcção-Geral da Saúde.

4.9. Monitorização e Avaliação do Programa

O acompanhamento da execução e avaliação anual é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde.



5. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO

No que diz respeito à análise da produção e da qualidade dos serviços de saúde em termos de IACS, a estrutura (instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia organizacional), o processo (procedimentos, actividades e a especificidade dos próprios doentes e das valências clínicas) e o resultado (o que se entrega à população, ou seja o efeito/impacto dos cuidados) são tidos como variáveis.

Assim, delinearão-se algumas orientações para a implementação e execução do Programa, por parte dos diferentes actores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos conducentes aos resultados desejados.

5.1. Concretização das Estratégias de Organização

Tendo em conta as actividades já implementadas em Portugal nesta área, deverão ser desenvolvidas as actividades e atingidas as metas intermédias a seguir descritas:

a) Actividades

- Reestruturar as competências globais das CCI e dos membros que as compõem;
- Operacionalizar a CCI, no contexto de cada unidade de saúde;
- Desenvolver a Rede Nacional de Registo da IACS;
- Propor linhas de financiamento para a informatização dos laboratórios de microbiologia;
- Informatizar os laboratórios de microbiologia, permitindo o acesso directo da CCI e de cada serviço/unidade.

b) Metas intermédias a atingir até 2009:

- 70% das unidades de saúde terão CCI efectivas e em pleno funcionamento;
- 60% das unidades de saúde participarão na Rede Nacional de Registo, aderindo a pelo menos um dos Programas de VE propostos e aplicáveis;
- 30% das unidades de saúde terão laboratórios informatizados.

c) Metas intermédias a atingir até 2013

- 95% das unidades de saúde terão CCI efectivas e em pleno funcionamento;
- 80% das unidades de saúde participarão na Rede Nacional de Registo, aderindo a pelo menos um dos Programas de VE propostos e aplicáveis;
- 70% das unidades de saúde terão laboratórios informatizados.

5.2. Concretização das Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional

Deverão ser desenvolvidas as actividades e atingidas as metas intermédias a seguir descritas:

a) Actividades

- Manter a elaboração e a divulgação de recomendações nacionais;
- Actualizar e divulgar o manual de prevenção e controlo da infecção;
- Dar continuidade à formação em IACS para os profissionais das CCI;
- Promover investigação sobre a IACS;

- Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo da IACS;
- Promover uma campanha para a higiene das mãos e estimular o consumo de soluções anti-sépticas de base alcoólica;
- Incrementar políticas de racionalização de utilização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfectantes);
- Normalizar a realização sistemática de auditorias internas aos procedimentos e às estruturas mais relevantes para prevenção e controlo da IACS.

b) Metas intermédias a atingir até 2009

- 90% das unidades de saúde terão acesso à norma de higienização das mãos;
- 70% dos serviços das unidades de saúde utilizarão soluções de base alcoólica para desinfecção das mãos;
- 50% das unidades de saúde monitorizarão periodicamente a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos;
- 50% das unidades de saúde utilizarão o manual de prevenção e controlo da infecção;
- 50% dos profissionais das CCI, terão formação em IACS;
- 70% dos profissionais de saúde de prestação directa de cuidados terão formação em áreas prioritárias da prevenção e controlo de infecção;
- 30% dos serviços das unidades de saúde terão uma Comissão de Antibióticos ou de Farmácia e Terapêutica constituída e em funcionamento, que implemente uma política de racionalização de utilização de antibióticos;
- 60% das CCI farão auditorias internas às estruturas dos serviços e aos procedimentos dos profissionais.

c) Metas intermédias a atingir até 2013

- 100% das unidades de saúde terão acesso à norma de higienização das mãos;
- 90% dos serviços das unidades de saúde utilizarão soluções anti-sépticas de base alcoólica para higienização das mãos;
- 90% das unidades de saúde monitorizarão periodicamente a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos;
- 70% das unidades de saúde utilizarão o manual de prevenção e controlo da infecção;
- 80% das CCI das unidades de saúde terão formação em IACS;
- 90% dos profissionais de saúde de prestação directa de cuidados terão formação em áreas prioritárias da prevenção e controlo de infecção;
- 50% dos serviços das unidades de saúde terão uma Comissão de Antibióticos ou de Farmácia e Terapêutica constituída e em funcionamento, que implemente uma política de racionalização de utilização de antibióticos;
- 80% das CCI farão auditorias internas às estruturas dos serviços e aos procedimentos dos profissionais;
- Avaliação das resistências aos antimicrobianos;

- Avaliação dos custos das infecções nosocomiais;
- Reforço da Rede Europeia de Registo de Infecção (HELICS);
- Reforço da comunicação interinstitucional no que se refere à prevenção e controlo da IACS, nomeadamente na prevenção da infecção por estirpes multi-resistentes.

5.3. Concretização das Estratégias de Registo e Monitorização

Deverão ser desenvolvidas as actividades e atingidas as metas intermédias a seguir descritas:

a) Actividades

- Implementar a Rede Nacional de Registo da IACS;
- Implementar sistemas de vigilância de acordo com o contexto e a especificidade de cada unidade de saúde.

b) Metas intermédias a atingir até 2009

- 50% das unidades de saúde farão o registo da IACS na Rede Nacional de Registo, aderindo pelo menos a um dos Programas de VE propostos pelo PNCI;
- 30% das unidades de saúde terão sistema de detecção precoce de microrganismos multi-resistentes através da informatização do Laboratório de Microbiologia e da articulação entre este laboratório e as CCI (sistema de alerta rápido);
- Reduzir em 3% as quatro principais IACS prevalentes nas unidades de saúde.

c) Metas intermédias a atingir até 2013

- 80% das unidades de saúde farão o registo da IACS na Rede Nacional de Registo, aderindo pelo menos a um dos Programas de VE propostos pelo PNCI;
- 80% das unidades de saúde terão sistema de detecção precoce de microrganismos multi-resistentes através da informatização do Laboratório de Microbiologia e da articulação entre este laboratório e as CCI (sistema de alerta rápido);
- Reduzir em 5% as quatro principais IACS prevalentes nas unidades de saúde.

5.4. Concretização das Estratégias de Informação e Comunicação

Deverão ser desenvolvidas as actividades e atingidas as metas intermédias a seguir descritas:

a) Actividades

- Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção da unidade de saúde;
- Informar os cidadãos acerca da IACS;
- Disponibilizar aos profissionais de saúde a melhor evidência disponível sobre a IACS;
- Informar as unidades de saúde acerca da evolução nacional e local da IACS.

b) Metas intermédias a atingir até 2009

- 70% dos profissionais de saúde disporão de informação sobre o plano operacional de controlo da infecção da unidade de saúde;
- A Direcção-Geral da Saúde disponibilizará no seu sítio oficial a informação actualizada sobre a IACS dirigida ao cidadão, aos profissionais e às unidades de saúde.

c) Metas intermédias a atingir até 2013

- 90% dos profissionais de saúde receberão informação sobre o plano operacional de controlo da infecção da unidade de saúde;
- A Direcção-Geral da Saúde disponibilizará no seu sítio oficial a informação actualizada sobre a IACS dirigida ao cidadão, aos profissionais e às unidades de saúde.

6- CRONOGRAMA

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES	2007		2008		2009	
	TEMPO	1.º sem	2.º sem	1.º sem	2.º sem	1.º sem	2.º sem
Estratégias de Organização	Reestruturar as competências da CCI						
	Operacionalizar a CCI						
	Desenvolver a Rede Nacional de Registo da IACS						
	Propor linhas de financiamento para a informatização dos laboratórios de microbiologia						
	Informatizar os laboratórios de microbiologia permitindo o acesso directo da CCI e de cada serviço/unidade						
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais						
	Divulgar um guia prático para o controlo da infeção						
	Desenvolver cursos de formação em IACS para as CCI						
	Promover investigação sobre IACS						

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES	2007		2008		2009	
		1.º sem	2.º sem	1.º sem	2.º sem	1.º sem	2.º sem
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional (Continuação)	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo da IACS						
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica						
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfetantes)						
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos						
Estratégias de Registo e Monitorização	Desenvolver e reforçar a Rede Nacional de Registo da IACS						
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica						
Estratégias de Informação e Comunicação	Informar os cidadãos acerca da IACS						
	Informar as unidades de saúde acerca da evolução nacional e local da IACS						
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre IACS						
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção da unidade de saúde						

BIBLIOGRAFIA

APIC/CHICA. Canada Infection Control and Epidemiology: Professional and Practice Standards. 1999.

Bischoff WE, Reynolds TM, Sessler CN, et al. Handwashing compliance by health care workers: the impact of an education and patient awareness program and the introduction of a new hand disinfectant [abstract]. Program and abstracts of the 38th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy; San Diego, California. Sept 24-27, 1998.

Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais. Relatório Síntese das Conclusões. 2006.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Management of Multi-drug-Resistance organisms in Health-Care Settings. 2006

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities- Recommendations of CDC and Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. Atlanta. 2003.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for isolation precautions preventing transmission of infectious agents in health care settings- Recommendations of Health Infection Control Practices Advisory Committee. Atlanta. 2003.

Coia J.E. et al. Guidelines for the control and prevention of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities. Journal of Hospital Infection 82(2006)635, 51-544. www.sciencedirect.com.

Daschner F. D. et al. Hospital Infection Control in Europe: Evaluation of Present Practice and Future Goals. ESCMID.CMI, Clinical Microbiology and Infection. Volume 10, Issue 3. March 2004.

Department of Health. Action on health Care Associated Infections in England. Department of Health. 2006

Department of Health. Towards cleaner hospitals and lower rates of infection. Department of Health. London. 2004.

Department of Health. Working together to reduce healthcare associated infection in England. Report from the Chief Medical Officer. Department of Health. London. 2003.

European Antimicrobial Resistance Surveillance System. The european antimicrobial resistance surveillance system . (<http://www.rivm.nl/earss/>)

France. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Programme National de Lutte Contre les Infections Nosocomiales 2005-2008. Ministère de la santé et de la protection sociale. Paris. 2005.

Health Protection Agency. Mandatory Surveillance of Healthcare Associated Infections report. 2006.

HELICS data analysis Center, Suetens, Carl et al. Healthcare associated Infections In Europe: Burden and Surveillance Strategies. Scientific Institute of Public Health, Brussels.2006. <http://helics.univ-lyon1.fr>.

HHMM, Healthcare Hazard Management Monitor. Mandatory Public Reporting of Healthcare-Associated Infection rates. Volume 15. No.7, March 2006.

Last, John M. Um Dicionário de Epidemiologia. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. 2.^a ed. 1988. 205 p.



Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital. Infection control program. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130: p.126-130.

Pittet D. et al. Effectiveness of a Hospital-Wide programme to Improve Compliance with Hand hygiene. *Lancet* 2000;356:1307-12

Robert UM. Weinstein 4th Decennial International Conference on Nosocomial and Healthcare-Associated Infections. Supervisão editorial da Medscape.

(<http://www.ccih.med.br/quartocongresso.html>)

Suetens, Carl. IPSE. European Surveillance of ICU-acquired infections and Surgical Site Infections (HELICS-ICU and HELICS-SSI), Scientific Institute of Public Health, Brussels. <http://helics.univ-lyon1.fr>.2006.

Suetens, Carl et al, and national Hand Hygiene Working Group. National Campaign for Handhygiene Promotion. Methods and Results. Scientific Institute of Public Health, Brussels. 2006. <http://helics.univ-lyon1.fr>.

Suetens, Carl. Epidemiological follow-up of MRSA in Healthcare Institutions. Scientific Institute of Public Health, Brussels.2006. <http://helics.univ-lyon1.fr>.

The Scottish Office. Hospital-Acquired Infection: a Framework for a National System of Surveillance for the NHS in Scotland. (www.scotland.gov.uk)

Victorian Government Health Information, State Government of Victoria, Austrália. Public Hospital Infection Program. 2006.

Victorian Government Health Information, State Government of Victoria, Austrália. Infection Control Requirements 2005/06. 2006 (<http://www.health.vic.gov.au/infcon/>).

Victorian Government Health Information, State Government of Victoria, Austrália. Performance Indicators for Health Services participating in Type 1 and Type 2 Surveillance Activities. (<http://www.health.vic.gov.au/infcon/>).

Zoldann Dirk et al. Assessment of a Selective surveillance method for Detecting Nosocomial Infections in Patients in the Intensive care Department. Department of Infection Control and Institute of Medical Microbiology. *AJIC major articles*. August 2003.

World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hands. World Health Organization. Geneva. 2005.

World Health Organization (WHO)/CDC/CSR/DRS/2001.5. Surveillance standards for antimicrobial resistance. WHO (<http://www.who.int/eme>). 2002.

Documento elaborado na Direcção-Geral da Saúde, a partir do Relatório apresentado pela Comissão para a formulação do programa nacional de prevenção das infecções nosocomiais integrada por: José Augusto Melo Cristino (Presidente), Manuela Correia, Maria das Neves Carvoeiro, Cristina Costa, Eduardo Gomes da Silva, Maria Goreti Silva.

Grupo Relator

Anabela Boavista
Deolinda Ferreira
Madalena Ramos

Coordenação Executiva

Alexandre Diniz
Anabela Coelho Candeias

Coordenação Técnica

Ana Cristina Costa
Maria Goreti Silva

Colaboração

Maria João Gaspar

