

Aspectos do Controle de Infecção Hospitalar no Município de Belém-Pará, Período de 2007-2009

Autores:

Vera Lúcia Cecim dos Santos - Mestre em Planejamento em Políticas Públicas

João Tadeu de Andrade – Doutor em Ciências Sociais - Universidade Federal da Bahia - UFBA

Resumo

As infecções relacionadas à assistência à saúde são controladas no Brasil a partir da década de 1970, através da implantação e manutenção no hospital ou serviço de saúde de uma comissão de controle de infecção (CCIH), esta comissão tem a competência de elaborar, manter e avaliar o programa de controle de infecção hospitalar (PCIH). Este programa também se organiza no nível de gestão do sistema único de saúde (SUS), estruturado nas vigilâncias sanitárias do Estado e Município e tem a competência de orientar, educar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Institucionalmente no Brasil desde 1983 com a Portaria nº 196/83, já se preconizava a existência de programa de controle de infecção hospitalar (PCIH) após esta regulamentação outras surgiram, mas a legalidade é distante da realidade institucional. Percebe-se que se está em duas décadas institucionalizando os programas, mas o sentimento que é de que ao investir pesquisar sobre o assunto é que esta realidade de existência efetiva dos programas ainda está em fase de construção, precisando efetivamente amadurecer muitas questões.

Palavras – Chaves: Infecção Hospitalar, Políticas Públicas

Abstract

Infections related to health care are controlled in Brazil from the 1970s through the implementation and maintenance of the hospital or health service an infection control committee (HICC), this committee has the authority to establish, maintain and evaluate the program hospital infection control (HICP). This program also organizes the management level of the Unified Health System (SUS), structured health surveillance in the State and County and has the competence to guide, educate and evaluate prevention and control of infection related to health care. Institutionally in Brazil in 1983 by Ordinance No. 196/83, already advocated the existence of program hospital infection control (HICP) after this other regulations have emerged, but the legality is far from institutional reality. Realizes that it is in two decades institutionalizing programs, but the feeling is that by investing search on the matter is that this reality of existence of effective programs is still under construction, many issues need to mature effectively.

Key - Words: Infection, Public Policy

Introdução

Em relação ao PCIH no setor de controle de infecção na vigilância sanitária municipal analisando o conteúdo escrito das diretrizes do programa que é denominado de setor de controle de infecção hospitalar, na sua introdução, este programa cita que as infecções hospitalares, constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do estado, município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento.

Estas diretrizes foram estabelecidas conforme o capítulo I art. 5. inciso III da lei n° 8080 de 19 de setembro de 1990 que preconiza como objetivo e atribuição do sistema de saúde (SUS), “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”

É de grande significado que o programa faz relação das infecções hospitalares com risco à saúde e, também estabelece conexões com a lei n° 8080 do SUS, ressaltando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde além de integralizar as ações assistenciais e preventivas.

Entende-se que o programa de controle de infecção tem em seu bojo todas as questões estabelecidas nesta introdução, mas neste primeiro momento não refere nenhum item ao que realmente significa o PCIH como pontua a portaria n° 2616/98, no anexo I da organização que:

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

O setor de controle de infecção hospitalar (SCIH) é organizado funcionalmente com uma coordenação municipal de controle de infecção hospitalar e uma comissão de controle de infecção hospitalar municipal, que é denominada pela sigla CCIH no referido programa escrito. É constituído por uma equipe

multiprofissional de oito (08) profissionais, sendo três (03) farmacêuticos, um (1) médico, um (1) enfermeiro, um (1) assistente social, um (1) nutricionista, um (1) agente administrativo.

Este documento é de 2007, e atualmente o setor funciona com dois (2) médicos e dois (2) enfermeiros e um (1) agente administrativo, sendo que dois estavam de licença médica, na realidade o setor estava funcionando com um médico e um enfermeiro além do agente administrativo no período da manhã.

A estrutura de recursos humanos para um PCIH no nível de regulação deveria ser composta por um mínimo de profissionais necessários para o desenvolvimento das atividades.

Na portaria nº 2616/98 no anexo I da estrutura e organização da CCIH para a execução de um PCIH são estabelecidos como recursos humanos para atuarem no programa, membros consultores e membros executores, entre os membros consultores, esta portaria define representantes do serviço médico, do serviço de enfermagem, do serviço de farmácia, do laboratório de microbiologia e da administração. E entre os membros executores das ações do programa um (1) médico para quatro (4) horas em um hospital de 200 leitos e um (1) enfermeiro para seis (6) horas em um hospital de 200 leitos.

Analisando os documentos do programa municipal verifica-se que atualmente os profissionais são compatíveis com a recomendação da legislação para o programa, apesar destas recomendações serem para a atuação na CCIH, e não no nível da gestão do programa no município, mas entende-se que a estrutura de pessoal do setor de controle de infecção hospitalar no nível do município precisa estar estruturada com profissionais que tenham formação afim àquela estabelecida por legislações até para que tenham competência técnica para participarem de programas de orientação e educação desta clientela.

Mas também, há registros dos acompanhamentos da CCIH dos hospitais, onde na equipe da vigilância sanitária que realiza as inspeções e orientações sanitárias tem a participação de outros profissionais como, o farmacêutico, o

administrador, o bioquímico, contribuindo assim para a constituição da equipe que é recomendada pela legislação.

Segundo Lacerda, (2003): analisando o PCIH e sua ressonância com o centro cirúrgico, refere que a CCIH deverá ser formada por pessoas de nível superior de várias categorias profissionais da área da saúde, representando os vários serviços hospitalares.

Sobre os agentes que executam o processo, a portaria recomenda pelo menos dois técnicos, identificando o enfermeiro como um deles e não especificando a categoria do outro profissional, mas que, na realidade atual, o especialista que ocupa este cargo é o Infectologista.

Continuando ainda com as reflexões de Lacerda, (2003), o Presidente ou o coordenador da CCIH será escolhido entre esses membros, a portaria não determina a formação profissional, mas observa-se que em geral os coordenadores de PCIH atualmente são médicos, principalmente os infectologistas.

Na verdade esta portaria acompanha a determinação histórica da formação de PCIH que, desde os primórdios, na década de 1950 na Inglaterra, reconhecia a enfermeira como categoria profissional mais apta a realizar a vigilância e o controle da IH, esta escolha segundo Lacerda, (2003) é justificada pelo fato de que a atuação no CIH necessita de subsídios de várias áreas de conhecimento e a enfermeira, dada sua própria formação mais generalista, integrando várias disciplinas básicas (microbiologia, estatística, epidemiologia, patologia etc.) como também específicas (administração, cuidado integral do paciente e cuidado do meio ambiente), teria condições de “olhar” o hospital de uma forma mais global, além de poder acompanhar mais de perto a evolução do paciente.

Tal concepção da enfermeira com agente principal desse processo ampliou-se nos EUA, chegando à formação de associação de profissionais controladores de IH (APIC), sendo a participação da enfermeira considerada fundamental.

No dia a dia da CCIH, é relevante a atuação do (a) enfermeiro (a) na execução das ações de controle e na realidade regional verifica-se a presença deste profissional com considerável frequência, inclusive pode-se até dizer que o funcionamento da CCIH depende diretamente deste profissional. (SOUZA, 1999.p.15).

Neste documento sobre o PCIH na gestão municipal, estão definidas também as competências da coordenação e são referidas como as competências da portaria 2616/98 que são:

1. Coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do município;
2. Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS em articulação com a coordenação estadual de controle de infecção hospitalar;
3. Colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;
4. Prestar apoio técnico à CCIH dos hospitais;
5. Informar, sistematicamente, à coordenação estadual de controle de infecção hospitalar do seu estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Verifica-se que estas competências são as citadas na portaria nº 2616/98 o que fica claro que estas são referências a serem seguidas para o direcionamento das competências no nível dos programas municipais. Portanto, o direcionamento do programa municipal poderia abranger outras competências além das da portaria nº 2616/98, de acordo com as necessidades do cotidiano da CCIH.

Lacerda (2003) discute que a portaria nº 2616/98 expede normas e diretrizes para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, considera que a prevenção e o controle de IH envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras.

Essa portaria, não somente fornece o processo de trabalho a ser realizado indistintamente em todos os hospitais como considera que a responsabilidade de sua qualificação cabe tanto aos hospitais como a órgãos públicos. E ainda refere que os órgãos públicos vêm encontrando uma série de dificuldades para cumprir sua parte, relacionadas predominantemente à fiscalização e a avaliação do PCIH dos hospitais.

Em continuidade com a avaliação do PCIH no município de Belém, no documento escrito que analisamos está estabelecido a missão do programa e o universo de trabalho.

A missão é estabelecer a sistematização das ações de avaliação quanto ao cumprimento do PCIH pela comissão de controle de infecção hospitalar dos hospitais do município de Belém, visando à redução máxima possível da incidência e da gravidade dessas infecções.

Em relação ao universo de trabalho do PCIH, este universo é constituído de pessoas jurídicas, pessoas físicas de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Segundo Ramalho; Costa, (2007), o objetivo maior de um programa de controle de infecção perpassa pela redução da ocorrência destas infecções no Hospital, já que não temos como eliminá-las, pois 70% são decorrentes da microbiota endógena do paciente, isto é, relacionadas à doença de base, que são as doenças pelas quais o paciente é tratado ou é internado nas instituições de saúde, a imunodepressão, que se constitui de incapacidade nos mecanismos de defesa do paciente com conseqüente deficiência na resposta imunológica e comorbidades, quando o paciente apresenta outras doenças associadas como o diabetes, a hipertensão, a obesidade.

Mas os órgãos públicos e CCIH dos hospitais ainda são incapazes de reduzir a sua ocorrência e diminuir a gravidade destas infecções nos pacientes, esta é uma realidade epidemiológica importante e ainda incipiente na assistência hospitalar.

Ainda retratando a avaliação realizada nas diretrizes do programa municipal, encontram-se neste documento os indicadores epidemiológicos de 2007, que se discute os indicadores de 2008 e do 1º. Semestre de 2009, ainda estavam em processo de organização e análise pela Equipe.

Finalizando a discussão sobre o PCIH ao nível municipal entende-se que este programa se encontra ainda em construção em função de necessitar de uma maior organização e estruturação.

Observa-se que o documento que foi analisado sobre o programa é de 2007, não foram encontrados documentos sobre o programa de 2009, período da pesquisa de campo. De 2008 foi encontrado um plano de trabalho dentro do programa de 2007.

Portanto, entende-se que deveria ter o programa escrito de todos os anos, com a organização, estrutura, recursos humanos, competências, e falta também dentro do programa as atribuições dos membros, da coordenação e dos membros da comissão. Dentro deste programa é pertinente também a apresentação do sistema de vigilância epidemiológica adotado, pois, existe oficialmente um sistema com indicadores, impressos, boletins, porém não está escrito no programa, e também é interessante colocar no programa as orientações de implantação da CCIH.

Regulação e o Acompanhamento das Ccihs: Perspectiva na Qualidade de Atendimento

O controle de infecção envolve um conjunto de diferentes sujeitos e instâncias, ou seja, profissionais de saúde, gestores, estado e comunidade.

O planejamento e a execução das ações de controle de infecção são realizadas por um PCIH através da CCIH, mas a regulação e o acompanhamento da CCIH deve ser realizada por gestores do município e do estado através de uma instância regulamentadora do SUS que é a vigilância sanitária.

A garantia da segurança sanitária de produtos e serviços é responsabilidade indelegável do estado e um componente indissociável do SUS, que busca a proteção e promoção da saúde da população. Essas ações são

executadas por uma rede descentralizada de serviços estaduais e municipais e, na esfera federal, pela ANVISA.

A VISA componente do sistema nacional de vigilância sanitária ligada a ANVISA exerce o papel regulador das ações e deve constituir um plano de trabalho que inclua a avaliação sistemática de todos os riscos à saúde e, entre estes está o controle de infecção hospitalar.

Através do SCIH estabelece normas e procedimentos administrativos para a organização da CCIH de acordo com a legislação vigente, acompanha mensalmente o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares analisando os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar. Fomenta programas de treinamento e capacitações em controle de infecção, assim como monitora e colabora na elaboração de normas e rotinas relacionadas aos procedimentos técnicos assistenciais ressaltando o aspecto controle de infecção hospitalar.

O órgão regulador ainda através da resolução (RDC) n°. 48/00 inspeciona as ações de controle de infecção nos hospitais ressaltando o aspecto educativo nesta inspeção, retornando ao hospital duas (2) vezes para avaliar a correção das inadequações.

Esta estratégia contribui grandemente para a melhoria da qualidade destas ações, formando uma cumplicidade entre a VISA-SCIH e o hospital, certamente trazendo um salto de qualidade para a assistência hospitalar sem riscos.

O controle de infecção no nível de gestão também tem uma responsabilidade primordial na iniciativa de programar fóruns e debates públicos através de congressos, seminários, encontros científicos para chamar atenção dos profissionais de saúde, hospitais e a própria sociedade para a problemática da infecção hospitalar.

O setor de controle de infecção no município de Belém realiza a regulação e o acompanhamento da CCIH dos hospitais dentro de suas limitações, isto é, acompanha com as estratégias que lhe são impostas pelo próprio sistema de saúde.

Analisando o ofício circular No. 1/2009-SCIH/DEVISA/SESMA, setor de controle de infecção hospitalar, departamento de vigilância sanitária da secretaria de saúde do município de Belém que foi encaminhado a todos os hospitais solicitando retorno para a vigilância, este documento inclui várias ações pertinentes ao controle de infecção.

Neste documento foi solicitado dos hospitais o cadastro atualizado que inclui

- A identificação do hospital, as características, o número de leitos e serviços existentes, se existe a CCIH;
- Se tem enfermeira exclusiva para esta comissão;
- Se existe serviço de microbiologia ou terceirizado;
- Tem o PCIH escrito, a ata de instalação da CCIH, os profissionais executores da CCIH, nome e turno de trabalho deste profissional;
- Solicitado informações sobre a existência do procedimento de videocirurgias, método do processamento dos artigos de videocirurgias;
- Se o serviço for terceirizado, o nome da empresa que realiza o referido serviço, anexando cópia do contrato, do procedimento operacional padrão – POP e cópia do alvará de funcionamento da empresa.
- È solicitado o tipo de vigilância em controle de infecção que o hospital realiza se ativa ou passiva;
- Os critérios diagnósticos de infecção hospitalar (anexando cópia do documento);
- Se o serviço encaminha o boletim mensal de indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;
- Se o SCIH, o sistema de controle de infecção hospitalar é informatizado, se é realizado vigilância pós-alta e se a CCIH tem acesso a *internet*.

Verifica-se que este Cadastro é completo em relação aos dados necessários ao controle de infecção hospitalar com um acréscimo mais ainda das informações das cirurgias de Videolaparoscopias.

Estes dados são referentes ao controle de infecções por *Mycobacterium abscessus*, com a ocorrência a partir de 2004 de casos em cirurgias videolaparoscópicas no Brasil, portanto objeto de controle por parte da VISA. O hospital também deve informar através de uma ficha de notificação todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo *Mycobacterium abscessus*.

- Neste documento também foi solicitado dos hospitais um quadro com os produtos utilizados como: antissépticos, desinfetantes e outros.
- O SCIH municipal também encaminhou aos hospitais, orientações para implantação da CCIH, aos que não tinham CCIH implantadas.

Ao finalizar a análise desta categoria nos documentos do PCIH municipal foram encontrados relatórios de acompanhamento dos hospitais pelo SCIH e outras equipes da VISA, como a divisão de engenharia, controle de alimentos, drogas e medicamentos, inclusive ao analisar os dados sobre o controle de antimicrobianos nas visitas de inspeção, o farmacêutico analisa a padronização de antimicrobianos, e o SCIH conta com a assessoria direta nesta questão da equipe da divisão de drogas e medicamentos, no SCIH também são solicitados dos hospitais esta padronização de antimicrobianos.

Portanto, as ações referentes à regulação e acompanhamento do controle de infecção apesar de com certas limitações, principalmente referentes ao pouco quantitativo de recursos humanos, tanto que apesar da ação ser realizada, mas há problemas no seguimento destas ações, por exemplo, o retorno para o hospital para reavaliação também são limitadas pelas dificuldades de retorno para uma nova visita.

O acompanhamento por parte dos órgãos reguladores é fundamental para que a CCIH possa efetivamente funcionar, refletindo com os dados do CDC nas informações de (FERNANDES, 2000, p.253):

O hospital com uma CCIH atuante ocorreu uma queda de 32% nas taxas de infecção hospitalar, nos hospitais sem um

programa de controle estabelecido estes indicadores aumentaram 18%.

Os hospitais sem programa adequados de controle de infecção deverão ter aumento nas suas complicações infecciosas, com repercussões econômicas importantes, enquanto aqueles que implementam programas eficazes de controle de infecção podem esperar uma redução nas taxas de infecção de até 1/3.

É oportuno sinalizar também as dificuldades dos órgãos reguladores, e neste caso a VISA municipal tem que fiscalizar e disponibilizar um maior apoio a CCIH dos hospitais por inúmeros motivos já referidos neste texto concorda-se com as reflexões de (LACERDA, JOUGLAS, EGRY, 1996, p. 107), quando citam:

Há dificuldade da fiscalização desses programas de CIH pelos agentes das secretarias de vigilância sanitária. Sendo amplamente reconhecido o problema crônico deste setor com recursos humanos qualitativa e quantitativamente deficientes – ainda mais, nesse caso, sem oferecer treinamento específico – como poderiam esses técnicos, munidos apenas da determinação legal reconhecerem, avaliarem e orientarem e exercerem punições para problemas encontrados em cada hospital e se eles estavam de fato relacionados a ocorrência dessas infecções? Teriam, então que se considerarem satisfeitos com a confirmação do “papel” da existência dessa CCIH, com os relatórios sobre a sua incidência, assim como, a avaliação superficial dos recursos tecnológicos disponíveis, sem a possibilidade de averiguar a adequação de sua utilização e de avaliar a qualificação dos recursos humanos existentes para esses procedimentos.

A vigilância sanitária, assim como outros setores de fiscalização no serviço público deparam-se continuamente com uma grande fragilidade de recursos tanto de pessoal, como de outros insumos, como material, transporte para a realização das atividades de fiscalização e orientações educativas que são realizadas durante as visitas aos serviços de saúde.

Estes serviços também são escassos de programas de treinamento sobre áreas muito específicas, sendo então carentes, e se apóiam em legislações que

muitas vezes não são suficientemente compreensíveis para o entendimento de todos os detalhes para a execução das políticas públicas, neste caso a política de controle de infecção hospitalar.

Os profissionais de saúde que são direcionados aos programas nestas áreas de vigilância sanitária, em geral são desprovidos de experiências e conhecimentos mais aprofundados sobre o assunto, portanto com dificuldades de atuarem em setores muito específicos e que requerem conhecimentos sobre adequação de estrutura física, processos de trabalhos adequados nos procedimentos, além dos insumos necessários para a realização destas atividades com qualidade promovendo desta forma a segurança do paciente.

O Viés Educativo em Controle de Infecção Hospitalar: Uma Necessidade Sistemática

Todas as ações de controle de infecção são direcionadas por estratégias de ensinar e aprender, dimensões primordiais para atingir um processo de conhecimento que permita uma execução de qualidade destas ações.

Nas competências da CCIH constantes na portaria nº 2616/98, estão listadas questões relacionadas à implementação destas ações educativas, e que a partir destas competências considera-se a CCIH um segmento que se organiza e se estrutura de ações educativas.

A CCIH deverá realizar a capacitação de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicados, e implantar medidas imediatas de controle.

Deverá também elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicas-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento; ainda como competências relacionadas a questões educativas, adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares.

A CCIH também tem a responsabilidade de cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares.

Os programas organizacionais globais de controle de infecção envolvem programas sistemáticos de capacitação, treinamentos, orientações *in loco*, promovendo o aprendizado na unidade ou serviço do hospital, esta estratégia aproxima a CCIH da equipe assistencial e permite a credibilidade.

Como viés educativo da CCIH inclui-se a elaboração, implementação e a supervisão de rotinas técnico-operacionais relacionadas ao controle de infecção permite à equipe o desenvolvimento das atividades a partir de uma atitude consensual entre a CCIH e a equipe, e as normas, rotinas e outros procedimentos devem ser sistematicamente avaliados por esse conjunto CCIH e equipe assistencial.

O órgão regulador estabelece também com os serviços de saúde o apoio na educação permanente desta equipe, deve fomentar capacitações periódicas, treinamentos, elaboração de normas e rotinas com o propósito de melhor assistir estes serviços.

Durante a coleta de dados foram analisados documentos referentes a orientações por parte do SCIH aos hospitais em relação a algumas normas, como:

- Orientações por escrito sobre como implantar uma CCIH;
- Orientações sobre o preenchimento do boletim mensal de indicadores epidemiológicos, enviado mensalmente pelo hospital ao setor;
- Informe aos profissionais de saúde sobre as características da infecção por *Mycobacterium abscessus*, medidas para diagnóstico, tratamento e prevenção;
- Cartazes sobre higienização das mãos publicado pela ANVISA e precaução por gotículas.

Não há nenhum documento escrito planejado sobre um programa sistemático de treinamento e capacitação para a CCIH por parte da equipe do SCIH, as orientações educativas em geral são realizadas por ocasião da inspeção pela equipe do departamento de vigilância sanitária (DEVISA) e no relatório encaminhado posteriormente à visita.

Martins (apud RODRIGUES, 1997, p. 35), ao fazer reflexões sobre a avaliação do papel das comissões de controle de infecção hospitalar refere que:

É preciso repensar os treinamentos que não estão atingindo sua finalidade, segundo tudo indica. É preciso adaptá-los à nossa realidade, enfatizar o treinamento em serviços qualificados e criar as condições, nos hospitais, para que a CCIH possam ter um bom desempenho. Deve-se priorizar a padronização de técnicas e procedimentos, a serem estabelecidos por grupo técnicos e divulgadas através de informes e boletins a todas as unidades de saúde e que devem servir de base para os treinamentos, monitoramentos e avaliações. Deve-se evitar os erros de avaliação meramente formais. Reuniões, Boletins, mapas, relatórios etc. são úteis e importantes, mas o fundamental é saber em que atividades estão modificando para melhor as práticas hospitalares junto ao paciente e se elas estão se realizando de acordo com as recomendações. É preciso distribuir equanimente o tempo de trabalho dos SCIH entre as atividades de vigilância, de treinamento e burocráticas, com prioridade para o treinamento em serviço, atuando com os profissionais de saúde e vivenciando suas dificuldades.

Portanto, é de grande importância que a CCIH e o órgão gestor do PCIH tenha como principal função as ações educativas com relevância aos treinamentos, capacitações, elaboração conjunta com os serviços de normas e rotinas técnicas relacionadas aos procedimentos de prevenção de infecção hospitalar.

Indicadores de Infecção Hospitalar: Uma Dimensão Epidemiológica Municipal

O PCIH tanto em nível do órgão regulador, quanto na CCIH dos hospitais devem executar sistematicamente uma série de ações e entre estas a vigilância

epidemiológica das infecções hospitalares que consiste na busca dos casos de infecções dentro do ambiente hospitalar.

Na definição de Cardo (apud RODRIGUES 1997, p. 70):

Vigilância Epidemiológica é um processo ativo, sistemático e contínuo de coleta, análise e interpretação de dados durante o processo de descrição e monitoração de um evento de saúde. Esta informação é utilizada para planejar, implementar e avaliar medidas de intervenção. O objetivo da Vigilância Epidemiológica da IH é a determinação do número e tipos de IH endêmicas no hospital.

A vigilância epidemiológica (VE) é considerada por muitos autores como o alicerce de um PCIH e, deve se constituir de uma ação primeira de todos os PCIHs. Na portaria nº 2616/98, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle. (BRASIL, 1998)

Os métodos de vigilância epidemiológica consistem no método passivo e método ativo. O método passivo utilizado principalmente nas décadas de 70 e 80 no Brasil, hoje já não são mais recomendados.

Este método consiste no preenchimento da ficha de notificação de infecção hospitalar pelo médico assistente e encaminhado a CCIH após, a alta. Este método foi abandonado em função de notificar muito tardiamente a infecção hospitalar, só após a alta do paciente, inviabilizando desta forma as medidas de prevenção e controle, objeto fundamental de uma vigilância epidemiológica.

O método ativo consiste no acompanhamento sistemático pelos membros executores da CCIH, neste caso o médico e o enfermeiro, aos pacientes internados monitorando todos os riscos que este paciente fica exposto no hospital.

São monitorados os pacientes cirúrgicos, os submetidos a procedimentos de risco, tais como: cateterismo vesical, cateterismo venoso e arterial, sondagens nasogástrica e nasoenteral, os pacientes em uso de imunossuppressores e

antimicrobianos, os pacientes que apresentam comorbidades, tais como diabetes melito, hipertensão arterial, obesidade mórbida etc. O objetivo maior da VE é implementar medidas de prevenção e controle. (OLIVEIRA, 1998; 2005)

A portaria nº 2616/98 estabelece em seu anexo III que a CCIH deverá elaborar relatórios mensais sobre os indicadores epidemiológicos de IH, encaminhando estes dados à vigilância sanitária municipal no caso deste estudo o SCIH do município de Belém, devendo encaminhar os seguintes dados:

- Taxa de Infecção Hospitalar.
- Taxa de pacientes com Infecção Hospitalar.
- Distribuição percentual das Infecções Hospitalares.
- Taxa de infecção hospitalar por procedimento Exemplo:
 - Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.
 - Taxa de pneumonia após uso do respirador.
 - Taxa de infecção urinária após cateterismo.
 - Frequência das infecções hospitalares por microorganismos ou por etiologias.
 - Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos.
 - Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico).
 - Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais.
 - Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.

O documento relacionado à VE no PCIH do município de Belém faz parte do sistema de vigilância epidemiológica estadual, onde os hospitais encaminham mensalmente dados de infecção hospitalar, através de um boletim de notificação de infecção hospitalar.

Neste boletim são solicitados: a identificação do hospital, os dados básicos para IH, a distribuição topográfica das infecções hospitalares, a distribuição do

paciente com IH por unidade de internação, a distribuição de óbito associado à IH em unidades de internação e a IH recebida de outros hospitais, inclusive em anexo a este boletim deverá ser encaminhado uma planilha com a distribuição dos casos de pacientes com IH do próprio hospital e do outro hospital, no final do boletim a data e assinatura de quem fez o preenchimento do boletim e do presidente da CCIH (Anexo 3).

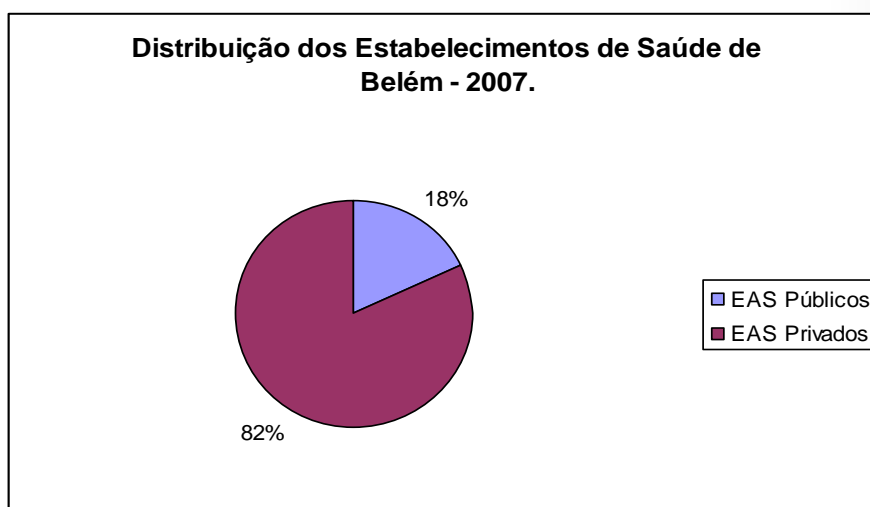
Estes boletins são avaliados pelo SCIH e são consolidados para elaboração do relatório mensal, semestral e anual de indicadores, após esta etapa, os indicadores são colocados em relatórios e são reencaminhados aos hospitais.

Em relação aos indicadores encontramos na íntegra o relatório epidemiológico de 2007, o de 2008 e 2009, faltavam à consolidação para divulgação.

Então, neste texto são apresentados os dados epidemiológicos de 2007, quando se realiza uma avaliação destes dados.

No gráfico 1 são apresentados a distribuição dos estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) no município de Belém.

Gráfico 1: Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde no Município de Belém ano de 2007



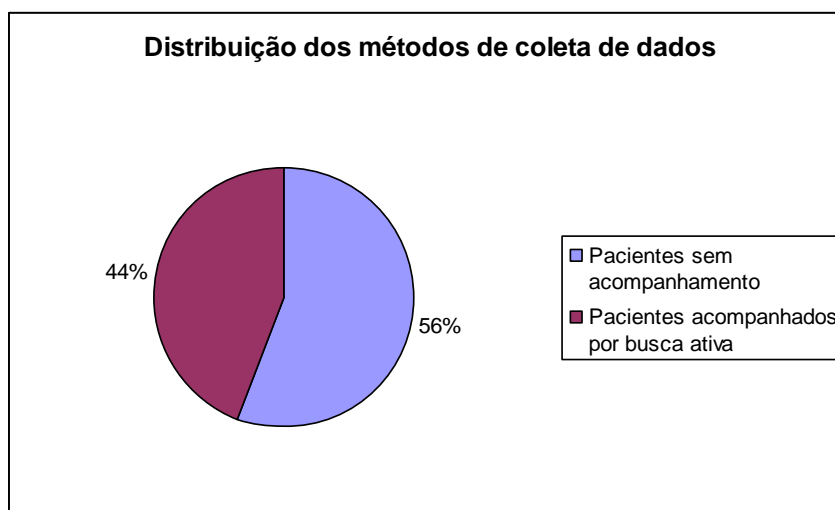
Fonte: SCIH/DEVISA/SESMA – 2007.

Os hospitais privados representam um maior quantitativo de estabelecimentos, pela experiência em relação à efetividade de respostas às intervenções da vigilância sanitária, os hospitais privados respondem melhor. Os públicos têm a característica de melhor se adequarem às normas e legislações vigentes já que são públicos.

Em 2007, havia cadastrado na VISA municipal 60 hospitais, sendo 11 públicos e 49 privados.

De acordo com a portaria n ° 2616/98 discutem-se os principais indicadores de 2007 no município de Belém, e reflete-se ser significativo apresentar a taxa de vigilância ativa, Pará, (1998; 2002) que retrata indicadores mais aproximados da realidade epidemiológica em média de 3 a 5%.

Gráfico 2: Distribuição dos métodos de coleta de dados utilizados pela vigilância epidemiológica municipal – 2007.

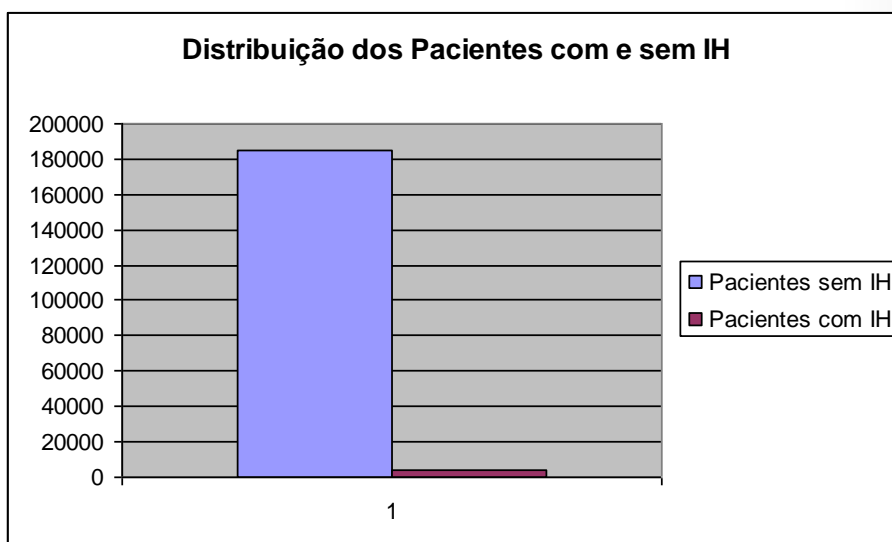


1Fonte: SCIH/DEVISA/SESMA – 2007.

O total de pacientes saídos neste ano de 2007 correspondeu a 189763 pacientes e destes de acordo com as informações dos indicadores hospitalares somente 84413 foram acompanhados por busca ativa, mas não há informações se os 105350 pacientes restantes foram acompanhados por outro tipo de vigilância, como exemplo, pela busca passiva, esta informação não havia nos indicadores.

Para uma realidade ser retratada de forma mais real, a busca ativa, que é o acompanhamento mais de perto pelos membros executores da CCIH, deveria ser de 70 a 80%, Cardo, (apud RODRIGUES, 1997), Neves, (1995), referem que vários autores têm relatado que métodos com sensibilidade em torno de 80% são considerados adequados.

Gráfico 3: Distribuição dos pacientes com e sem IH no município de Belém – 2007.



Fonte: SCIH/DEVISA/SESMA – 2007.

Em relação à taxa de IH, que neste caso foi de 2.3 % não há como fazer referência, pois cada País, cada cidade, cada hospital, cada especialidade, tem suas características próprias, principalmente em relação ao tipo de clientela e tipos de patologias como doença de base de pacientes. Dados de IH no Brasil são taxas de Hospitais isolados e em um trabalho de pesquisa denominado Estudo brasileiro da

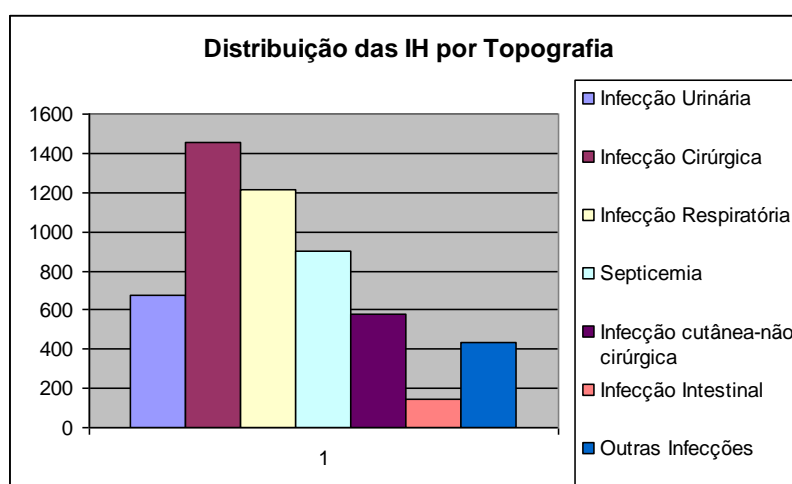
Magnitude das Infecções Hospitalares em hospitais terciários realizado no Brasil por Prade, (1994), a prevalência de IH foi de 13,0 %.

Machado (apud MARTINS, 2001, p. 28), sobre a incidência de IH refere:

Trabalhos de incidência e prevalência das infecções hospitalares relatam taxas de incidência entre 5% e 10% (média de 5%) e prevalência entre 6,1% e 12,1% (média de 10%) nos Estados Unidos da América, 5% a 10% dos pacientes que são internados contraem infecção hospitalar. As taxas de infecção diferem de um País para outro, assim como de uma Instituição para outra, e dependem de fatores como: clientela, estado imunológico, nível cultural e socioeconômico, sistema de controle e de vigilância epidemiológica adotado e as características do hospital, se de grande porte, de pequeno porte. Universitário, se Centro de referência.

Mas entende-se que há subnotificação de casos e problemas com relação ao diagnóstico das infecções hospitalares nos hospitais, em função de alguns não aderirem a critérios estabelecidos pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta/EUA.

Gráfico 4: Distribuição das IH por topografia no município de Belém -2007.



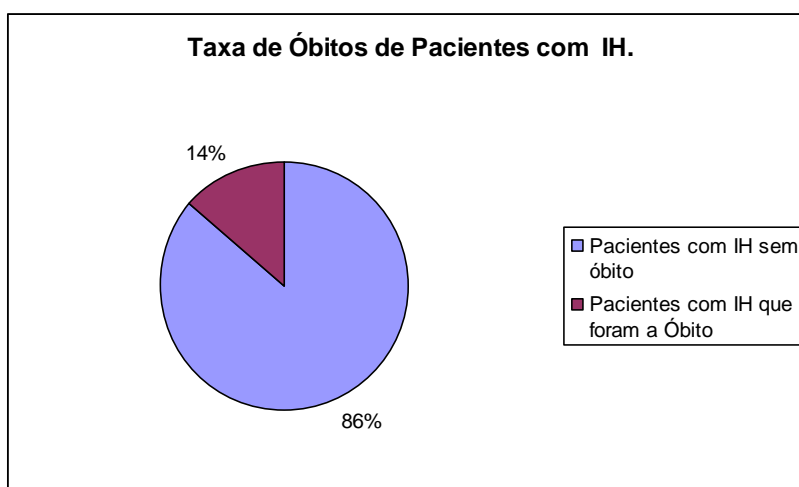
Fonte: SCIH/DEVISA/SESMA – 2007.

Esta distribuição das infecções por sítio topográfico não difere significativamente dos indicadores de outras realidades, como podemos analisar de acordo com as citações de Machado (apud MARTINS, 2001, p. 28), onde cita:

A distribuição de infecções por sítio principais varia conforme a população estudada e o método de vigilância epidemiológica usado. De modo geral, sabe-se que as mais frequentes são as infecções urinárias, sítios cirúrgicos e vias respiratórias, entre outras. Dados do NNIS (National Nosocomial Infections Study System), já publicados (AJIC, 1995), apontam as infecções do trato urinário como as mais frequentes (27,2%), seguidas das infecções em sítio cirúrgico (18,7%), pneumonias nosocomiais (17,3%), infecções primárias da corrente sanguínea (15,8%) e outras (21%).

Um dado importante que sempre é polêmico de fazer o diagnóstico é o óbito relacionado à IH, Santos, (1997), esta taxa é calculada a partir dos pacientes que evoluíram com IH, dos pacientes que evoluem com IH quantos foram a óbito, mas, portanto não é a causa do óbito a IH, e sim relacionado à IH.

Gráfico 5: Distribuição das taxas de óbitos de pacientes com IH no município de Belém-2007.



Fonte: SCIH/DEVISA/SESMA – 2007.

Esta taxa se apresenta alta, em virtude da equipe encontrar mais fácil os óbitos do que os pacientes com IH, quando a taxa de busca ativa é somente de 56 %, certamente ficaram muitos pacientes sem registro como IH.

É preciso um acompanhamento mais sistemático por parte do PCIH municipal sobre estes indicadores nas CCIH dos hospitais com vistas a avaliar e melhor aproximar estes indicadores da realidade epidemiológica.

Rezende, França e Santos, (2005), informam que nos dados da ANVISA e de algumas experiências locais indicam que 70 a 90% dos hospitais brasileiros não utilizam um sistema eficiente de vigilância epidemiológica de IH, com critérios homogêneos e validados, apesar das regulamentações normativas e dos esforços desenvolvidos para treinamento e capacitação de recursos humanos nesta área. Isto demonstra que, embora evidente a importância da vigilância epidemiológica nos programas de controle das infecções, há dificuldades concretas para que ela seja estabelecida e sistematizada na maioria dos serviços.

Logística de Apoio ao Pcih e Interfaces Interdisciplinares e Intersetoriais: Uma Dimensão em Trajetória.

Considera-se como apoio logístico todo o apoio recebido pela equipe do PCIH no município de Belém para desenvolver suas ações de forma eficaz. Apoio em relação à estrutura mínima para funcionamento, com sala, mobiliários, computador, *Internet*, quantitativo de profissionais na equipe, treinamento e capacitações, aperfeiçoamento em congressos, e outros eventos científicos, motivação e apoio financeiro para cursos de pós-graduação *lato sensu* e *scrito sensu*.

A equipe trabalha em uma única sala com uma mesa redonda e outra mesa com um computador. A mesa tem uma estrutura para seis (6) pessoas em média, e quando foi solicitado o encaminhamento de dados pelo e-mail, havia dificuldades da equipe em encaminhar o referido material desta forma. Portanto, não tinha acesso à *internet*. Na última visita já encontramos um armário nesta referida sala.

As ações de retroalimentação do EAS ficam prejudicadas pela dificuldade que a equipe tem para se locomover até o estabelecimento de saúde para orientar e realizar qualquer atividade mais específica ou mais detalhada.

Em geral a equipe da SCIH participa das inspeções que são realizadas juntamente com toda a equipe da VISA anualmente duas vezes em cada estabelecimento, a 1ª. vez para fazer a 1ª. inspeção, quando é registrado todas as incorreções e encaminha um relatório ao hospital e a 2ª. vez para certificação de que foram realizadas as correções das inadequações.

O que se pode observar é que a equipe do SCIH não aplica separadamente o roteiro de inspeção da ANVISA, mas quando realiza a visita com a equipe toda, portanto desta forma as ações do CIH são diluídas junto com as outras ações.

Não há registro de treinamentos, capacitações e outras referências relacionadas a aprimoramento da equipe para trabalhar em controle de infecção hospitalar.

O profissional que trabalha em controle de infecção hospitalar deve ter conhecimentos de epidemiologia, estatística, infectologia e outros conhecimentos específicos e também deve se interessar pelo tema. Observa-se que os profissionais que atuam no PCIH municipal têm o perfil de envolvimento com o tema, inclusive uma das enfermeiras é especialista em controle de infecção hospitalar.

Em relação às interfaces interdisciplinares e intersetoriais, o PCIH tem em sua essência esta característica quando no seu núcleo básico a equipe é constituída de vários profissionais tais como: médico, enfermeiro, farmacêutico e administrador, e têm uma interrelação com vários setores abrangendo várias áreas, como: serviço de higienização, de processamento de roupas, processamento de artigos, de nutrição e dietética, centro cirúrgico, serviço de microbiologia, farmácia, serviço de arquitetura e manutenção do prédio, ações de competência de fiscalização da vigilância sanitária.

Na VISA municipal acompanhando o PCIH estão às várias instâncias profissionais que apóiam logisticamente o programa, a divisão de drogas e medicamentos, controle de alimentos, a divisão das condições e do exercício

profissional que monitora os EAS relacionando especificamente ao desenvolvimento das ações de saúde de forma eficaz, sem riscos para os clientes.

As ações desenvolvidas nestes vários setores da VISA contribuem para um efetivo trabalho de equipe, esta característica de ações coletivas trazem um melhor benefício na otimização de recursos logísticos para a execução destas ações.

Há ressalvas somente em relação a problemas mais específicos do controle de infecção, por exemplo, em relação aos problemas do preenchimento dos boletins epidemiológicos e outras questões mais relacionadas ao controle de infecção que o SCIH deveria atuar com mais veemência, como os surtos de infecção, onde exige um trabalho de investigação epidemiológica mais apurada requerendo a participação de outros segmentos como, por exemplo, a vigilância epidemiológica.

Precisa ficar mais expressivo no PCIH municipal como são realizadas estas ações mais específicas, foram encontrados poucos relatórios de acompanhamento de casos de hospitais com problemas na CCIH, que retrataram realmente o envolvimento de todo o grupo e não só o do SCIH.

A trajetória referida como título permite-se afirmar que há uma grande parceria para o desenvolvimento das ações de controle de infecção hospitalar (CIH), há um intercâmbio positivo interdisciplinar e intersetorial com vistas à otimização destas ações dentro do programa de CIH no município de Belém, e esta trajetória está sendo construída gradativamente pela equipe de forma consciente e amadurecida.

Afim de contribuir com a equipe da VISA municipal foi construído como sugestão algumas recomendações para um melhor desempenho do PCIH no município de Belém:

- 1 – Que tenham sempre em dia nos arquivos o PCIH escrito, discutido com a equipe e aprovado pelas instâncias superiores da VISA;
- 2 – Que o PCIH elabore anualmente e execute um programa de capacitação aos hospitais sobre o CIH;

- 3 – Que seja realizado anualmente, pelo menos uma vez a cada semestre um evento com a finalidade de discutir com todos os hospitais os indicadores epidemiológicos;
- 4 – Que a RDC 48 seja aplicada individualmente pelo SCIH ao hospital até que haja outras recomendações da ANVISA;
- 5 – Que os relatórios de acompanhamento sejam discutidos com a equipe de cada CCIH;
- 6 – Que a equipe possa ser capacitada à nível de aperfeiçoamento e cursos de pós-graduação lato sensu;
- 7 – Que o PCIH solicite apoio dos órgãos formadores, como universidades para a logística de melhor contribuir com a educação dos profissionais;
- 8 – Que o grupo possa participar de eventos apresentando trabalhos de pesquisa sobre o assunto ou relatos de experiência, e para isso possam ter apoio financeiro e outros apoios para esta apresentação.

Considerações Finais

A infecção hospitalar é resultante do desequilíbrio ecológico na interação do homem com sua microbiota, e que mecanismos de controle podem reduzir em 30% a ocorrência destas infecções.

Foi proposto neste estudo fazer uma reflexão sobre a gestão municipal do PCIH por saber que os órgãos governamentais têm um compromisso político para a regulação de eventos e serviços que podem significar riscos a sociedade.

Analisando os dados do PCIH municipal, verifica-se que o SCIH ainda não dispõe de um diagnóstico completo da rede hospitalar sobre o desempenho concreto da CCIH.

Em um dos objetivos listados no estudo procura-se analisar o desenvolvimento do PCIH, se ele atende as necessidades principalmente educativas dos estabelecimentos assistenciais de saúde, a conclusão que se chega é de que existem esforços conjuntos de todas da equipe da VISA para a realização do

controle destas ações, inclusive é pertinente refletir que a equipe atua nas fiscalizações e orientações conjuntamente, otimizando desta forma as especificidades do PCIH, que requer acompanhamento, por exemplo, das áreas afins, como farmácia, engenharia e controle de alimentos.

Mas, ainda é incipiente no que diz respeito ao cumprimento de todas as regulamentações e normas para o PCIH, principalmente o *feed-back* para o hospital (CCIH) fica prejudicado.

O PCIH precisa construir mecanismos para melhor apoiar a CCIH dos hospitais com vistas a, por exemplo, aumentar a sensibilidade em relação ao número de CCIH que respondem com dados epidemiológicos mais reais, pois a própria busca ativa de casos não se apresenta com uma sensibilidade de 80%, primordial para a análise de dados aproximados da realidade.

É imprescindível que o conjunto da sociedade, órgãos reguladores, hospitais através da CCIH, paciente, família e sociedade programem estratégias de motivação para que o PCIH realmente funcione a fim de reduzir os riscos de infecção em hospitais.

Para que se possa implementar um PCIH, é imprescindível a existência de uma comissão estruturada com objetivos e estratégias bem definidas.

O acompanhamento mais de perto dos hospitais permite um maior entrosamento, oportunizando a troca de conhecimento e idéias para melhorar o desempenho tanto da CCIH como do PCIH municipal, acompanhamento este que não é sistemático de forma pontual, os relatórios encontrados não refletiram um acompanhamento direto, até porque, o segundo retorno da equipe ao hospital é prejudicado por falta de insumos necessários para esta equipe retornar ao hospital.

A equipe da SCIH também precisa ser reforçada em relação aos profissionais que atuam no PCIH, elencados na portaria n° 2616/98, que são: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, administradores, e que inicialmente gostem de trabalhar com a temática, é uma qualidade inerente à motivação para o trabalho, que tenham um mínimo de conhecimentos de Epidemiologia, estatística, uma formação generalista e carga horária disponível

para o PCIH. Esta equipe também deve participar de cursos e eventos na área para acompanhar o avanço das mudanças que vêm ocorrendo nesta política a nível nacional.

Ao concluir este estudo nas análises de indicadores epidemiológicos, importantes na avaliação sistemática do fenômeno IH, é coerente que os dados que o PCIH municipal recebe, retrata a situação de falta de amadurecimento da CCIH, mas já permite que se tenha um retrato, por mais que ainda com sensibilidade baixa da situação epidemiológica da IH nos hospitais do município de Belém.

A busca ativa é insuficiente, a taxa de IH também não condiz com a realidade epidemiológica, mas, conclui-se que apesar de todas as dificuldades, em vários momentos da pesquisa de campo durante análise dos documentos disponíveis do PCIH, estes são de conformidade parcial com a gestão da VISA, a gestão é coesa, e busca esforços no sentido de apoiar o desenvolvimento das ações de CIH, obviamente com as limitações impostas pelo próprio sistema de saúde.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2616/GM de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*. Brasília, seção 1, nº 89, pp. 133, 13 de maio de 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a lei orgânica da saúde.

BRASIL *Manual de Acreditação Hospitalar*. /Coordenação. Humberto de Moraes Novaes. – Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *13ª Conferência Nacional de Saúde. Vigilância Sanitária e Controle Social*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2007. p.7-20.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Diretor de Vigilância Sanitária. 1ª. Brasília: ANVISA, 2007.

CARDO, D. M. *Modelos de vigilância epidemiológica*. In: RODRIGUES, E.A.C... [et al]. *Infecções Hospitalares: prevenção e controle* São Paulo, SARVIER, 1997, p. 69-75.

COUTO, R.C e PEDROSA, T. M. G. *Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar*. *Epidemiologia, Controle e Terapêutica*. 2ª. Ed. MEDSI Editora Médica e Científica LTDA, 2004.

COUTO R. C. PEDROSO, E. R. P, PEDROSA T.M.G. *História do Controle de Infecção Hospitalar no Brasil e no Mundo* In: COUTO R. C, PEDROSA T.M.G, NOGUEIRA J.M. *Infecção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença*. *Epidemiologia, Controle e Tratamento*. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 3 – 7.

FERNANDES, A. T. *Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Editora Atheneu, v. 1, 2000. p. 215-263.

LACERDA, R. A, JOUCLAS, V. M.G, EGRY, E. Y, *A face iatrogênica do Hospital e As Demandas para o controle das Infecções Hospitalares*. São Paulo, Atheneu Editora, 1996, p. 1-12.

_____ *Infecções Hospitalares no Brasil: Ações Governamentais para o seu controle enquanto expressão de políticas sociais na área da saúde*. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.1, p.93-115, abr.1996. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/npload/pdf/333.pdf>. Acesso em 30/06/2009.

LACERDA, R. A. *Controle de Infecção em Centro Cirúrgico. Fatos, mitos e controvérsias*. São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

LEÃO, Raimundo Nonato Queiróz de. *UNIMED BELÉM: Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde*. Belém: Unimed Belém, 2008, p.33-36.

MACHADO, G. P. M. *Aspectos epidemiológicos das infecções hospitalares*. In: MARTINS, M. A. *Manual de Infecção Hospitalar*. *Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 2001, p. 27-31.

MARTINS M. A, *Aspectos Históricos da Infecção Hospitalar*. In: OLIVEIRA, A. C, *Infecções Hospitalares Epidemiologia, Prevenção e Controle*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005, p. 3-11.

MARTINS, R. M. *Avaliação do papel das comissões de controle de infecção hospitalar*. In: RODRIGUES, E.A.C... [et al]. *Infecções Hospitalares: prevenção e controle* São Paulo, SARVIER, 1997, p. 28-36.

_____. Aspectos éticos e legais das Infecções Hospitalares. *Revista Arquivos Brasileiros de Medicina*. Vol.69. N. 6. P 303-306, junho de 1995.

NEVES, J. *Infecção Hospitalar no contexto da formação dos profissionais de saúde: Novo enfoque*. *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Vol.69 n.º 3 p. 123-126. Março de 1995.

OLIVEIRA, A.C. *Infecções Hospitalares. Epidemiologia, prevenção e controle*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 2005.

_____. A. C. *Infecções Hospitalares. Epidemiologia, Prevenção e Controle*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

OLIVEIRA, Maria Marly. *Como fazer pesquisa Qualitativa*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

Organização Pan-americana de Saúde. *Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe*, série/Silos n. 13, 1992.

PARÁ, Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública. *Indicadores Epidemiológicos de Infecção Hospitalar*, Belém, 1998.

PARÁ. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública. Departamento de Vigilância Sanitária. Divisão de Controle de Infecção Hospitalar. *Manual Técnico de Orientação sobre Implantação de Controle de Infecção Hospitalar*. Belém, 2002.

PRADE, Sandra Suzane. Relatórios do serviço de controle de infecção hospitalar. Uma análise crítica. *Revista do Controle de Infecção Hospitalar*. Brasília N. 1, ano 1 p.18-20, 1994.

PRADE, S.S. Estudo Brasileiro da magnitude das Infecções hospitalares em hospitais Terciários Brasileiros. *Revista do controle de infecção hospitalar* N. 2, ano 2 p.11-23. Brasília, 1995.

RAMALHO, M. O e COSTA, S. F. *Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar*. São Paulo: APECIH. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2007.

REZENDE, E. M; SANTOS, A.A.M; FRANÇA, E. In OLIVEIRA, A. C. *Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares*. Infecções Hospitalares. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

RICHTMANN, Rosana. *Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar*. São Paulo: Soriak Comércio e Promoções S.A. 2005.

RODRIGUES, E.A.C... [et al]. *Infecções Hospitalares: prevenção e controle* São Paulo, SARVIER, 1997, p. 3-27.

SANTOS, N. Q. *Infecção Hospitalar. Uma reflexão histórico-crítica*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

SGARBI, Luciana Pedral Sampaio; CONTERNO, Lucieni de Oliveira. Estruturação e Dinâmica das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. In: RODRIGUES, Edwal Aparecido Campos... [et al.]. *Infecções Hospitalares, Prevenção e Controle*. São Paulo: SARVIER, 1997. p. 37-41.

SOUZA, Norma V.D.O. e Cols. *Gente que cuida de gente com Infecção Hospitalar. Nursing. Revista Técnica de Enfermagem*. São Paulo, n.14. jul.1999. p. 15.