



O CONTROLE DA
**Infecção
Hospitalar**
NO ESTADO DE SÃO PAULO

CREMESP
Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo

MPSP
Ministério Público do Estado de São Paulo

O controle da
Infecção Hospitalar
no Estado de São Paulo

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)
Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP)

2 0 1 0

O Controle da Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo SP – CEP 01301-910

Tel.: (11) 3017-9300 – www.cremesp.org.br

Diretores do Departamento de Fiscalização do Cremesp

João Ladislau Rosa (gestão 2007/2008)

Kazuo Uemura (gestão 2008/2009)

João Márcio Garcia (gestão 2010/2011)

Agradecimento Especial:

Henrique Carlos Gonçalves – Presidente do Cremesp (2007/2009)

Coordenação do estudo

Paulo de Tarso Puccini – Chefe do Departamento de Fiscalização do Cremesp (2006/2009)

Reynaldo Mapelli Júnior – Promotor de Justiça e Coordenador da Área de Saúde Pública do Centro de Apoio Operacional Cível e de Tutela Coletiva do Ministério Público/SP

Assessoria Técnica

Fernando Aurélio Caligaris Galvanese

Médicos Fiscais responsáveis pelas vistorias

Adriane Baião Guilhermino, Agnes Clini Baptista, Cécil Coelho Junior, Ciro Rossetti Neto, Fernando Aurélio Caligaris Galvanese, Francisco Marcos Gonçalves, Isaura Cristina Soares de Miranda, Maria Cristina Furtado Itapema Alves, Maria de Deus de Oliveira Alves, Maurício de Andrade Ferreira, Miryan Ribeiro de Lima, Orávio Paulo Benetti Junior, Pedro Luiz Pereira e Ricardina Giovanna Pitelli da Guia

Redação e Edição

Aureliano Biancarelli e Mario Scheffer

Arte e Diagramação

José Humberto de S. Santos

Colaboração

Thais Souto

Capa

Foto: Osmar Bustos

O controle da infecção hospitalar no Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

164 p.

Vários colaboradores

1. Infecção hospitalar 2. Saúde Pública 3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar I. Título II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo III. Ministério Público do Estado de São Paulo.

NLM

WX167

O compromisso social da atividade fiscalizadora

Luiz Alberto Bacheschi
Presidente do Cremesp

É com grata satisfação que o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo apresenta esta importante contribuição à saúde pública, resultado de mais uma parceria que estabelecemos com o Ministério Público do Estado de São Paulo.

Ao papel de fiscalização do exercício profissional, atribuído ao Cremesp, juntou-se a missão do MP, incumbido de defender a ordem jurídica e os interesses sociais, com o propósito de traçar um diagnóstico da estrutura das condições necessárias para o controle da infecção hospitalar.

Trabalho de fôlego do departamento de fiscalização do Cremesp, a visita a uma amostra composta por 158 hospitais do estado permitiu avaliar itens essenciais relacionados ao Programa de Controle de Infecções Hospitalares, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, áreas de procedimentos críticos, central de esterilização de materiais e biossegurança.

O Cremesp não se apegou a índices de infecção, mas sim à estrutura existente para o controle e o processo de realização das atividades de prevenção.

Ao constatar que mais de 90% dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares não atendiam a pelo menos um dos itens obrigatórios de organização e funcionamento, dentre outras situações irregulares, o estudo tornou-se um importante instrumento para a discussão da necessidade de correção das falhas verificadas.

Uma das conclusões é de que esforços devem ser empreendidos pelos estabelecimentos hospitalares paulistas no sentido de aprimorar a qualidade e a segurança do ambiente hospitalar.

Fica claro também que o êxito do controle da infecção hospitalar exige o envolvimento ativo de vários setores do hospital, além do apoio dos gestores e diretores técnicos e clínicos para que exista a infra-estrutura mínima necessária à efetiva implantação dos programas.

Convidamos o leitor a acompanhar os propósitos e os resultados do nosso trabalho, descritos a seguir, juntamente com a opinião de especialistas sobre o levantamento realizado.

Por fim, esperamos que este livro atinja seu objetivo de, sem esgotar tema de tamanha magnitude, oferecer um panorama para aqueles interessados na busca de padrões assistenciais de excelência e comprometidos com cuidados hospitalares exemplares.

Iniciativas inovadoras na proteção da saúde

Fernando Grella Vieira
Procurador-Geral de Justiça

Para o aprimoramento de sua política institucional na defesa da saúde da população, o Ministério Público do Estado de São Paulo vem promovendo iniciativas inovadoras como a criação da Área de Saúde Pública no CAO (Centro de Apoio Operacional) Cível e de Tutela Coletiva, órgão de assessoria da Procuradoria-Geral de Justiça e de apoio aos Promotores de Justiça, a disponibilização de página virtual no portal da Instituição com material de apoio (legislação, peças processuais, jurisprudência, doutrina, endereços e outras informações), e a criação e a implementação da Promotoria de Justiça de Direitos Humanos na Capital. Pela primeira vez, temas de Saúde Pública foram inseridos nos Planos Gerais de Atuação do Ministério Público para os anos de 2009 e 2010. Além disso, com a compreensão de que o trabalho diário dos Promotores de Justiça cada vez mais exige estudo e especialização na disciplina autônoma de Direito Sanitário, debates foram realizados em todas as nossas Regionais do Estado, objetivando conhecer as demandas locais e traçar políticas regionais de atuação, bem como fomentar a atuação integrada de Promotores, principalmente em relação a problemas específicos.

Em sua importante função de “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição”, como o direito de saúde, definido constitucionalmente como de relevância pública (art. 129, inciso II, e arts. 196 e 197, da Constituição Federal), o Ministério Público de São Paulo não pode prescindir de suporte técnico que lhe permita agir adequadamente em face dos casos concretos, como o que lhe tem

propiciado profícua parceira com o Cremesp – Conselho Regional de Medicina de São Paulo, hoje formalizada em Termo de Cooperação Técnica.

No projeto de Diagnóstico e Monitoramento das Infecções Hospitalares no Estado de São Paulo, porém, o Ministério Público e o Conselho Regional de Medicina deram um passo à frente e mais uma vez inovaram: trata-se de trabalho conjunto e permanente de fiscalização e monitoramento das ações e serviços de saúde. Os especialistas de ambas as instituições elaboraram um roteiro de vistoria com base na legislação e no conhecimento científico atualmente disponível, deflagraram visitas simultâneas em hospitais públicos e privados, da Capital e do Interior, com o objetivo de fiscalizar in loco as comissões de controle e os programas para a prevenção das infecções decorrentes da assistência hospitalar, bem como fazer um diagnóstico do controle dessas infecções no Estado de São Paulo. O CAO (Centro de Apoio Operacional) Cível e de Tutela Coletiva, que acompanha todo o trabalho, encaminhou os 158 (cento e cinquenta e oito) relatórios de inspeção aos Promotores de Justiça da Área de Direitos Humanos/Saúde Pública que atuam em cada cidade do Estado, nos termos do Aviso nº 195/2009 – PGJ, incluído nos Anexos deste livro, para a tomada de providências. Os Promotores de Justiça, com base nesses relatórios e em outros que espontaneamente solicitaram para fiscalizar outras unidades de saúde, com o apoio do CAO Cível e de Tutela Coletiva instauraram inquéritos civis, expediram recomendações, ajuizaram ações civis públicas.

É com muita satisfação, portanto, que agora apresento o resultado final do trabalho em parceria do Ministério Público com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, materializado em um livro que constitui um verdadeiro “manual” sobre as Infecções Hospitalares, contendo artigos doutrinários do ponto de vista médico e jurídico, o roteiro de inspeção, a íntegra da legislação e modelos de peças que podem ser utilizadas por Promotores de Justiça, além do relatório de Diagnóstico da Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo, relevante por sua abrangência e profundidade técnica.

Com o sentimento de dever cumprido, assim, parablenho todos os responsáveis pela obra, uma importante contribuição à prevenção e ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, que deve servir de alerta a todos aqueles que trabalham na assistência médica e hospitalar e se preocupam, de fato, em proteger a saúde e a vida dos pacientes.

SUMÁRIO

PREFÁCIO

A prática segura e a qualidade na atenção 11

Eduardo Alexandrino Servolo Medeiros
Caio Rosenthal

INFECÇÕES HOSPITALARES

Regime jurídico, implicações práticas e atuação do Ministério Público 15

Reynaldo Mapelli Júnior

POSSIBILIDADES E LIMITES

Considerações sobre o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde 33

Fernando Aurélio Calligaris Galvanese

PARTE I

Um balanço negativo para os hospitais 41

Diagnóstico para propor correções 42

Resumo dos pontos críticos encontrados na vistoria 42

PARTE II

Uma avaliação seguindo a legislação 47

Uma “epidemia” sem controle nem custos conhecidos 48

Para a Anvisa, Comissões são o maior problema 50

O Sistema Sinais e a Rede RM 51

- Um debate necessário 52
- A busca por um ambiente hospitalar mais seguro 53
- Um incentivo às avessas 54
- O desafio da superlotação 55
- Uma aliança mundial pela defesa do paciente 56
- O paciente exposto 57

PARTE III

A construção do modelo de avaliação

59

- O papel do Ministério Público 60
- “Um mau negócio” 61
- Definindo o roteiro de inspeção 62
- Saúde pública é a prioridade 63
- Irregularidades dos serviços 64
- “Monitoramento constante” 65
- “Interdição ética”: exemplo gaúcho 66
- Comissão de controle é fundamental 67
- Os desafios da comparação 68
- O corte presidencial 69
- Lavar as mãos, um gesto essencial 70
- O ritual do aperto de mãos 71
- A dificuldade do seguimento no pós-alta 72

PARTE IV

Entenda o perfil da amostra

75

- Amostra pesquisada representa 725 hospitais 76
- Hospitais representam todas as delegacias do Cremesp 79
- Universo representa instituições de todos os portes 80
- Hospitais públicos estaduais têm mais leitos 80

- Maioria dos hospitais são do SUS e conveniados **81**
- Especializados e de ensino são em maior número entre os públicos **83**
- OSs já são 20% na gestão pública **84**
- A distribuição por áreas de alto risco **85**

PARTE V

Um balanço do resultado das vistorias

87

- Sobre a comissão de controle de infecção hospitalar **87**
- Sobre o programa de controle de infecção hospitalar **88**
- Como é feita a vigilância do controle das infecções **90**
- Visitas de inspeção programadas não são cumpridas **92**
- Maioria dispunha de manuais de normas e rotinas **96**
- Como são feitos os registros das taxas de infecção **98**
- As falhas nas áreas e procedimentos críticos **101**
- Um quinto das centrais de material apresentava inadequação **101**
- Um quarto das instituições não tem controle vacinal **104**
- Inadequações foram encontradas em todos os hospitais **105**
- Inspeção é apenas o início do trabalho **107**

PARTE VI

Anexos

109

- Roteiro de Inspeção das CCIH **110**
- Notas Técnicas **121**
- Legislação sobre controle de infecções hospitalares **124**
- SINAIS - Sistema Nacional de Informações
para Controle de Infecção em Serviços de Saúde **141**
- REDE RM – Rede Nacional de Monitoramento
da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde **142**
- Roteiro de procedimentos adotados pelo Ministério Público **144**

PREFÁCIO

A prática segura e a qualidade na atenção

Eduardo Alexandrino Servolo Medeiros *

Caio Rosenthal *

Um estudo inédito realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, realizado entre outubro de 2007 e janeiro de 2008, por solicitação do Ministério Público Estadual, a partir de uma amostra de 158 hospitais, demonstrou sérios problemas nos programas de prevenção e controle de infecção hospitalar.

A infecção hospitalar ou infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é um frequente e grave problema que os hospitais em todo o mundo enfrentam em seu dia a dia e que pode contribuir para o aumento da morbidade, da letalidade, do tempo de internação, dos custos, além da ameaça constante da disseminação de bactérias resistentes aos antibióticos.

A base da prevenção de infecção hospitalar é a nomeação de um grupo de trabalho, chamado de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), capaz de desenvolver um programa eficiente com impacto na melhoria da qualidade assistencial e na segurança dos pacientes e profissionais da saúde.

Um dos resultados mais importantes desta pesquisa é que 7,6% das unidades de saúde não tinham comissões de controle de infecção hospitalar e 53,8% das instituições não contavam com o quadro mínimo de executores conforme previsto em lei. Apenas 28 (17,7%) dos hospitais vistoriados atendiam a itens fundamentais sobre o funcionamento das CCIHs e 21% dos hospitais avaliados não tinham critério formal para diagnosticar infecção hospitalar.

A pesquisa também revelou que não existia um programa de prevenção e controle de infecção hospitalar formalmente elaborado e executado em cerca de metade das instituições avaliadas. Diversos estudos têm demonstrado que as taxas de infecção hospitalar podem ser reduzidas, ou mesmo chegarem a valores próximos de zero em alguns sítios como a infecção da corrente sanguínea, quando se adota um programa de vigilância associado à implantação e gerenciamento de medidas de controle de infecção.

Este estudo demonstra que muitas instituições brasileiras convivem com graves problemas estruturais como falta de pias, área física inadequada, principalmente nas UTIs e superlotação, além de número reduzido de funcionários e falta de protocolos clínicos e comportamentais, como lavagem de mãos deficiente, prescrição excessiva e inadequada de antimicrobianos e falta de treinamento para a prevenção e controle de infecções. Estas questões contrastam com a atual necessidade dos hospitais estarem preparados e produzirem um ambiente seguro para pacientes com doenças cada vez mais graves e no atendimento de pacientes imunodeprimidos.

Alguns fatores podem ser determinantes da adesão dos profissionais de saúde às práticas de controle de infecções hospitalares. Um ponto fundamental é o apoio administrativo na organização da instituição estimulando a implantação de práticas seguras, produzindo condições adequadas para o funcionamento da CCIH e apoiando a constituição de uma equipe técnica eficiente.

Após este importante diagnóstico situacional da prevenção e controle de infecção hospitalar, torna-se fundamental a implantação de um programa de adequação das instituições que promova práticas assistenciais seguras e de qualidade. Precisamos encontrar alternativas para estimular o envolvimento dos diretores administrativos e clínicos, órgãos governamentais de vigilância epidemiológica e sanitária, para desenvolver de forma contínua um programa de educação e orientação dos hospitais para mudança desta realidade.

Em 20 de agosto de 1999 o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução nº1552 que trata exclusivamente da relação do médico com as CCIHs. Ressalta a importância da autonomia do médico e, de modo

particularmente muito adequado, ao mesmo tempo não vê configurado ilícito ético na exigência de preenchimento de ficha para liberação de antibióticos pela CCIH, promovendo, portanto, inequívoca independência das CCIHs com o corpo clínico do Hospital.

Foi então, baseado nestes princípios que a Resolução 1552 resolveu que:

Art. 1º A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas ditadas pela CCIH.

Art. 2º As rotinas técnico-operacionais constantes nas normas estabelecidas pela CCIH para a liberação e utilização dos antibióticos devem ser ágeis e baseadas em protocolos específicos.

O artigo 3º ressalta ainda que a viabilização e otimização das rotinas técnico-operacionais para liberação dos antibióticos são de responsabilidade dos diretores Clínico e Técnico da instituição.

No nosso entender, esta Resolução tem um sentido ético extremamente relevante, pois ao mesmo tempo em que proporciona autonomia ao médico da CCIH dando-lhe até poder de veto a prescrição de outro colega, por outro lado subordina-o ao obediência estrito dos protocolos científicos.

É desejo deste Conselho, do Ministério Público e de toda a sociedade a existência das CCIHs em todos os hospitais e clínicas, públicas ou privadas, e entendemos que o aperfeiçoamento contínuo destas, resultará em diminuição de gastos, de tempo de internação, de procedimentos médicos evitáveis e conseqüentemente de melhor qualidade na atenção à saúde do cidadão.

Aprovamos e saudamos esta iniciativa de parceria do Cremesp com o Ministério Público Estadual com a certeza de que a grande beneficiária será sempre nossa sociedade.

* **Eduardo Alexandrino Servolo Medeiros**

Infectologista, Livre Docente, Professor Adjunto da Disciplina de Infectologia e Presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

* **Caio Rosenthal**

Infectologista e Conselheiro do Cremesp

INFECÇÕES HOSPITALARES

Regime jurídico, implicações práticas e atuação do Ministério Público

Reynaldo Mapelli Júnior *

Introdução

Durante os anos em que atuei junto ao GAESP (Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor), órgão de execução do Ministério Público do Estado de São Paulo cujas funções foram absorvidas pela nova Promotoria de Justiça de Direitos Humanos da Capital¹, foram frequentes as representações e as notícias sobre as infecções hospitalares, causadoras de graves complicações na saúde de pacientes que estavam internados ou acabaram de receber alta médica, muitas vezes levando-os à morte. Também conversas informais com profissionais de saúde revelavam que os índices e a gravidade dos processos infecciosos decorrentes de internações no Brasil em várias ocasiões motivavam os médicos a dar alta a pacientes antecipadamente, pois as condições não muito adequadas de suas residências apresentavam menor risco do que a permanência nas unidades hospitalares.

Ao procurar compreender um pouco mais a questão, relevante em termos de saúde pública porque infecção hospitalar significa risco de vida

¹ Lei Complementar Estadual n° 1.083, de 17 de dezembro de 2008 e Ato Normativo n° 593/2009 – PGJ, de 05 de junho de 2009, do DD. Procurador-Geral de Justiça de São Paulo, contemplando a criação de cargos de Promotor de Justiça de Direitos Humanos, com atribuições especializadas e separadas, de defesa dos interesses individuais homogêneos, coletivos e difusos dos idosos, da saúde, das pessoas com deficiência e de inclusão social.

e o aumento de custos com o prolongamento da assistência hospitalar² (pacientes que já têm naturalmente em seu organismo uma quantidade imensa de microorganismos passam facilmente a correr o risco de um processo infeccioso quando submetidos a uma internação, pois a flora bacteriana humana se desequilibra com os mecanismos de defesa antiinfecciosa que surgem por causa da doença, dos procedimentos invasivos e do contato com a flora hospitalar), surpreendi-me com a falta de um diagnóstico mais completo da situação no Brasil.

Impossível se pensar em uma política pública de redução da incidência e da gravidade das infecções hospitalares a níveis aceitáveis se o Poder Público não tem sequer um razoável diagnóstico da situação. O problema se torna ainda maior porque, como sabem os especialistas, existem inúmeras controvérsias sobre quais índices de infecção hospitalar devem ser levantados pelo controlador e encaminhados aos Centros de Vigilância Epidemiológica dos Estados e à Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como qual o modelo de intervenção hospitalar adequado, que constitui o núcleo do programa de controle das infecções hospitalares.

No Brasil, promovendo vistorias em hospitais terciários das capitais estaduais e do Distrito Federal em um só dia, o Ministério da Saúde realizou o único estudo sistematizado sobre as infecções hospitalares de que tomei conhecimento, totalizando 99 (noventa e nove) hospitais de porte variado (100 a 299 leitos) fiscalizados, com taxa de pacientes com infecção hospitalar de 13% e de infecções hospitalares em geral de 15,5%. Pouco tempo depois, um hospital universitário da Capital de São Paulo, por iniciativa própria e analisando apenas pacientes idosos internados, verificou taxa de mortalidade destes doentes em 9,6%, elevando-se a letalidade dos pacientes com infecção hospitalar, porém, para o patamar de 22,9%.

2 A questão econômica é tratada por todos, mas não pode servir para ocultar o problema das mortes de milhares de pacientes, que poderiam ter sido evitadas com a implementação de um correto programa de controle de infecções hospitalares (sobre uma análise econômica em sistemas de saúde, cf. “Negociando com o Administrador” de Cristiane Nicoletti, no livro *COMO INS-TITUIR UM PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR*, da APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, ed. 2007).

O IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, associação nacional de defesa dos consumidores, ao elaborar o estudo “O Controle de Infecção Hospitalar no Brasil e os Consumidores” em junho de 2006, descreveu um quadro preocupante e apontou para falta de informação dos consumidores, concluindo ao final que, “no Brasil, as taxas de mortalidade por infecção hospitalar, em nível nacional, são desconhecidas e poucos estados têm algum dado sobre as mesmas”, bem como “faltam dados sobre o comportamento das infecções hospitalares, em nível nacional, no Brasil e sobre as atividades das comissões estaduais, revelando que não há, efetivamente, um programa em nível nacional consistente” (itens 2 e 7 do trabalho, págs. 3 e 20).

Nos Estados Unidos, ao contrário, um estudo prolongado objetivando verificar se houve a redução de taxas de infecção nos serviços hospitalares com a implementação de um efetivo programa de controle de infecção hospitalar, conhecido como “Estudo SENIC – Study of Efficacy of Nosocomial Control”, foi desenvolvido por meio de vistorias sistemáticas que duraram vários anos (de 1974 a 1983), o que possibilitou um diagnóstico da situação naquele país e demonstrou a efetividade das ações adotadas, provando que o programa acabava acarretando grande economia para os administradores das unidades e, o que é fundamental, revelando a redução de 32% dos episódios de infecção nas instituições que implementaram os programas de controle.

Pensando nesta falha, foi proposto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, órgão público que tem atribuição legal de fiscalizar o exercício da medicina e os estabelecimentos de hospitalização ou de assistência médica (Decreto nº 20.931/1932, Lei nº 3.268/1957, Resolução CFM nº 1.613/2001 e Resolução CRM nº 43/1993), um projeto de parceria com o Ministério Público de São Paulo, instituição que tem entre as suas funções a defesa dos interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos na área da saúde pública, o qual, após reuniões e a delimitação de várias questões técnicas, foi desenvolvido sob o título de “Diagnóstico e Monitoramento do Controle de Infecção Hospital no Estado de São Paulo”.

Com independência e alta capacitação técnica, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo historicamente sempre auxiliou o Ministério Público nas investigações e na propositura de ações civis públicas destinadas a defender o direito à saúde do cidadão, em regra por meio de vistas em unidades hospitalares na busca de eventuais irregularidades ensejadoras de risco à saúde do usuário (muitas vezes, contando com a presença do Promotor de Justiça nas dependências do estabelecimento de saúde) ou na elaboração de pareceres de suas Câmaras Técnicas sobre os mais diversos assuntos, o que acabou sendo formalizado em Termo de Cooperação assinado em 30 de maio de 2006.

A realização do projeto sobre o controle das infecções hospitalares, que levou em conta o porte de hospitais de todo o Estado de São Paulo (número de leitos, em unidades da Capital e do Interior) e as diferentes esferas administrativas (hospitais públicos e privados), com o objeto claro de levantamento do diagnóstico do problema para a obtenção de subsídios em situações críticas como nunca ocorreu para possíveis ações do Ministério Público, portanto, é ponto culminante de uma profícua parceria destas duas instituições públicas.

Diante dos assuntos de natureza técnica abordados pelos outros articulistas deste livro, cabem-me aqui somente algumas considerações a respeito do tema do controle de infecções hospitalares e de sua inserção no ordenamento jurídico pátrio, sem se esquecer de suas implicações práticas, considerando sobretudo que o destinatário final de todo o trabalho dos ilustres Médicos Fiscais do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina é o Ministério Público.

Para tanto, parece oportuno iniciar com uma breve análise acerca das atribuições legais do Ministério Público e de sua íntima relação com o direito de saúde.

Direito à saúde e Ministério Público

O perfil constitucional do Ministério Público consagrado pelo legislador na Constituição Federal de 1988 foi resultado de um longo processo de desenvolvimento institucional, no qual o parquet deixou de ser um

funcionário do Governo que defendia os interesses do Rei ou do Estado³ para se tornar exclusivamente, sobretudo no Brasil, defensor do povo.

O Ministério Público não integra o Poder Executivo, o Poder Legislativo ou o Poder Judiciário (foi inserido no texto constitucional entre as “Funções Essenciais à Justiça”, por falta de melhor enquadramento doutrinário de sua natureza jurídica – capítulo IV do Título IV) e está proibido de defender particulares (função da Defensoria Pública e dos advogados) ou o Estado (função da Procuradoria do Estado) por expressa determinação constitucional, “sendo-lhe vedada a representação judicial e a consultoria jurídica de entidades públicas” (inciso IX, in fine, art. 129, C.F.).

Na sua própria definição constitucional, como “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (art.127, caput, C.F.), está contida a idéia de defensor dos interesses da coletividade (interesse público primário), nem sempre convergentes com os interesses do Estado (interesse público secundário). Por meio de investigação promovida em inquérito civil ou a propositura de ação civil pública (Lei nº 7.347 de 24 de julho de 1985 – Lei da Ação Civil Pública), o Ministério Público passa a defender interesses difusos (indivisíveis, pertencentes a um grupo indeterminado de pessoas), coletivos (pertencentes a um grupo determinado ou ao menos determinável de pessoas), individuais homogêneos (integrantes de um grupo, classe ou categoria de pessoas perfeitamente identificável) e mesmo interesses individuais indisponíveis, como no caso da saúde pública.

No fundo, tal evolução acompanhou o desenvolvimento do Direito Constitucional pois, como ensinam com propriedade Antonio G. Moreira Maués e Sandro Alex de Souza Simões, “no primeiro século

3 Os *magíai* do Egito Faraônico, os *éforos* de Esparta e os *thesmotetis* gregos, figuras romanas como o *defensor civitatis* e os *procuratores caesaris*, ou outras semelhantes existentes nos países europeus da Idade Média, principalmente os procuradores do Rei Felipe IV, o Belo, rei da França, “que (a eles) impôs prestassem o mesmo juramento dos juizes, vedando-lhes patrocinarem outros que não o rei” – cf. HUGO NIGRO MAZZILI, ao citar para o último caso a Ordenança de 25 de outubro de 1302, *in* REGIME JURÍDICO DO MINISTÉRIO PÚBLICO, ed. Saraiva, 1ª ed., 1993, pp. 1/3).

do constitucionalismo moderno, inaugurado pela Constituição Americana de 1787 e pela Constituição Francesa de 1791, os direitos fundamentais eram compostos pelos chamados direitos individuais, inspirados pelo liberalismo e voltados à garantia da autonomia pessoal dos cidadãos. Tais direitos visavam a proteção dos indivíduos contra o próprio Estado, que ficava obrigado a abster-se de interferir na esfera privada. A título de exemplo, podemos lembrar que o Estado Liberal não deveria intervir no gozo da propriedade pelos cidadãos, atuando apenas na repressão à violação ou ameaça de violação de tal direito, o mesmo se dando com diferentes dimensões do direito à liberdade de opinião e de imprensa. A partir do século XX, o rol dos direitos fundamentais passa a incluir os direitos sociais, de inspiração socialista, que se voltam para a dimensão social do ser humano e implicam ações do Estado destinadas à garantia de condições materiais de vida para todos os cidadãos. Ao contrário dos direitos individuais, que constituem direitos a abstenções do Estado, os direitos sociais são direitos a prestação do Estado, requerendo um dar ou fazer estatal para seu exercício e impondo a realização de políticas públicas, isto é, de um conjunto sistematizado de programas de ação governamental (in *Direito Público Sanitário Constitucional*, publicado no “Curso de extensão à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal” do Ministério da Saúde, ed. 2002, pág. 41, citando Alexy e Canotilho, g.n.).

Ao definir a saúde como direito social (art. 6º) e dizer que “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), por meio de um SUS – Sistema Único de Saúde hierarquizado, com a participação da comunidade e o atendimento integral a todos os brasileiros (art. 198), a Constituição Federal de 1988 claramente dirigiu ao Estado a obrigação de implementação das políticas públicas de saúde, diretamente ou por meio de particulares por ele fiscalizados (art. 197).

Nesse contexto é fácil compreender a função constitucional do Ministério Público nessa área, pois dentre outras funções lhe cabe “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados (na) Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia” (art. 129, II, C.F.), o que remete de imediato à caracterização das ações e serviços de saúde como “de relevância pública” (art. 197, C.F.): detectados fatos ilícitos que excluam ou dificultem o exercício do direito à saúde, deve o Promotor de Justiça promover medidas para que seja resguardado este direito constitucional, tenha ele que agir contra o particular ou o Estado.

A experiência adquirida ao longo dos 20 (vinte) anos de promulgação da Constituição Federal e a própria evolução do movimento sanitário e do Direito Sanitário, porém, permitem afirmar que uma mudança de mentalidade dos Promotores de Justiça é imprescindível: a) em primeiro lugar, é preciso que as questões sejam tratadas em termos globais e não apenas solucionados os casos individuais, devendo-se privilegiar a intervenção ministerial nas políticas públicas de saúde antes que eventual violação ao direito de saúde ocorra, inclusive por meio de reuniões e recomendações aos responsáveis (art. 129, incisos II, III e IX, C.F. e art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei Federal nº 8.625 de 12 de fevereiro de 1993); b) em segundo lugar, ainda que exista indício de violação de interesse transindividual a justificar a instauração de inquérito civil, deve-se tomar como prioridade a elaboração de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta dos responsáveis (art. 5º, §6º, da Lei nº 7.347 de 24 de julho de 1985), evitando-se um demorado e imprevisível processo judicial, deixando a ação civil pública como medida última a ser utilizada nos assuntos verdadeiramente essenciais (apenas aqui a judicialização da saúde se mostra justificável).

Nesse sentido, o projeto que está sendo desenvolvido em parceria entre o Ministério Público e o Conselho Regional de Medicina revela uma nova forma de trabalho, pois vai permitir um diagnóstico sobre o controle de infecções hospitalares e um monitoramento sistemático e constante dos hospitais (política pública de saúde); detectadas irregularidades indicadoras

de risco aos pacientes, os Promotores de Justiça terão condições de instaurar inquéritos civis simultâneos em todo o Estado de São Paulo, expedir recomendações para as adequações necessárias e/ou celebrar Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta. Persistindo os problemas, devem então propor ação civil pública, neste caso bem fundamentada.

Regime jurídico das infecções hospitalares: conceito, comissão de controle e programa

Embora a matéria seja relativamente nova no âmbito do Direito Sanitário, já existem doutrinadores jurídicos, como Maria Helena Diniz, que alertam para o fato de que “as infecções hospitalares constituem grande risco à saúde dos pacientes internados em clínicas e hospitais, por isso, sua prevenção e controle envolvem não só medidas de qualificação da assistência hospitalar, mas também de vigilância sanitária, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, pois o Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 5º, III) tem por escopo a assistência às pessoas por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a ação integrada de ações assistenciais e preventivas. Os órgãos estaduais de saúde no exercício da atividade fiscalizatória deverão observar a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de formas de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes e pacientes” (Decreto nº 77.052/76, art. 2º, IV – cf. o seu *O Estado Atual do Biodireito*, editora Saraiva, 4ª edição, 2007, pp.151/152).

As dificuldades para uma definição de infecção hospitalar adequada aos tempos modernos⁴ e as polêmicas sobre os indicadores que devem ser considerados e o modelo de intervenção para o seu controle, levaram o legislador pátrio a instituir uma regra geral de obrigatoriedade de implementação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e de manutenção de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares em todas unidades hospitalares (Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, art. 1º, caput, e art. 2º,

⁴ Atualmente os técnicos vem preferindo a denominação “infecção associada aos serviços de saúde em geral” (IASS).

inciso I), deixando maiores detalhes para regramento posterior, o que se efetivou por meio da Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

A Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, porém, não deixou dúvidas sobre o programa de controle de infecções hospitalares, definindo-o como “o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (art. 1º, §1º), que não são apenas aquelas que ocorrem durante as internações, mas “qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização” (art. 1º, §2º).

O operador do direito não pode perder de vista que a instalação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e a implementação de um programa de controle tem a finalidade básica de diminuir ao máximo a incidência e a gravidade das infecções hospitalares, podendo-se afirmar até mesmo em uma “tolerância zero” como objetivo dos controladores de infecção hospitalar, desde que o programa seja adequado para a realidade daquela unidade hospitalar, apoiado pela administração do hospital e executado continuamente por profissionais qualificados e munidos com a devida estrutura.

De maneira simplificada, pode-se dizer que os controladores executam vigilância contínua de forma a obter indicadores de resultado, ou seja, os casos de infecção sobre um denominador (por exemplo, proporção de pacientes com infecção em sítio cirúrgico entre todos os pacientes operados), indicadores de estrutura, que avaliam a existência de recursos físicos e humanos, materiais e formas de organização e funcionamento adequadas (a presença de lavatórios com pia, sabão líquido e papel toalha em quantidade adequada ao número de leitos e profissionais de saúde – a higienização das mãos é a recomendação mais importante na prevenção de infecções hospitalares, etc.) e indicadores de processo, que avaliam a maneira pela qual se realiza determinada operação respeitando determinadas normas, métodos ou técnicas (a adoção pelos médicos de protocolo de antibiótico para uso profilático em cirurgia,

essencial em alguns procedimentos para a redução dos índices de infecção de sítio cirúrgico, dentre outras), objetivando intervenções no hospital para a correção dos problemas.

Cabe ao controlador promover a discussão dos problemas encontrados junto ao corpo clínico e ao setor administrativo do hospital, fazer as devidas intervenções, tendo o cuidado de registrar as investigações e soluções propostas em livro de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. As reuniões da CCIH devem ser periódicas e, quando necessário, suas resoluções devem ser repassadas ao corpo clínico e à direção do hospital. Tais medidas somente podem ser tomadas se existente uma estrutura adequada, que deve incluir profissionais qualificados, a participação nas reuniões deliberativas do hospital, sala própria e computador.

Por fim, é preciso deixar consignado que, além dos indicadores estabelecidos pela portaria (sejam de resultado, de estrutura ou de processo), no Estado de São Paulo, as Secretarias de Estado e Municipal de Saúde determinam a coleta de outros indicadores, devendo cada Comissão de Controle de Infecção Hospitalar executar o programa de controle e enviar os dados obtidos periodicamente para a Coordenação Municipal (equipe técnica do CCD – Centro de Controle de Doenças, instituído pela Portaria Municipal de nº 1.365 de 23 de agosto de 1997) e para o Comitê Estadual de Infecção Hospitalar, que foi criado em 2000 e coordena todas as medidas de prevenção e controle no Estado, por meio de ações articuladas do Centro de Vigilância Epidemiológica, do Centro de Vigilância Sanitária e do “Instituto Adolf Lutz”.

As diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, previstas na Portaria MS/GM nº 2.616, de 12 de maio de 1998 e em seus 5 (cinco) Anexos, podem ser reunidas da seguinte forma:

a) qualquer pessoa física ou jurídica que desenvolva atividades hospitalares de assistência à saúde, seja de direito público ou privado, tem a obrigação de instalar a comissão e desenvolver o programa de controle de infecções hospitalares (art. 6º da introdução);

b) a CCIH – Comissão de Controle de Infecções Hospitalares deve ser composta por profissionais da área de saúde de nível superior formal-

mente designados, tratando-se de órgão de consultoria e execução das medidas para a autoridade máxima da instituição, dividido assim em núcleo de consultores (representantes do serviço médico, do serviço de enfermagem, do serviço de farmácia, do laboratório de microbiologia e da administração, podendo apenas os hospitais de até 70 leitos restringirem-se à representação dos serviços médicos e de enfermagem) e núcleo de executores (mínimo de dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada duzentos leitos ou fração deste número), com carga horária específica e aumento de integrantes conforme critérios definidos, inclusive número de leitos de paciente críticos (Anexo I, art. 2º);

c) os hospitais podem se consorciar para executar o programa de controle de infecções hospitalares, mas devem ter CCIH própria ao menos com membros consultores, ficando os executores sujeitos ao regramento acima referido (Anexo I, arts. 2.5.1.6 a 2.5.1.8);

d) o PCIH – Programa de Controle de Infecções Hospitalares deve ser adaptado à realidade de cada hospital, mas suas ações devem ser desenvolvidas deliberada e sistematicamente (Anexo I, art. 1º), conforme determinados conceitos e critérios diagnósticos (Anexo II), contendo medidas de vigilância epidemiológica para apurar determinados indicadores de infecção hospitalar objetivando realizar as necessárias intervenções de correção dos problemas (taxa de infecção, taxa de pacientes com infecção, taxa de infecção por procedimento, taxa de pneumonia após o uso de respirador, frequência de infecção por microorganismos e sensibilidade aos antimicrobianos, taxa de letalidade – Anexo III), inclusive para uma adequada rotina de lavagem de mãos (Anexo IV) e uma correta utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes (Anexo V, com diversas recomendações);

e) este programa deve conter, pela importância do assunto e pelo alto risco de infecção hospitalar, um protocolo de utilização dos antibióticos estabelecido pela comissão, que deve ser rigorosamente seguido por todos os médicos (Resolução nº 1.552, de 20 de agosto de 1999 do Conselho Federal de Medicina);

f) a responsabilidade para a constituição, a implementação e o

fornecimento de adequada estrutura da CCIH – Comissão de Controle de Infecções Hospitalares é da “autoridade máxima da instituição”, que deve inclusive aprovar e fazer respeitar o regimento interno da comissão, garantir a participação do seu Presidente nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, propiciar o efetivo cumprimento de suas determinações, fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar, bem como informar as autoridades estadual e municipal a respeito (Anexo I, art. 4º);

g) as Coordenações Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal de Controle de Infecção Hospitalar planejam e executam as políticas públicas desta área, que devem ser respeitadas pelos responsáveis (Anexo I, arts. 5 a 7).

Ao receber o relatório do Conselho Regional de Medicina com a descrição de irregularidades na prevenção e no controle das infecções de determinado hospital, em desrespeito ao regime jurídico estabelecido pela legislação⁵, o Ministério Público deverá instaurar inquérito civil para a devida apuração, objetivando a expedição de recomendação aos responsáveis ou a formalização de Termo de Ajustamento de Conduta para a correção dos problemas; não cumprida a recomendação ou impossível o ajuste, o órgão ministerial proporá ação civil pública⁶, sem prejuízo do reconhecimento das infrações sanitárias previstas na Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 e da aplicação de sanções de natureza penal ou mesmo civil (indenização em face do hospital e do profissional de saúde).

⁵ Elas podem ser classificadas em quatro grupos, segundo o que se apurou no projeto: 1 – inexistência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; 2 – inexistência de um programa mínimo de controle de infecções hospitalares; 3 – falta de infra-estrutura mínima da Comissão; 4 – trabalho insuficiente de seus membros executores, quando por exemplo não cumprem a carga horária determinada pela legislação.

⁶ Lei nº 7.347 de 24 de julho de 1985, que possibilita o pedido de cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer, com a cominação de multa diária por descumprimento (art. 11 – “Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer, o juiz determinará o cumprimento da prestação da atividade devida ou a cessação da atividade nociva, sob pena de execução específica, ou de cominação de multa diária, se esta for suficiente ou compatível, independentemente de requerimento do autor”).

A infecção hospitalar nos tribunais

Este último tema, ou seja, a responsabilização civil de hospitais e profissionais de saúde pela ocorrência de infecção hospitalar, tem provocado certa polêmica entre os estudiosos e por isso merece um registro final, já que atualmente vem sendo levado com certa freqüência aos nossos tribunais.

A possibilidade de indenização por danos morais e materiais causados por infecção hospitalar é indiscutível, pois ao atribuir às ações e serviços de saúde o caráter de “relevância pública” (art. 197, C.F), o texto constitucional também trouxe como corolário o dever de indenização aos pacientes prejudicados com as atividades de prestadores públicos ou privados, como decorrência lógica da qualidade que estes serviços públicos devem respeitar⁷.

Tratando do problema em demandas ajuizadas contra hospitais públicos ou privados, ou mesmo outros serviços de assistência à saúde, a jurisprudência pátria acabou consagrando o entendimento de que a responsabilidade civil dos hospitais (indenização por danos morais e materiais) é responsabilidade objetiva que independe da demonstração de culpa, pois as infecções hospitalares fazem parte dos riscos inerentes à prestação dos serviços médico-hospitalares destinados ao consumidor (art. 14, C.D.C, que instituiu o conceito de “defeito do serviço”⁸).

7 Art. 37, §6º - “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa”.

8 Art. 14, do Código de Defesa do Consumidor - “O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais: I - o modo de seu fornecimento; II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam; III - a época em que foi fornecido.

§2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

§3º O fornecedor de serviços não será responsabilizado quando provar: I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste; II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

§4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

A guarda e o dever de incolumidade do paciente por parte do hospital geram, por isso mesmo, a responsabilidade do estabelecimento hospitalar pelos danos materiais (indenização pelas despesas do tratamento realizado, pelas despesas médicas futuras e por outras existentes, como aquelas decorrentes de eventual funeral; pensão vitalícia quando a infecção prejudicar as atividades profissionais do paciente ou seus dependentes) e pelos danos morais (compensação pelo sofrimento suportado, arbitrada pelo juiz) provocados, independentemente da constatação de culpa dos responsáveis:

“RESPONSABILIDADE CIVIL. CONSUMIDOR. INFECÇÃO HOSPITALAR. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO HOSPITAL. ART. 14 DO CDC. DANO MORAL. QUANTUM INDENIZATÓRIO – O hospital responde objetivamente pela infecção hospitalar, pois esta decorre do fato da internação e não da atividade médica em si (...). O hospital assume os riscos inerentes à internação do paciente e em virtude disso há de responder objetivamente. Orientação diversa fragilizaria em muito o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, que afasta expressamente a necessidade de culpa pelo prestador de serviço” (Superior Tribunal de Justiça, Recurso Especial nº 629.212 – RJ, 2007, Relator Ministro Cesar Asfor Rocha, g.n.).

“PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS. OBRIGAÇÃO DE FAZER. RESPONSABILIDADE CIVIL. INFECÇÃO HOSPITALAR. SEQÜELA DECORRENTE DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS. ALEGAÇÃO DE CASO FORTUITO PELO HOSPITAL. AUSÊNCIA DE PROVA. PRESUNÇÃO DE CULPA. 1. Sendo incontroverso o fato de o autor ter sido acometido por infecção hospitalar do sítio cirúrgico decorrente de cirurgia e não tendo o réu comprovado a ocorrência de caso fortuito, é óbvio o dever do hospital de responder pelos danos causados ao paciente, já que trata-se de culpa presumida por falta de cuidados. 2. O paciente se encontra acobertado pelo dever de incolumidade por parte do hospital, devendo este ser responsabilizado pelas conseqüências danosas que um bom serviço prestado poderia evitar” (Tribunal de Justiça de São Paulo, 26ª Câmara de Direito Privado, Apelação com Revisão nº 936.350-0/3, 2007, Relator Desembargador Felipe Ferreira).

Existem inúmeras decisões judiciais nesse sentido, afastando a responsabilidade civil do hospital apenas quando comprovado caso fortuito causador da infecção⁹, com o reconhecimento da obrigatoriedade da comissão e do programa de controle de infecções em todos os serviços de assistência em saúde, sejam eles caracterizados como hospital ou não:

“A Lei Federal nº9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção do programa de controle de infecções hospitalares, devendo os estabelecimentos constituir comissão para esse fim, o que veio a ser regulamentado pela Portaria MS 2.616/98 do Ministério da Saúde. E o artigo sexto da aludida Portaria diz que a providência deve ser adotada em todo o território nacional pelas pessoas jurídicas de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde. Não há como duvidar, então que o pronto-socorro municipal seja uma pessoa jurídica ‘envolvida em atividades hospitalares de assistência à saúde’, mesmo que não tenha a denominação específica de ‘hospital’. O objetivo claro da legislação é o de controlar as infecções tão frequentes durante a internação dos pacientes nesses estabelecimentos, ainda que seja por tempo mais reduzido como costuma acontecer nos pronto-socorros, porém com a passagem anotada de 18 mil pessoas por mês como ocorre em Suzano o perigo de infecção é evidente” (Tribunal de Justiça de São Paulo, 2º Câmara de Direito Público, Apelação Cível sem Revisão nº 708.726-5/3-00, 2007, Relator Desembargador Corrêa Vianna, g.n.).

⁹ Caso fortuito pode ser, por exemplo, qualquer infecção externa provocada por fatores endógenos ao próprio corpo do paciente, reconhecida por laudo pericial (TJMG, AC nº 419.473-0, Rel. Des. Sebastião Pereira de Souza). Em regra, porém, a demonstração do nexos causal entre a infecção e a internação hospitalar leva à responsabilidade civil (STJ – Rec.Esp. nº 662092. TJSP – Ap. com Rev. nº 2059914000, 4900484300, 4630484000, 1296444400, 3399044800, 2805774000, 2503615400, 3688685300 e 3397695400. TJRS – AC nº 70021430632, 70010691665, 70007729965 e 598384782; Agravo Inst. nº 70011760303. TJSC – AC nº 2005.040755-3 e 2000.007946-4. TJPR – Agravo Inst. nº 0183694-0 – Acórdão 3578. TJRJ nº 2008.001.26508 e 2008.001.31781; Agravo. Inst. nº 2008.002.06292. TJMG – AC nº 1.0105.04.129619-2/001, 2.0000.00.419473-0/000 e 1.0000.00.318062-7/000. TJDF – AC nº 19990110590725APC – Acórdão 244047. TRF – 4ª Região – AC nº 2002.71.00.014577-5 e 2001.04.01.020561-9).

Por fim, vale registrar que os médicos por vezes são responsabilizados individualmente pela infecção hospitalar e condenados a indenizar os pacientes e familiares, mas neste caso a responsabilidade civil é subjetiva e depende de comprovação de culpa.

Em um caso emblemático, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, ao analisar um procedimento de videolaparoscopia para redução estomacal em uma paciente obesa, intervenção cirúrgica que propiciou o surgimento de infecção hospitalar e levou à morte da mulher, reconheceu a responsabilidade civil do médico, condenando-o ao pagamento de dano material consistente nas despesas do funeral e de traslado do corpo e ao pagamento de dano moral, este último arbitrado no valor de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais). Para tanto, reconheceu a validade de provas colhidas na sindicância instaurada pelo Conselho Regional de Medicina, concluindo pela “extrema imprudência do réu, que decidiu submeter sua paciente à intervenção cirúrgica, a despeito do conhecido risco de infecção hospitalar, sem comprovada a real necessidade do procedimento (...); incumbe exclusivamente ao médico, sob pena de violação da ética profissional, optar sempre pelo tratamento possível de menor risco à incolumidade física do paciente (...), (não havendo) nos autos qualquer prova de que a falecida esposa do autor estivesse se submetendo a prévio tratamento medicamentoso para obesidade, conforme indicado pelo parecer do CREMERS. Ao contrário, conforme informação prestada pelo próprio recorrente, a primeira consulta ocorreu no início do mês de junho, ou seja, poucos dias antes da cirurgia, demonstrando cabalmente que nenhum outro tratamento foi ministrado, dando-se de imediato início às providências para a realização da videolaparoscopia” (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, 6ª Câmara Cível, Apelação Cível nº700.073.074-08, 2003, Relator Desembargador Carlos Alberto Álvaro de Oliveira).

Em outro caso, porém, apesar da paciente de 20 (vinte) anos de idade ter contraído infecção generalizada grave ao ser submetida a uma cirurgia cesareana, o que lhe provocou grande sofrimento, novas intervenções cirúrgicas e a perda da função reprodutora, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região afastou a responsabilidade civil dos médicos residentes, que foi solicitada pelo

Hospital (denúncia da lide – arts. 70 a 76, C.P.C.) sob a alegação de que agiram sem um médico preceptor, já que a prova “não indica a culpa dos residentes e esta é necessária para se falar em direito regressivo” (TRF – 2ª Região, Quinta Turma, Apelação Cível nº 1997.38.00.031952-5/MG, 2007, Relator Desembargador Fagundes de Deus).

O reconhecimento judicial da responsabilidade civil, objetiva no caso dos hospitais e subjetiva no dos médicos, é um fator a mais a ser considerado na análise das repercussões e implicações práticas das infecções em âmbito hospitalar, mas fica sugerida a polêmica, carecedora ainda de estudo mais conclusivo.

* **Reynaldo Mapelli Júnior**

Promotor de Justiça e Coordenador da Área de Saúde Pública do CAO (Centro de Apoio Operacional) Cível e de Tutela Coletiva do Ministério Público/SP

Referências bibliográficas

- AITH, Fernando. Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Direito sanitário e saúde pública. Brasília, 2003. 2 v.
- CARVALHO, Cristiano; MACHADO, Rafael Bicca; TIMM, Luciano Benetti. Direito sanitário brasileiro. São Paulo: Quartier Latin, 2004.
- DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIM, Antônio Herman V.; MIRAGEM, Bruno. Comentários ao código de defesa do consumidor. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.
- MARTINS JUNIOR, Wallace Paiva. Controle da administração pública pelo ministério público: ministério público defensor do povo. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.
- MAUÉS, Antonio G. Moreira; SIMÕES, Sandro Alex de Souza. Direito público sanitário constitucional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de extensão a distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura federal. Brasília, 2002.
- MAZZILLI, Hugo Nigro. Regime jurídico do ministério público. São Paulo: Saraiva, 1993.
- _____. A defesa dos interesses difusos em juízo. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- MONDIELLI, Eric. A evolução do direito da responsabilidade médica e hospitalar na França. Revista de Direito Sanitário, São Paulo: LTr, v.4, n.1, p. 11-40, mar. 2003.
- PEREIRA, Cláudia Fernanda de Oliveira. Direito sanitário: a relevância do controle nas ações e serviços de saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2004.
- RAMALHO, Marta de Oliveira; COSTA, Sílvia Figueiredo (Coord.). Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar, São Paulo: Apecih, 2007.
- STOCO, Rui. Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.
- ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Erro médico e infecção hospitalar. Revista de Direito Sanitário, São Paulo: LTr. v. 3, n. 2, p. 124-36, jul. 2002.

POSSIBILIDADES E LIMITES

Considerações sobre o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde

Fernando Aurélio Calligaris Galvanese *

A preocupação com a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS¹) é, pode-se afirmar com segurança, uma realidade mundial. Por outro lado, novos e antigos procedimentos diagnósticos e terapêuticos de risco se disseminam, praticados por profissionais bem treinados ou não e orientados por normas e rotinas nem sempre disponíveis quando delas se necessita ou – como a literatura científica não se cansa de registrar – frequentemente efetivados sem a atenção devida aos fatores de proteção, mesmo quando são eles tão conhecidos e elementares como a higienização das mãos.

É provável que a atenção hoje dedicada a esse assunto decorra da consciência, gradativamente adquirida não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pela sociedade como um todo, de que meios destinados à cura e à redução do sofrimento trazem em si, potencialmente, a capacidade de produzir efeitos diametralmente opostos. A aquisição dessa

1 A denominação tradicional – infecção hospitalar – ainda hoje utilizada, já não contempla a ampla gama de serviços assistenciais extra-hospitalares nos quais algum tipo de intervenção invasiva é praticado. Além disso ignora o fato de que mesmo processos terapêuticos aparentemente não invasivos e largamente praticados ambulatorialmente, como a administração oral de antibióticos, são capazes de romper o equilíbrio biológico existente entre o ser humano e sua microbiota, gerando, eventualmente, conseqüências danosas àquele. Assim, a terminologia aqui empregada – infecção relacionada à assistência à saúde – busca expressar de modo conceitualmente mais adequado o fenômeno que denomina. Mesmo assim, pela origem histórica do termo e pela consagração de seu uso, vez por outra nos referiremos à *infecção hospitalar*. Mas fica, desde já, consignada a ressalva.

consciência, por sua vez, é um processo complexo, porque envolve, além de conhecimento técnico, os valores éticos que mediam as decisões sobre a adoção de diferentes alternativas diagnósticas ou terapêuticas (e, portanto, de seus riscos intrínsecos), mas também a antevisão das eventuais consequências administrativas, civis e penais embutidas nessas decisões, quando o desfecho da assistência não é aquele pelo qual todos ansiavam.

Genericamente, os efeitos adversos originados da assistência à saúde envolvem o paciente, a equipe assistencial (em especial, o médico) e os recursos tecnológicos que intermediam as relações entre esses dois pólos. Tais recursos englobam desde os mais primários (porém não menos importantes), como a anamnese e o exame físico, até o mais sofisticado exame diagnóstico ou prática terapêutica e incluem, também, os processos de organização do trabalho assistencial. Quando se produz um efeito adverso, suas causas reais podem ser atribuídas às falhas dos mecanismos de mediação ou de quem os escolheu ou operou. Enquadra-se, nestes dois últimos casos, o chamado *erro médico*, resultado de negligência, imperícia, ou imprudência.

Essa generalização não cabe, porém, às IRAS. E isso porque o cenário acomoda um terceiro pólo: os microrganismos que naturalmente habitam o organismo humano e que o fazem em quantidade equivalente a dez vezes o número de células humanas que constituem cada exemplar da nossa espécie². De tal característica, fruto de convivência ancestral, resulta um equilíbrio frágil, cuja ruptura – causada por processos patológicos ou pela interferência representada por inúmeros meios de diagnose e terapia – pode levar a um processo infeccioso de gravidade variável, muitas vezes fatal. Ou seja, os riscos infecciosos necessariamente acompanham a realização de muitos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, principalmente aqueles mais invasivos e que mobilizam tecidos mais colonizados. Nesse sentido, as principais questões que se apresentam são determinar até que ponto tais riscos são preveníveis e o que é necessário fazer para evitá-los ou minimizar sua ocorrência.

2 Antônio Tadeu Fernandes e Nelson Ribeiro Filho. Infecção hospitalar: desequilíbrio ecológico na interação do homem com sua microbiota. In Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. A. T. Fernandes (Editor-Chefe). Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2000. p. 169.

No plano internacional, os primeiros – e tímidos – esforços para controlar as infecções hospitalares tiveram início entre o final da década de 1950 e o começo da seguinte, particularmente na Inglaterra e nos Estados Unidos. Desde então há registro de recomendações para a constituição de comissões voltadas à notificação e à investigação desses agravos e ao desenvolvimento de meios para controlá-los³. Foi porém nos anos 70 do Século XX que essas atividades ganharam grande impulso. Provavelmente a mais importante e conhecida iniciativa para a determinação das possibilidades e exigências para o controle das infecções hospitalares tenha sido o Projeto SENIC⁴, desenvolvido a partir de 1974 pelo CDC⁵. O SENIC tinha como objetivos medir a adesão dos hospitais dos Estados Unidos aos programas de controle de infecções que haviam sido recentemente desenvolvidos no país e determinar até que ponto tais programas haviam reduzido as taxas de infecção hospitalar. Esse amplo estudo concluiu que reduziram suas taxas de infecção em até 32% os hospitais cujos programas de vigilância e controle incluíam os seguintes componentes: 1) ênfase nas atividades de vigilância e vigorosos esforços de controle; 2) ao menos um controlador de infecção em tempo integral para cada 250 leitos; 3) um médico epidemiologista hospitalar treinado para o controle de infecções; e 4) para as infecções de sítio operatório, retorno das taxas de infecção para os médicos cirurgiões. Evidentemente, a implementação de tal conjunto de ações dependia fundamentalmente do empenho da diretoria do hospital. Adicionalmente, os dados proporcionados pelo Projeto

3 Antônio Tadeu Fernandes. O desafio da infecção hospitalar: a tecnologia invade um sistema em desequilíbrio. In *Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde*. A. T. Fernandes (Editor-Chefe). Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2000. p. 139-140.

4 *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control Project*. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV, CDC Planning Committee. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): summary of study design. *Am J Epidemiol* 1980;111:472.; Haley RW, Culver DH, White JW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in U.S. hospitals. *Am J Epidemiol* 1985;121:182-205.

5 *Centers for Diseases Control*, órgão governamental do sistema nacional de saúde dos Estados Unidos, responsável pela definição de diretrizes e pela coordenação das atividades de vigilância epidemiológica naquele país norte-americano.

SENIC contribuíram para cálculos de custo-efetividade e custo-benefício dos programas de controle de infecção. Apesar da variabilidade dos métodos utilizados para isso, todos os estudos disponíveis concluíram por benefícios aos hospitais⁶.

Nos últimos 20 anos, além da difusão e desenvolvimento do modelo de controle baseado nas comissões de controle de infecção hospitalar e em ações de vigilância desenvolvidas por técnicos de nível superior devidamente treinados, tem se consolidado a tendência à adoção de normas e rotinas assistenciais previamente validadas por estudos epidemiológicos consistentes. Esse binômio CCIH-normalização, quando recebe o suporte de uma diretoria efetivamente interessada, tem permitido aos serviços de saúde do mundo inteiro lograr avanços importantes no controle das infecções e, portanto, na segurança da assistência prestada à população.

Apesar disso, porém, e em razão da própria natureza do fenômeno, essa dinâmica de adaptação não se restringe à iniciativa humana. Pelo contrário, o desenvolvimento de tecnologias invasivas e a utilização de novos antibióticos geram, dialeticamente, uma espécie de pressão seletiva, que resulta em novos ciclos adaptativos dos microrganismos. Exemplos disso são a proliferação de bactérias, fungos e vírus que se tornam resistentes a antibióticos e quimioterápicos pelos quais eram até há pouco contidos e a emergência de certos micróbios, antes menos frequentes, identificados com infecções relacionadas a modernas práticas cirúrgicas, como recentemente ficou demonstrado na associação de micobactérias de crescimento rápido às infecções em videocirurgias. Esse caldo de cultura natural é sobremaneira enriquecido pela volumosa desatenção a alguns princípios básicos de controle, da qual os mais eminentes representantes são a baixa aderência dos profissionais de saúde às práticas adequadas de higienização das mãos e o uso abusivo de antimicrobianos.

Em decorrência desses vínculos intrínsecos e dinâmicos entre os atores das IRAS – agentes microbianos, hospedeiros humanos e instituições de

6 MMWR. 1992.41(42);783-787. Acessado em www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00017800.htm, em 14.10.2008.

saúde – e dos resultados dos estudos que investigaram o alcance das medidas de controle, o principal objetivo de um programa de controle de infecções não é a erradicação desse tipo de agravo, mas, como acertadamente define a lei federal que regula essa matéria no Brasil, “a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”.⁷

Um outro aspecto peculiar das infecções relacionadas à assistência à saúde é a falta de parâmetros confiáveis de comparação de resultados. Embora o monitoramento contínuo das ocorrências possibilite a construção de diversos tipos de indicadores de morbidade e de mortalidade, o fato é que tais indicadores são específicos da instituição em que foram obtidos e são dificilmente comparáveis com as mesmas classes de indicadores de qualquer outra instituição. Isso acontece porque os fatores de risco e de proteção envolvidos na causalidade das infecções variam enormemente de uma instituição para outra. Características da população assistida – gravidade, patologias de base mais prevalentes, faixa etária, sexo e outras – somam-se às da unidade assistencial: ambulatorial ou hospitalar; geral ou especializada; predominantemente clínica ou cirúrgica; com atendimento de emergências ou não; além das características do arsenal tecnológico e muitas outras. Se o conjunto de combinações derivadas desses fatores objetivos já é suficientemente grande para fazer de cada instituição um exemplar incomparavelmente único, junte-se a ele a imensa gama de variáveis sociais, econômicas, culturais, políticas e organizacionais igualmente envolvidas na constituição das diferentes populações atendidas e na definição das identidades institucionais. Mesmo as tentativas mais sérias e teoricamente validadas de aplicação de fatores de ajuste com a intenção de tornar comparáveis os indicadores entre diferentes instituições são expressões extremamente reducionistas, incapazes de traduzir a complexa realidade da qual se originam. Assim, o principal mérito desses indicadores reside na possibilidade de realizar comparações ao longo do tempo no interior de uma mesma instituição. Esse monitoramento

⁷ Lei 9431, de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

contínuo ou intermitente, porém ativo, da incidência das infecções, é ainda o método mais utilizado pelas equipes de controle para o acompanhamento da realidade sobre a qual se propõem a atuar.

Uma alternativa complementar de avaliação é o uso de indicadores de processo ou de estrutura. Nesses casos, as variáveis escolhidas são comparadas com parâmetros retirados da legislação ou de normas técnicas de ampla aceitação. A comparação entre diferentes instituições se dá de forma indireta, por meio da qualificação (ou quantificação) da adesão institucional às exigências técnicas ou legais. Por exemplo: a lei 9431/97 determina que “os hospitais do País são obrigados a manter Programa de Controle de Infecções Hospitalares – PCIH”; portanto, cada hospital pode ser avaliado quanto ao cumprimento da exigência e todos posteriormente agrupados segundo o status de adequação a ela, independentemente de qualquer outra característica da instituição ou da população por ela atendida.

Em resumo, infecções relacionadas à assistência à saúde constituem fenômeno marcado por múltiplas contradições. Quando uma pessoa adentra uma unidade ambulatorial ou hospitalar busca, invariavelmente, prevenir, identificar, curar ou mitigar algum dano à sua saúde. Ninguém deseja – e mesmo a razão hesita em admitir – a possibilidade de contrair uma infecção que antes não lhe ocorria. Ao mesmo tempo, a ninguém é facultado viver livre dos microrganismos que o integram e protegem, mas também, em algumas situações, o ameaçam. E os profissionais e as tecnologias que proporcionam o diagnóstico e a cura podem também ser veículos de invasão microbiana, doença e morte. Por outro lado, se esses agravos não podem ser erradicados, o controle é possível, apesar das dificuldades já expostas de quantificar e principalmente generalizar a redutibilidade da incidência. Por isso parece ser mais útil fazer uso de indicadores de estrutura ou de processo, que permitem ao investigador avaliar se a instituição adota mecanismos de controle cuja utilização já se mostrou associada à queda da frequência das infecções.

O controle das infecções associadas à assistência à saúde exige, como a ciência e a prática têm concordado em admitir, a participação dedicada de profissionais especializados nessa área. Porém é cada vez mais cristalina

a convicção de que o sucesso dos programas que têm esse objetivo depende fundamentalmente do compromisso e do conhecimento das equipes assistenciais, pelo simples e bom motivo de que são elas que mantêm os contatos diretos com os pacientes e seus familiares. Como também se escancaram as evidências de que nada disso se sustenta sem o empenho interessado e permanente das equipes de direção. Talvez menos evidentes sejam a importância e a premência de inserir a sociedade na discussão sobre os riscos da assistência à saúde. A nossa história das instituições de saúde privilegia o conhecimento formal e só recentemente tem se dado conta dos direitos dos pacientes, principalmente de sua autonomia, e do direito à saúde como um bem coletivo, que a todos compete zelar e proteger.

* **Fernando Aurélio Calligaris Galvanese**

Médico Fiscal do Departamento de Fiscalização do Cremesp. Médico Sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde de SP. Mestre em Saúde Pública (FSP/USP).

PARTE I

Um balanço negativo para os hospitais

Mais de 90% dos hospitais do Estado de São Paulo, públicos e privados, não cumprem pelo menos uma das exigências da legislação que trata do controle da infecção hospitalar.

Cerca de 92% dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) não atendem a pelo menos um dos itens obrigatórios de organização e funcionamento. Entre as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar avaliadas (CCIH), 82% não atendem a pelo menos um dos itens inspecionados. A legislação em vigor estabelece a existência de uma Comissão de Controle e detalha o Programa de Controle que deve ser executado por essa comissão.

Em 35,4% das instituições não há normas ou protocolos sobre a utilização de antibióticos e 49,4% não divulgam internamente informações e dados referentes ao controle desse tipo de infecção. Em pelo menos 28,1% dos hospitais não existia nas áreas críticas o acessório básico para reduzir esse tipo de infecção, a simples pia para lavar as mãos e o papel para enxugá-las.

Em 53,8% das instituições não havia membros executores definidos para o controle das infecções, 11,4% não tinha Comissão de Controle instituída e em 7,6% a comissão sequer existia.

Não se conhece o porcentual de pacientes vítimas desse descumprimento da lei, mas se sabe que a existência de uma Comissão de Controle organizada e atuante reduz entre 30% e 43% o número de casos desse tipo de infecção. São cifras reconhecidas por pesquisas nacionais e

internacionais. No entanto, no Estado de São Paulo, 82,3% das instituições não atendem simultaneamente ao rol de itens obrigatórios para funcionamento dessa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Sem esse cumprimento, não há como reduzir as taxas de infecção hospitalar.

Diagnóstico para propor correções

O quadro sobre a situação dos hospitais paulistas é resultado do mais amplo levantamento feito em parceria pelo Ministério Público do Estado e o Conselho Regional de Medicina. Dos 725 hospitais do Estado com mais de 19 leitos, não psiquiátricos e não asilares, 158 foram selecionados e visitados, em todas as regiões do Estado e de todos os perfis. “Foi certamente o maior trabalho nesse sentido, com a participação de 14 médicos fiscais”, diz Kazuo Uemura, coordenador do Departamento de Fiscalização do Cremesp.

O levantamento, denominado “Controle da Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo: diagnóstico da situação e proposta de ação conjunta”, se propôs a verificar se estruturas determinadas pela legislação existiam e se as ações vinham sendo seguidas. Embora o Ministério Público disponha de instrumentos jurídicos para ajuizar ações civis públicas e encaminhar os infratores à Justiça, a principal intenção do levantamento foi fazer um diagnóstico da situação, de forma a propor correções.

Dos 158 hospitais vistoriados por fiscais do Cremesp e cujos relatórios foram encaminhados aos promotores das respectivas comarcas, 70 tinham sido analisados e os resultados enviados ao Centro de Apoio Operacional do Ministério Público até 22 de setembro de 2009. Desses, apenas quatro foram arquivados de pronto. Em todos os outros, o promotor da comarca em questão encontrou algum indício de irregularidade (veja adiante, a situação em que se encontram o conjunto de hospitais já tiveram os relatórios avaliados).

Resumo dos pontos críticos encontrados na vistoria

A seguir, um resumo dos pontos mais críticos encontrados pelos fiscais do Cremesp na vistoria dos 158 hospitais selecionados.

92,4% dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares deixaram de atender a pelo menos um dos itens verificados

O estudo observou 10 itens considerados imprescindíveis na organização e no funcionamento de um programa de infecção hospitalar. Foi constatado que apenas 12 hospitais (ou 7,6% da mostra) atenderam simultaneamente a todos os itens.

Em praticamente metade dos hospitais visitados não existia um Programa de Controle de Infecção Hospitalares (PCIH) formalmente instituído. Foram encontradas as seguintes condições inadequadas de funcionamento:

- **49,4%** não divulgavam internamente informações e dados referentes ao controle da infecção hospitalar
- **46,2%** não contam com programas de treinamento de profissionais
- **45,6%** não têm formalmente um Programa de Controle de Infecções Hospitalares
- **43,0%** não definem um sistema de vigilância das infecções hospitalares
- **38,0%** não estabelecem um manual de orientação de prescrição de antibióticos
- **35,4%** não controlam a utilização de antibióticos
- **25,3%** não realizam vigilância de controle da infecção hospitalar áreas em críticas
- **21,0%** não estabelecem critérios formais de diagnóstico das infecções hospitalares
- **20,0%** não têm estratégias de controle de consumo de germicida e sabão
- **13,9%** não notificam ao sistema estadual de vigilância de infecção hospitalar

82,0% das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar não funcionam adequadamente em pelo menos um dos itens analisados

O funcionamento e a organização das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foram avaliados segundo oito itens obrigatórios que constam da legislação: existência da comissão, formalização da comissão, membros executores, membros consultores, infra-estrutura mínima, reuniões periódicas, regimento interno e participação na padronização dos materiais. Dos 158 hospitais visitados, 130 unidades deixaram de atender a pelo menos um dos itens. Foram encontrados os seguintes pontos problemáticos:

- **82,3%** não atenderam simultaneamente ao rol de itens obrigatórios para funcionamento da CCIH
- **56,3%** não participam da padronização de materiais
- **53,8%** não contam com quadro mínimo de integrantes necessários para a execução das ações de controle da infecção hospitalar
- **41,1%** não contam com estrutura mínima para o trabalho da comissão
- **31,0%** não realizam reunião periódica
- **24,1%** não têm membros consultores conforme a legislação
- **22,8%** não possuem regimento interno
- **11,4%** não têm comissão formalizada
- **7,6%** não contam com CCIH (a comissão não existe)

28,1% das instituições visitadas não possuem de forma adequada o conjunto para lavagem das mãos nas áreas críticas – pia com água corrente, sabão líquido e toalhas de papel

- **15,2%** das lavanderias não têm fluxo adequado – circulação de pessoas e roupas entre as “áreas sujas” e “áreas limpas”
- **46,8%** não contam com laboratório de microbiologia no local
- **50,7%** contam com laboratório de microbiologia à distância
- **2,5%** não têm acesso de nenhuma forma a um laboratório de microbiologia

31% das centrais de esterilização de materiais – instrumentos cirúrgicos e outros – não dispõem de barreiras que limitem adequadamente as “áreas sujas” e as “áreas limpas”

- **41,8%** não mantêm fluxos adequados de materiais ou pessoas no interior da central de esterilização
- **28,6%** não têm normas escritas na central de esterilização de materiais
- **20,9%** realizam práticas inadequadas de esterilização (uso de embalagens inadequadas, esterilização em estufa, pastilhas de formalina, etc) ou não mantêm controle dos prazos de validade da esterilização

23,4% dos hospitais desprezitam normas de biossegurança, não controlando registro vacinal dos profissionais – profilaxia para eventuais acidentes com material biológico

- **15,8%** não dispõem de normas de atendimento relacionadas aos acidentes profissionais com materiais biológicos

PARTE II

Uma avaliação seguindo a legislação

O trabalho de inspeção se iniciou por solicitação do Ministério Público Estadual ao Cremesp diante do número crescente de queixas de familiares e vítimas da infecção hospitalar. As duas instituições construíram um questionário para ser preenchido em visitas por fiscais treinados, promotores e médicos. Uma amostra dos hospitais foi selecionada, representando o conjunto das instituições. Dos 725 hospitais do Estado, aqui já excluídos aqueles com menos de 20 leitos, os psiquiátricos e os asilares crônicos, 158 foram selecionados e visitados. O equivalente a 21,8% do total, amostra considerada estatisticamente bastante confiável.

Em julho de 2007, o Departamento de Fiscalização do Cremesp, em colaboração com o MP, elaborou um projeto de trabalho, optando por uma avaliação das estruturas para o controle da infecção, tomando como referência a legislação a respeito. Entre os dispositivos que regulam o controle da infecção hospitalar está a Lei 9.431, de janeiro de 1997, “que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares”. A lei considera como programa o “conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”. A mesma lei define como infecção hospitalar “qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada

com a hospitalização”. A legislação também estabelece a criação da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. A portaria do Ministério da Saúde de número 2.616, de junho de 1998, detalha os dispositivos da manutenção do programa e a composição e ações da comissão (as legislações que tratam da infecção hospitalar encontram-se nos anexos dessa publicação).

Uma “epidemia” sem controle nem custos conhecidos

Os custos da infecção hospitalar no país são apenas estimativos, pois não há, mesmo nos EUA, uma taxa definida para o conjunto dos hospitais. Os índices podem ser maiores ou menores dependendo do perfil da instituição. A Organização Mundial de Saúde estima entre 5% a 15% a taxa de infecção hospitalar, considerando o conjunto dos hospitais. No Brasil, a estimativa vai de 5% a 10%.

Um primeiro estudo brasileiro¹ reconhecido sobre a prevalência das infecções foi realizado pelo Ministério da Saúde em 99 hospitais terciários, com um número de leitos entre 100 e 299 leitos. A partir da observação em um único dia, chegou-se a uma taxa de pacientes com infecção hospitalar de 13%, enquanto o índice de infecções hospitalares atingiu 15,5%. Considere-se o fato de que hospitais terciários recebem pacientes em estados mais graves, e que alguns pacientes adquiriram mais de um tipo de infecção hospitalar.

Estudo realizado com pacientes idosos internados em um hospital universitário² verificou que a taxa de mortalidade por infecção hospitalar era de 22,9%, enquanto o índice de letalidade dos pacientes internados era de 9,6% – aqui se destaca o fato de que a infecção hospitalar, nesse grupo debilitado de pacientes, matava mais que a doença que levou à sua internação.

1 AMB e CFM, Sociedade Brasileira de Infectologia. Projeto Diretrizes. Prevenção da Infecção Hospitalar, 2001. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/065.pdf; consultado em 20/07/2007.)

2 Prade SS, Oliveira ST, Rodrigues R e al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. Rev. Controle Inf. Hosp 1995; 2 : 11-25.)

O número de pacientes vítima de infecções por ano, no Brasil, pode ser apenas estimado. Segundo dados do Datasus, foram registradas no país cerca de 11,16 milhões de internações, em 2005, nos hospitais públicos e conveniados, incluindo-se aqui psiquiátricos e asilares crônicos. Tomando como referência uma taxa de infecção hospitalar entre 5% e 10%, têm-se que o número de vítimas da infecção hospitalar nessas instituições ficaria entre 580 mil e 1,16 milhão de casos por ano.

Dados da AMB, CFM e Sociedade Brasileira de Infectologia estimam que uma infecção hospitalar cresce, em média, 5 a 10 dias ao período de internação. O CDC, Centro para o Controle de Doenças de Atlanta (EUA), baixa esse número para quatro dias, resultando num gasto adicional de U\$ 1.800 por paciente, naquele país.

No Brasil, considerando números conservadores como 800 mil casos de infecção hospitalar por ano (média entre as taxas de 5% e 10% de infecção), e estimativa de 5 dias adicionais por paciente por conta dessa infecção, teríamos 4 milhões de dias de internação atribuídos à infecção adquirida no sítio hospitalar.

Considerando que o SUS está pagando R\$ 30,00 por AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) os custos com infecção hospitalar atingem R\$ 120 milhões por ano. Só os gastos com antibióticos, que em muitos casos de infecção hospitalar são os mais caros, atingiriam R\$ 500 milhões anualmente. Isso sem contar as perdas indiretas, como dias de trabalho, nem as subjetivas, como a dor e a própria morte. Também não entra nesses cálculos a fatia representada pela saúde privada e suplementar, que atende em torno de 40 milhões de brasileiros, embora as enfermidades mais severas e prolongadas caiam na rede SUS – o que não quer dizer que as instituições privadas fujam dessa média de infecções hospitalares. Sem diagnóstico e número precisos, alguns especialistas chegam a falar em R\$ 5 bilhões os gastos decorrentes da infecção hospitalar no Brasil, por ano.

Nos Estados Unidos, dados dos anos 1990, indicam um prejuízo de até R\$ 100 bilhões anuais, com os cerca de 80 mil óbitos em 30 milhões de internações.

Cálculo mais incerto ainda é o da mortalidade associada à infecção hospitalar, já que dificilmente um profissional marcará no atestado de óbito esse tipo de infecção como causa da morte, pois tanto ele como a instituição estariam reconhecendo falhas nos serviços e se sujeitando a penalidades tanto por parte da Vigilância Sanitária quanto dos Conselhos Regionais de Medicina. Esta estimativa, que já chegou a 70 mil mortos por ano, estaria hoje em torno de 40 a 50 mil, depois de um salto no início dos anos 1990 por conta do empobrecimento da rede hospitalar.

Para a Anvisa, Comissões são o maior problema

Sem números confiáveis quanto às taxas de infecção, a Anvisa toma como referência o cumprimento da legislação vigente, critério pelo qual, aliás, também se pautou o Cremesp e o Ministério Público no trabalho em questão. Porém, diferentemente da atual pesquisa, que selecionou uma amostra de hospitais e fez um vistoria ativa, as vigilâncias sanitárias locais e estaduais verificam a atuação das Comissões de Infecção durante o processo de liberação de funcionamento ou para a renovação dos mesmos – ou quando achar necessário.

Segundo a Anvisa, o problema mais comumente encontrado é a operação das CCIH que, mesmo quando formalmente constituídas, não apresentam um programa das ações necessárias. A Agência estima que “50% dos serviços de saúde com internação no país possuem CCIH com maior ou menor grau de atuação”, mas que não vem sendo observado “um aumento progressivo nesses dados”.

A atual pesquisa Cremesp-MPE revelou que no Estado de São Paulo – o mais rico da Federação – 19,0% das instituições não tinham CCIH formalizada ou simplesmente não contavam com comissão. Quando se consideram os itens obrigatórios para o funcionamento da CCIH, a pesquisa constatou que 82,3% dos hospitais não atenderam simultaneamente ao conjunto desses requisitos – por exemplo, a padronização de materiais ou o quadro mínimo de pessoal para a execução das ações de controle.

A Anvisa cita a mais recente das pesquisas de que participou, realizada em 2006 em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da USP. O estudo

analisou a realidade funcional de 4.148 hospitais do país e revelou que 76% deles (ou 3.152) possuem comissão de controle de infecção hospitalar.

Ainda de acordo com a pesquisa, a vigilância das infecções hospitalares é realizada em 77% das instituições e 49% dos hospitais desenvolvem programas permanentes de controle. Porém, apenas 33% deles adotam medidas de contenção de surtos.

Segundo a Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária divulgada pelo IBGE em 2006, um total de 4.578 estabelecimentos de saúde, com serviço de internação, possuem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sendo 1.427 públicos e 3.151 privados. Naquele ano, segundo dados do IBGE, havia no país 55.328 serviços ambulatoriais, entre eles 7.155 com serviço de internação. Significa que 64,0% dos serviços com internação no Brasil tinham uma CCIH.

O Sistema Sinais e a Rede RM

Além de sua ação reguladora, a Anvisa disponibiliza o Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (Sinais). O objetivo é oferecer aos gestores de saúde e hospitais brasileiros um instrumento para o aprimoramento das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Além disso, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – e com a Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB/SVS/MS –, a Anvisa tem instituído medidas para monitorar e controlar a resistência microbiana em serviços de saúde. Dentre essas medidas, destaca-se a criação da “Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM”. Esta Rede tem como principal objetivo tornar a assistência à saúde mais efetiva por meio do uso adequado de antimicrobianos e da detecção, prevenção e controle da emergência de resistência microbiana em serviços de saúde no país. A Rede é constituída por Hospitais Sentinela (Laboratórios de Microbiologia e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar), Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, Comissões Estaduais e Municipais de Controle de Infecção Hospitalar e diversos colaboradores.

No anexo desta publicação estão os objetivos e as ações da Rede RM, assim como o funcionamento do Sinais, o Sistema Nacional de Informações para o Controle em Serviços de Saúde.

Um debate necessário

A divulgação dos resultados da pesquisa do Cremesp–MP provocou manifestações por parte de órgãos como a Secretaria de Saúde do Estado e o Sindhosp, sindicato que reúne os hospitais privados no Estado de São Paulo, além de especialistas e associações que tratam do tema. Como se pretendia, o principal objetivo foi atingido — a esboço de um diagnóstico e a abertura de um debate sobre o tema.

A principal discordância vem da Secretaria da Saúde, alegando que a pesquisa pesou itens que “não têm impacto direto no controle efetivo (da infecção hospitalar) como, por exemplo, falta de sala, computador ou telefone e ausência de laboratório de microbiologia no hospital”. A equipe do Cremesp e do MP consideram que, diante da tecnologia disponível, e dos inúmeros itens em questão quando se trata de infecção hospitalar, pouco se pode fazer sem um computador e um telefone. Da mesma forma, 2,5% dos hospitais não tinham laboratórios de microbiologia, nem no local, nem em instituição externa, o que impede qualquer avaliação de contaminação no ambiente e conseqüente prevenção. A nota oficial da Secretaria de Estado destaca o fato de que 92,6% dos hospitais da amostra têm CCIH e 88,6% têm comissões formalizadas. O Ministério Público e o Cremesp consideram que tal situação não é admissível em nenhuma das instituições, públicas ou privadas, pois coloca a saúde das pessoas em risco.

Dante Montagnana, presidente do sindicato que reúne os hospitais não-públicos, critica o fato de a pesquisa apresentar resultados de um levantamento feito e divulgado depois de 14 meses. “Quando o resultado foi anunciado, muitos deles já tinham corrigido suas falhas”, ele diz. A proposta da auditoria não era, e não é, apontar as instituições que descumpriam a legislação, mas ressaltar as regras estabelecidas pela legislação que não vinham sendo seguidas. Se nesse tempo alguns hospitais passaram a cumprir certas normas, outros certamente deixaram de segui-las.

Todos os estudos mostram que a tendência das instituições é negligenciar procedimentos que não têm visibilidade nem vigilância, especialmente aqueles que implicam em custos.

A manutenção de uma comissão de controle de infecção hospitalar atuante custa, em média, quatro vezes menos que o tratamento das infecções adquiridas no sítio do hospital – levando em conta medicação e o tempo maior de internação, sem avaliar custos subjetivos e indiretos, como a perda de dias de trabalho, a dor e a própria morte. Dois estudos que ainda serão citados, o Senic norte-americano, e outro da Unifesp, mostraram que uma CCIH efetiva reduz entre 30% e 43% os casos de infecção na instituição.

A busca por um ambiente hospitalar mais seguro

A APECIH, Associação Paulista de Epidemiologia Hospitalar e Controle de Infecções Relacionadas à Saúde, criada em 1987 e uma das mais respeitadas do país, encaminhou nota ao Cremesp estranhando o alto número de hospitais com deficiência em suas políticas de prevenção, considerando que instituição já treinou cerca de 15 mil profissionais nessa área.

A nota, assinada pela presidente Vera Lúcia Borrasca e a vice Rosana Richmann, informa que o número de hospitais que adotam normas de prevenção vem crescendo muito nos últimos anos. E chama a atenção para o fato de que “o controle das infecções não depende exclusivamente do grupo que atua no serviço”, mas do “envolvimento da alta administração da instituição, garantindo estrutura mínima de segurança para o exercício das boas práticas de higiene e segurança e propiciando ambiente de interação entre as equipes que prestam cuidados direto ao paciente e as equipes de controladores de infecção”. A nota considera fundamental “esclarecer a população, em sua grande maioria sem poder de escolha do serviço de saúde, que há um grande e contínuo movimento por parte de profissionais dedicados em sua tarefa de tornar o ambiente hospitalar o mais seguro possível”.

Rúbia Aparecida Lacerda, professora associada da Escola de Enfermagem da USP e especialista no ensino e pesquisa do controle de infecção hospitalar, ressalva que a avaliação feita pelo Cremesp e Ministério Público

é estrutural, não processual. Este modelo de avaliação “verifica se o que está previsto em lei vem sendo cumprido e se a instituição dispõe do que está pedido. Não é uma avaliação processual, que avalia a forma como se dá o controle”, ela diz. “A avaliação processual é a que vem sendo mais largamente aceita no Brasil e no mundo, e é também a mais difícil”, diz a professora, em carta enviada ao Cremesp.

Além disso – diz a professora –, “é amplamente sabido que a legislação vigente para o controle dessas infecções encontra-se desatualizada, estando sob estudo para sua nova instituição, e com demandas para que ela inclua avaliações processuais”.

Um incentivo às avessas

Segundo a Associação Brasileira de Controle da Infecção Hospitalar, a questão, no país, estaria especialmente no sistema de reembolso, que paga pelos custos da assistência, não pela prevenção. “Olhando deste ponto de vista, o controle da infecção não é um bom negócio, pois a instituição recebe pelo tratamento, não para comprar papel toalha e manter profissionais nas comissões de controle de infecção hospitalar”, diz o médico Antonio Tadeu Fernandes, presidente da Associação, especialista e professor de pós-graduação nessa questão. “Nosso sistema de saúde paga pelo que você faz, não pelo que você evita. As instituições, públicas e privadas, ganham dinheiro com o tratamento de uma infecção, mas não recebem nada por implantar programas de controle de infecção hospitalar. Controlar a infecção não é um bom negócio”, ele diz.

Tadeu Fernandes diz já começa haver uma formação de profissionais no controle da infecção hospitalar, mas que tal atividade é essencialmente multiprofissional, exigindo ações por parte dos médicos, dos enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e dos administradores. Segundo ele, já se notam ações nos hospitais de ensino, mas que são ainda bastante tímidas diante da seriedade e amplitude das ações. “Acho que todas as faculdades deveriam ter uma disciplina de controle de infecção, porque o ensino dessa questão fica disperso entre vários departamentos, e ninguém acaba assumindo efetivamente seu ensino”, ele diz. “Pois não se trata apenas de um problema de

infectologia, mas também de administração, de economia da saúde, de medicina preventiva, de enfermagem.” Segundo o presidente da Associação, já há profissionais de diferentes áreas como infectologia, enfermagem médico-cirúrgica, microbiologia e até medicina preventiva realizando trabalhos importantes nessa área. “A produção científica sobre infecção hospitalar no Brasil é de boa qualidade. Falta investimento e implementação”, conclui.

O professor relata que a Associação fez um “chat” na Internet a respeito e constatou que, mesmo nos locais onde há uma Comissão de Infecção Hospitalar instaurada, seus membros não estão sabendo fazer a gestão dos trabalhos. Na sua opinião, as entidades e instituições deveriam produzir documentos que serviriam de guia para as comissões, o que não vem ocorrendo. Sem documentos, sem avaliação das ações, fica difícil comprovar a efetividade dos trabalhos, o que demonstra a necessidade de uma gestão nas ações de controle da infecção hospitalar. Se não há compreensão das ferramentas de controle por parte das instituições públicas e seu papel nas administradoras hospitalares, fica difícil sensibilizar o médico e o enfermeiro para essas questões.

O desafio da superlotação

A tese de mestrado do professor Tadeu Fernandes considerou os grupos de hospitais públicos e privados, e encontrou poucas variáveis quando se tratava da estrutura das comissões de controle da infecção hospitalar. “No hospital público – ele diz – tem muita ingerência política, dificultando a continuidade administrativa; uma comissão que vem mostrando bons resultados acaba sendo trocada por outra, e tudo começa do zero”.

Outra evidência do trabalho foram os efeitos da superlotação registrada e conhecida tanto nos hospitais públicos quanto nos conveniados à medicina suplementar. “A equipe tem que optar entre realizar uma manobra que pode salvar uma vida, e lavar as mãos, deixando de seguir o que prescreve o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. “As notícias na imprensa mostram que os surtos de infecção hospitalar, além desse caso da micobactéria, são berçários, UTIs neonatais e de adultos, sítios sempre relacionados à superlotação.”

O processo é muito rápido. Dentro de uma unidade, uma cepa se torna resistente a um desinfetante, o que invalida o processo de lavagem das mãos. Até que se constate a disseminação desse vírus, outras áreas podem ser contaminadas. Se o hospital não contar com uma Comissão de Controle atuante, e laboratório para detecção imediata, a infecção pode se alastrar. “Muita gente se contaminou por conta da demora ou inexistência desse processo”, diz o presidente da Associação Brasileira de Controle de Infecção Hospitalar.

Uma aliança mundial pela defesa do paciente

Diante do grande número de doentes vítimas da falta de cuidados nos espaços hospitalares, a Organização Mundial da Saúde, OMS, criou o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety). Estabelecida em outubro de 2004, sua criação contou com a participação de inúmeras organizações internacionais e definiu como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais.

Nesse processo, em 2005 a OMS identificou seis grandes áreas de atuação, entre elas o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”.

Neste mesmo ano, a The Joint Commission, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a Joint Commission International, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”.

Seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente foram estabelecidas. A “identificação correta do paciente”, a “melhor efetividade entre profissionais da assistência”, “melhoria na segurança nas medicações de alta vigilância”, redução do risco de lesões aos pacientes por conta de quedas, e a “redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde”, item no qual se encontram as infecções hospitalares. As recomendações da OMS, reforçadas pela Anvisa, observam que ‘lavar as mãos é a medida preventiva mais importante’, assim como o monitoramento e

controle dos antibióticos, cujo excesso pode levar a cepas resistentes de microorganismos. (Nos textos que se seguem, esses itens voltarão a ser detalhados.)

Uma vasta literatura médica alerta para a importância da lavagem ou higienização das mãos. Sabe-se, por exemplo, que a pele das mãos alberga, principalmente, duas populações de microorganismos; os pertencentes à microbiota residente e à microbiota transitória.

As duas podem ser removidas com higienização das mãos com água e sabão, com absoluto cuidado e o uso de solução antiséptica adequada, já que não se sabe quais dos microorganismos o profissional está portando. Infecções hospitalares por esses agentes ocorrem também em atos não invasivos e mais simples, como medindo a pressão, o pulso, realizando exame físico, tocando objetos ou o leito do paciente. Em procedimentos como coleta de sangue – sem falar nas cirurgias e emprego de cateteres – essa contaminação ocorre com maior facilidade.

O paciente exposto

Para que haja a transmissão da infecção no ambiente hospitalar são necessários três elementos: fonte de infecção, hospedeiro susceptível e meios de transmissão.

A fonte de infecção pode ser outro paciente, funcionários, profissionais que têm contato com o doente direta ou indiretamente, além de visitantes. Também são fontes de infecção os objetos inanimados do ambiente hospitalar, incluindo equipamentos e medicamentos.

O hospedeiro susceptível são pacientes com alguma deficiência imunológica, aqueles que estejam realizando procedimentos invasivos, ou debilitados por aspectos nutricionais. Ou ainda vítimas de colonização com bactérias do ambiente hospitalar.

O meio de transmissão mais comum é o contato, mas também pode se dar por gotículas, vias aéreas e vetores.

PARTE III

A construção do modelo de avaliação

A construção do modelo de avaliação, assim como a definição dos itens a serem observados, foi feita conjuntamente pelo Ministério Público e pelo Cremesp. O propósito inicial do MP era uma inspeção em todos os hospitais, o que foi descartado pelo grande número de instituições e o tempo que exigiria. Optou-se então por uma amostra representativa que acabou correspondendo a cerca de 22% do total de hospitais do Estado, excluindo-se aqueles com menos de 19 leitos, os psiquiátricos e os asilares crônicos.

Outro questionamento foi a metodologia de avaliação. De início, descartou-se qualquer comparação por índice de infecção hospitalar, considerando que o resultado depende de cada instituição, do perfil dos serviços que oferece e dos pacientes que recebe. O ideal seria o seguimento do índice em cada instituição, ao longo de meses, o que também foi considerado inviável.

As equipes do MP e o Departamento de Fiscalização do Cremesp decidiram pelo critério estrutural, e não processual. “Optamos por avaliar a estrutura, de acordo com as exigências da lei 9.431 (de 2007) e da portaria 2.616 (de 2008) que estabelecem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), determinam como deve ser constituída e as funções que deve cumprir”, diz Fernando Aurélio Calligaris Galvanese, médico fiscal do Cremesp e um dos que estiveram à frente dos trabalhos.

A opção pela avaliação da estrutura e não do processo traz algumas limitações, reconhece o Cremesp. Por exemplo, a inexistência formal de

uma Comissão, exigida pela portaria, pode refletir uma negligência do hospital, mas não necessariamente significa que ela não exista, que não esteja atuando, ou que não faça as reuniões previstas. Já a inexistência de barreiras entre áreas limpas e contaminadas, a falta de membros executores do Programa, ou a ausência de protocolos para o uso de antibióticos, por exemplo, são omissões que trazem riscos concretos à saúde do paciente. Uma avaliação mais precisa exigiria a presença de um fiscal no local ao longo de dias ou semanas. Essa impossibilidade fez com que alguns itens menos ou mais relevantes fossem avaliados com o mesmo peso, o que não invalida o fato de que a legislação não vinha sendo cumprida.

A opção pela vistoria em uma amostra, e não no conjunto dos hospitais, fez com que os resultados extraídos e apresentados levassem em consideração apenas o critério de natureza da instituição, se pública ou privada. Avaliar e classificar os hospitais por critérios como localização geográfica, com UTI ou sem, de ensino ou não, separá-los pelo número de leitos, se cirúrgicos ou clínicos, se tinham pronto-socorro ou não, poderia levar a distorções nos resultados.

O papel do Ministério Público

A Constituição Federal, em seu artigo 129, estabelece que um dos objetivos do Ministério Público é zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública, entre outras funções. A mesma Constituição, no artigo 197, conceitua que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde”. Portanto, cabe ao MP zelar para garantir que as autoridades executoras de fato ofereçam serviços que a Constituição e a lei mandam que sejam proporcionados aos cidadãos. Para a defesa em juízo dos interesses difusos e coletivos indisponíveis, o MP tem legitimidade para o ajuizamento de ação civil pública.

“Nosso propósito era identificar o descumprimento da lei, mas antes de solicitar punições por meio de uma ação civil pública, o objetivo era educar e corrigir esses problemas, porque a infecção hospitalar está sempre presente e precisa de uma fiscalização constante”, diz Reynaldo Mapelli Júnior, Promotor de Justiça e Coordenador da Área de Saúde Pública do

Centro de Apoio Operacional (CAO) Cível e de Tutela Coletiva do Ministério Público do Estado. A partir do número crescente de queixas que chegavam ao MP, a infecção hospitalar foi elencada como um dos temas prioritários para o biênio 2009–2010. “Impossível se pensar em uma política pública de redução das infecções hospitalares se o Poder Público não tem sequer um diagnóstico da situação”, diz Reynaldo Mapelli.

O descumprimento dos cuidados relativos à infecção hospitalar também pode ser punido como infração sanitária e mesmo de ética médica, quando envolve omissão por parte do profissional. A resolução 48 da Anvisa – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária —, de 2 de junho de 2000, traz um roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar, definindo procedimentos que as instituições devem adotar. Segundo Fernando Galvanese, o Roteiro de Inspeção do Controle de Infecção Hospitalar da Anvisa divide as ações em diferentes riscos potenciais. No primeiro item estão as ações classificadas de “imprescindíveis”, I; no segundo, as “necessárias” N. Nos dois casos, as instituições têm um prazo para adequação e podem receber punições administrativas estabelecidas na legislação sanitária, que prevê inclusive a interdição do local. Na terceira classificação estão ações “recomendáveis”, R; e por último, as “informativas”, INF. Nesses casos, as instituições são orientadas para as devidas correções.

A resolução traz um roteiro de inspeção detalhado que permite à própria comissão do hospital avaliar os procedimentos e tomar as medidas corretivas. “É um roteiro claro e prático, que pode ser seguido pelas instituições com bons resultados no controle da infecção hospitalar”, diz Galvanese. Outra diferença é que o roteiro da Anvisa está mais voltado para as ações, ou processos. “A intenção do Cremesp e do MP, no entanto, era conhecer de fato o que acontece nos hospitais do Estado”, diz Fernando Galvanese.

“Um mau negócio”

Uma das fragilidades do instrumento da Anvisa estaria na própria estrutura do SUS, que por ser única e descentralizada, deixa sob um mesmo comando – o executivo, ou o secretário municipal e estadual de saúde, por exemplo – a função de administrar os hospitais públicos ao mesmo tempo

que vistoria suas atividades, devendo punir suas próprias instituições que não cumprem a legislação. Duplicidade de funções que dificilmente se afinam.

Antonio Tadeu Fernandes, presidente da Associação Brasileira de Controle da Infecção Hospitalar, reforça que o sistema de reembolso de custos de assistência praticado no Brasil desestimula as ações de prevenção. “Quando você tem por trás uma operadora pagando, ou um sistema público de saúde, tudo que você gasta para tratar o paciente é teoricamente reembolsado”, ele afirma. “Mas nada do que você consome para prevenir, o hospital recebe de volta. Então, pode parecer que controlar a infecção não é bom negócio.”

Fernandes lembra que estudos norte-americanos demonstram que quando se tem uma comissão de infecção hospitalar atuante há uma economia quatro vezes superior àquilo que se investe. “Mas se você for analisar cada instituição em particular, ela perde dinheiro, porque ela deixa de ganhar com os custos do tratamento da infecção e não recebe nada por implantar programas de controle.” Esse mesmo sistema incentiva as instituições a reutilizarem materiais que seriam descartáveis, aumentando o risco de infecções.

Definindo o roteiro de inspeção

Assim que o Departamento de Fiscalização do Cremesp recebeu a incumbência de fazer um levantamento da situação da infecção hospitalar, em julho de 2007, o então chefe do Departamento de Fiscalização Paulo de Tarso Puccini elaborou um roteiro de trabalho. “O roteiro foi discutido por toda a equipe e em seguida apresentado a um consultor, o professor Eduardo Sérulo de Medeiros, da Unifesp. Em seguida se iniciou o treinamento dos médicos fiscais, de forma que a pesquisa em campo fosse homogeneizada”, diz Galvanese.

Desde 1999, quando a Promotoria do Estado criou um grupo para cuidar especificamente da saúde pública, o MP e o Cremesp já fizeram várias ações conjuntas. Cerca de 30% das fiscalizações que o Conselho Regional de Medicina faz em hospitais, vem de denúncias que chegam ao Ministério Público.

“O grande diferencial é que esse trabalho é uma ação conjunta das duas instituições para verificar o controle das infecções hospitalares em todo o Estado de São Paulo”, diz o promotor Reynaldo Mapelli. É a primeira vez que uma parceria desse porte se realiza, diz. Normalmente, um promotor de Justiça da área da saúde instaura um inquérito civil, que é um instrumento de investigação, solicita o apoio técnico do Cremesp, já que as ações, em geral, tratam de temas médicos, como medicamentos, tecnologias novas, erro médico, além de vistorias nas instalações. O Cremesp, por sua vez, sempre que verifica uma situação grave em uma instituição, envia um relatório ao MP, diz Mapelli.

Saúde pública é a prioridade

Uma inspeção piloto foi feita inicialmente em um hospital de São Paulo, que já tinha sido autuado quanto ao controle das infecções hospitalares. Profissionais das duas equipes fizeram uma nova inspeção, verificando todas as áreas e testando o roteiro de itens a serem verificados. Em seguida se procedeu à seleção da amostra aleatória de 158 hospitais, de forma que fosse a mais representativa, e deflagrada a vistoria ao mesmo tempo, tanto na Capital como no Interior, explica Mapelli.

Feita a inspeção, os 158 relatórios foram encaminhados ao Ministério Público que, por sua vez, vem acompanhando as medidas adotadas pelo promotor de cada comarca, sempre com o apoio técnico das regionais do Cremesp.

O descumprimento das lei 6.377/97 e da portaria 2.616/98, que tratam do controle da infecção hospitalar, prevê desde a sanções individuais – por exemplo, o diretor do hospital que não tomou as providências pode estar sujeito a pena de detenção – até multa que pode variar de R\$ 2 mil a R\$ 1,5 milhão. A interdição, embora prevista também no regulamento da Vigilância Sanitária, é sempre avaliada diante do interesse da saúde pública. Mesmo em face de falta grave, é feito um auto de infração, o responsável pelo serviço é comunicado e recebe um prazo para resolver ou informar o que vem sendo feito.

O Ministério Público segue caminho próprio, buscando primeiro ajustes administrativos e, posteriormente, uma ação civil pública, que já é

o ajuizamento de um processo investigativo. Na impossibilidade de resolver de uma forma administrativa, a ação é encaminhada ao Poder Judiciário e caberá ao juiz estabelecer prazos e punições.

“Já temos alguns promotores que arquivaram alguns casos, por não ver irregularidade. Outros instauraram inquéritos civis para apurar os problemas elencados pelo Cremesp. E já temos promotores que ampliaram inclusive o leque de observação, incluindo outros hospitais da região, para que visitas sejam feitas”, diz o Reynaldo Mapelli.

Irregularidades dos serviços

Dos 158 relatórios encaminhados pelos fiscais do Cremesp aos promotores das comarcas em abril passado, o Centro de Apoio Operacional do Ministério Público tinha recebido informações de 70 deles – ou 44,30%, até 22 de setembro.

Desses 70, apenas 4 (ou 2,53%) foram arquivados diretamente. Em todos os outros, o promotor da comarca em questão encontrou algum indício de irregularidade.

Entre os outros 66, três deles (1,90%) se transformaram em portarias de Procedimento Preparatório de Inquérito Civil. Nesses casos, o promotor entende que há evidências de irregularidade e solicita mais documentos, seja ao hospital, seja uma nova fiscalização do Cremesp, do Conselho Regional de Enfermagem. Pode também oficializar a Vigilância Sanitária para que faça nova vistoria. Para o Procedimento Preparatório, o promotor costuma dar prazo de 90 dias, prorrogável por uma vez. Depois, ele poderá tanto arquivar o caso como dar início formal a uma Ação Civil Pública.

Dos três Procedimentos Preparatórios instaurados, um foi posteriormente convertido em Inquérito Civil.

Nos outros 63 casos, o promotor entendeu que havia irregularidades e determinou providências para a investigação, podendo oficializar o hospital, os fiscais do Cremesp, do Coren, assim como a Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse andamento, ainda dentro do inquérito administrativo, o promotor pode fazer um Termo de Ajustamento de Conduta em comum

acordo com o hospital, ou expedir uma recomendação, solicitando à instituição hospitalar que tome as providências em questão.

Se ainda assim o promotor considerar que as irregularidades persistem, o Inquérito Civil será transformado em Ação Civil Pública e encaminhado ao Poder Judiciário, já com recomendação de penalidades a serem aplicadas.

Quanto aos outros 88 relatórios, os promotores ainda não concluíram as averiguações, ou não comunicaram o resultado ao Centro de Apoio Operacional.

Um resumo dos números até 22 de setembro de 2009

Dos **158** relatórios encaminhados aos promotores das comarcas, 70 foram devolvidos ao Centro de Apoio Operacional do Ministério Público

- **4** foram arquivados
- **3** deles se transformaram em portarias de Procedimento Preparatório de Inquérito Civil
- Em **63** foram encontrados indícios de irregularidades e iniciado Inquérito de Ação Civil Pública

“Monitoramento constante”

Segundo Reynaldo Mapelli, “os promotores estão agora investigando a infecção hospitalar com a peculiaridade de cada cidade, ampliando o número de hospitais com o auxílio do Cremesp”. Essa parceria continua, pois a “própria concepção do trabalho é de um monitoramento constante”. “Não é uma coisa que se encerra aqui, até porque as situações se alteram. A infecção hospitalar você nunca zera, e esta é a realidade dentro de qualquer unidade hospitalar.”

A vantagem dessa parceria é que, enquanto o Cremesp tem a capacidade técnica de organizar uma inspeção em quesitos amplos e especializados, o MP tem instrumentos jurídicos para obrigar o hospital a corrigir os problemas. Para isso, não existe um prazo legal. “O que há são instrumentos que a lei dá ao promotor para atuar antes mesmo da

instauração de um inquérito civil. Por exemplo, a primeira tentativa é a resolução do caso em ‘sede administrativa’, onde o hospital, reconhecendo os problemas, assinará um TAC, um Termo de Ajustamento de Conduta, no qual se propõe a tomar medidas num determinado tempo”, diz Mapelli. Se não houver esse entendimento, o MP tem o recurso do inquérito civil público. “Por exemplo, diante das informações fornecidas por um hospital, o promotor pode tanto se convencer de que é o caso de arquivamento, quanto solicitar novos esclarecimentos e mesmo novas vistorias.” A lei da ação civil pública fala em dez dias de prazo, mas os promotores adotam o princípio da razoabilidade. Se o caso exige obras ou reorganização das rotinas, o prazo pode se estender por 30 dias ou mais. Se for a simples falta de sabão nos lavatórios, 24 horas são suficientes, diz o promotor.

Caso a ação civil pública resulte num encaminhamento ao Poder Judiciário, o juiz estabelecerá prazos de cumprimento ao hospital em questão, definindo multa cominatória para determinado período de tempo.

“Interdição ética”: exemplo gaúcho

Além das ações da Vigilância Sanitária, do Ministério Público, do Cremesp, e mesmo de instituições médicas que oferecem selos incentivando e cobrando um melhor controle na infecção hospitalar, um outro recurso vem sendo empregado pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Trata-se da “interdição ética”, quando o Conselho se vale de sua competência para punir os profissionais que estão exercendo suas atividades em locais desprovidos de condições de segurança mínima, colocando a vida do paciente em risco. Desta forma, o CRM-RS passou a interditar a atividade de médicos em hospitais que não cumpriam regras básicas de segurança, incluindo questões relativas à infecção hospitalar. Caso o profissional persista em atender em local desapropriado, estará sujeito às penalidades do Conselho, inclusive a cassação do registro. Segundo Fernando Galvanese, a medida tem resultado em respostas rápidas por parte dos hospitais, sob o risco de ficarem sem a equipe profissional.

Comissão de controle é fundamental

Por conta das dificuldades de avaliação do controle da infecção hospitalar, decorrentes das inúmeras variáveis que envolve, há poucas pesquisas no mundo com credibilidade para classificar o fator quantitativo. No entanto, todos os estudos reconhecidos na literatura internacional comprovam que a existência de uma comissão de infecção hospitalar atuante faz uma diferença significativa. O mais conhecido dos trabalhos é o Estudo Senic – Study of Efficacy of Nosocomial Control – que avaliou hospitais que aderiram por opção à proposta de criação de comissões de controle de infecções nos EUA. Os hospitais foram acompanhados em dois períodos, entre os anos de 1974 e 1983. Os resultados mostraram que a ação da comissão de infecção hospitalar, chefiadas por pessoas empenhadas, resultou numa queda de 32% no índice de infecção adquirida no sítio do hospital. Segundo Galvanese, a Unifesp – Universidade Federal de São Paulo – fez um trabalho no Hospital São Paulo entre 1980 e 1985, e chegou a conclusões semelhantes, constatando uma redução no nível de infecção de cerca de 40%.

Resultados suficientes para demonstrar que a existência de uma comissão que funcione, que faça reuniões, que discuta, e que observe o que está acontecendo e introduza medidas para modificar o cenário, pode reduzir em mais de um terço as taxas de infecção hospitalar. Ou seja, basta seguir o que diz a legislação vigente, para que este tipo de infecção seja reduzida enormemente, com ganhos incalculáveis em vida, sofrimentos e gastos para o Estado.

Pesquisa feita na Santa Casa de São Paulo¹ revelou que o custo médio mensal de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é de R\$ 49 mil. Deste total, 53,64% são gastos com recursos humanos, 36,63% com insumo e 9,73% com infraestrutura. Considerou-se que a Santa Casa tem 980 leitos e faz 50.415 internações por ano.

¹ Mauro César de Andrade, “Infecção Hospitalar – Análise de Custos” –http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlo/aula_10.ppt#11, consultado em setembro de 2009)

Os desafios da comparação

Nenhum programa teve sucesso quando tentou fazer um ranking de hospitais, misturando instituições de diferentes perfis, clínicos, cirúrgicos, com UTIs ou sem, com ala de queimados ou não, com atendimento neonatal ou não. Desses esforços, feitos especialmente pelos norte-americanos, aproveita-se hoje os critérios diagnósticos para os vários tipos de infecção hospitalar, o que permite – vagamente – que a avaliação dos hospitais possa ser homogeneizada. Mas este é um processo complexo que os hospitais participam por adesão, e em número muito pequeno.

Por exemplo, um critério conhecido como NNISS (Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares, proposto pelo CDC), teve a adesão de apenas 300 hospitais dos cerca de 6 mil que existem nos EUA. Só participam um pequeno grupo de hospitais de ponta, que garantem com isso um selo diferencial dentro do sistema de saúde americano. A realidade do conjunto dos hospitais não é revelada.

Há algumas tentativas de avaliação do parâmetro de infecção hospitalar de acordo com o procedimento. Por exemplo, infecção respiratória relacionada ao uso de ventilação mecânica, infecção urinária pelo uso de cateter vesical, assim como casos de infecção em UTIs neonatal ou de adultos. Mas utilizar o índice de infecção hospitalar como indicador de qualidade do conjunto dos hospitais nunca contribuiu para a redução dessas porcentagens.

No Brasil, além da legislação da Vigilância Sanitária e a auto-avaliação cobrada dos hospitais – como já foi dito –, há outros programas voltados para a questão da infecção hospitalar. Um deles é o Nacih – Núcleo de Apoio ao Controle de Infecção Hospitalar, do Programa CQC APM. Trata-se do programa de Controle de Qualidade executado pela Associação Paulista de Medicina, do qual o Cremesp participa como patrocinador. Os hospitais que aderiram ao CQC têm reuniões periódicas e trabalham dentro do princípio do benchmarking, cada hospital apresentando seus números, sem dizer os nomes da instituição. Desta forma, podem verificar se estão abaixo ou acima da média, considerando os demais hospitais participantes. O selo de qualidade é uma referência entre as instituições de saúde.

O corte presidencial

A atual legislação sobre o controle da infecção hospitalar é considerada prática e moderna. Mas sua história recente revela um descompasso entre ações do governo e as prioridades da saúde pública. O país já contava com uma portaria de 1983, a de número 196, seguida pela 930, de 1992. Portanto, quando a primeira lei foi feita, a 9431 de 1997, os especialistas em infectologia e saúde pública já trabalhavam sobre o assunto havia quinze anos. A lei, no entanto, foi bastante descaracterizada e do projeto de 12 artigos encaminhado pelo Senado para sanção do então presidente Fernando Henrique Cardoso restaram 4 artigos e meio. Tudo que ficou da lei foi a obrigatoriedade de todo hospital ter uma comissão de infecção hospitalar e de organizar um programa para cumprimento das normas. Infectologistas e sanitaristas consideram que esse corte presidencial significou um enorme retrocesso na questão do controle da infecção hospitalar.

A argumentação que a presidência usou para vetar os demais artigos foi a de que o legislativo estava invadindo a competência do executivo, já que os hospitais públicos eram da competência da União.

“Foram os técnicos do Ministério da Saúde, encarregados de redigir a portaria 2616 de 1998, que conseguiram reverter a situação”, diz Galvanese. Da forma como a lei tinha sido aprovada, não havia como um hospital criar sua comissão de inspeção. Já a portaria estabeleceu membros consultores e executores, definindo o perfil dos profissionais e quantas horas tinham que se dedicar à inspeção hospitalar, assim como todos os detalhes tanto do PCIH como do CCIF.

A portaria 2616/98 define que cada hospital com até 200 leitos tenha uma comissão de infecção hospitalar com dois profissionais com nível superior na equipe de executores, um preferencialmente enfermeiro, com 30 horas semanais de dedicação, outro de qualquer área da saúde, com 20 horas semanais dedicadas ao programa. Entre os consultores, devem constar representantes do corpo médico, da enfermagem, da farmácia, do laboratório de microbiologia e da administração.

Na prática, não há como fiscalizar se essas horas estão sendo cumpridas

pelos membros executores. A equipe de fiscalização apenas verifica o livro de ponto e dá um voto de confiança à comissão. Quanto mais constantes as visitas da Vigilância Sanitária, mais confiável fica esta relação (nos anexos, estão as íntegras dessas legislações).

Lavar as mãos, um gesto essencial

A lavagem das mãos por parte dos profissionais da área de saúde é um capítulo à parte dentro da história da prevenção da infecção hospitalar. Tanto os estudos norte-americanos (o Senic, entre outros), como o realizado na Unifesp, mostram que uma comissão de controle organizada pode reduzir entre 32% e 40% as infecções hospitalares. Nesses procedimentos estão desde a inserção de cateter, a entubação, as barreiras entre área limpa e infectada e, o mais primário dos gestos, a lavagem das mãos. Não há estudos mostrando quanto essa atitude, praticada nas oportunidades necessárias, pode reduzir na taxa de infecção hospitalar. Mas acredita-se que seja o item mais importante.

Tanto esse gesto é importante que já há uma data, o dia 15 de maio de cada ano, para lembrar sua importância. Nesse dia, no ano de 1847, o médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis, chefe do hospital geral de Viena, onde trabalhava, colou na porta um cartaz onde obrigava todos os médicos a lavarem as mãos com uma solução clorada antes de entrar na sala de parto do hospital. “Isso ocorreu antes que os estudos de Pasteur revelassem a existência dos micróbios, em 1865, 1867”, observa Galvanese. “Vinte anos antes, Semmelweis chamava de partículas cadavéricas, que evoluíam para a febre puerperal, e que matava as mulheres na enfermaria dos médicos, não na enfermaria das parteiras, e aí dedicou-se a investigar o que estava acontecendo.”

No Brasil, o Dia Nacional do Controle de Infecção Hospitalar só foi estabelecido em 15 de maio de 1999. O estudo do Cremesp-MP mostra que 28,1% das instituições não possuem de forma adequada o conjunto para a lavagem das mãos nas áreas críticas, pia com água corrente, sabão líquido e toalhas de papel. O estudo, por não ser processual, não revela se os profissionais lavam as mãos nas “oportunidades necessárias”.

O ritual do aperto de mãos

Estender e apertar as mãos é um gesto de acolhimento e amizade que se emprega em quase todas as civilizações, e que já perdura por milênios. Vale para todos os encontros e relações, quando se apresentam pessoas, reencontram-se amigos, quando se “fecham negócios”, até na recepção que o médico oferece ao paciente no consultório. Somos uma civilização do aperto de mãos. A gripe H1N1 trouxe um certo desconforto na prática desse cumprimento, já que o vírus pode, teoricamente, ser transmitido por esse tipo de contato.

Mas a lavagem das mãos é preconizada há mais de um século e meio. Uma série de pesquisas vem tentando explicar porque os profissionais de saúde, os médicos particularmente, não lavam as mãos com a frequência que deveriam fazer. Os estudos quantificam o que chamam de “oportunidades” de lavagem de mão – momentos em que a lavagem das mãos traria benefícios para a segurança dos profissionais e do doente. Ou seja, cada vez que o profissional manipula um paciente, antes e depois da manipulação, quando toca o entorno do paciente, aperta o interruptor, desliga um aparelho, abre a maçaneta. “Tudo o que é feito imediatamente antes ou depois de lidar com o paciente é objeto de lavagem de mãos”, diz Galvanese. De alguma maneira, o contato passa (um possível vírus) de um objeto inanimado para o paciente, ou do paciente para um objeto inanimado. Os pesquisadores contam essas oportunidades de lavagem de mãos e quantificam quantas foram efetivadas. “Quando se faz a contagem pela primeira vez, o número de lavagens de mãos é muito pequeno, não chega a 40%. Depois que se faz um treinamento, as oportunidades aproveitadas quase dobram. Mas alguns meses depois, as atitudes voltam ao estágio inicial”, diz Galvanese.

Esses estudos também mostram que os médicos são os profissionais que menos lavam as mãos, bem menos que os enfermeiros.

Galvanese cita um pesquisador suíço Didier Pitet, presidente da comissão de controle de infecção hospitalar de um grande hospital em Genebra, que depois de muitos estudos concluiu que lavam as mãos aqueles que foram educados desde pequeno a lavá-las. Mudar os hábitos depois, fica muito difícil.

Conclusões de outros estudos mostram que profissionais que trabalham em UTIs, e que por isso estão a todo momento tocando o paciente ou o entorno desse paciente, não teriam tempo para lavar as mãos todas as vezes consideradas necessárias. Para esses profissionais, o emprego do álcool gel veio facilitar, já que seu uso é bastante mais rápido.

Todos esses estudos trazem uma conclusão em comum, a de que os estímulos aos profissionais quanto aos gestos que podem evitar a infecção hospitalar devem ser permanentes, caso contrário, as práticas são esquecidas.

A dificuldade do seguimento no pós-alta

A precisão dos números esbarra em outra dificuldade, o seguimento dos pacientes depois da alta hospitalar. A maioria dos doentes com alta, uma vez diante de “recaída” da doença por infecção ou outras causas, não vai necessariamente procurar o mesmo hospital, ou não será atendido no mesmo ambulatório do hospital que o operou. E se for, não encontrará a mesma equipe médica. Pacientes que passam por cirurgias em hospitais privados, em caso de complicações, vão retornar ao consultório do médico que fez o procedimento. Essa informação jamais chegará ao hospital onde ele fez a cirurgia, de forma que não será registrada como um caso de infecção hospitalar.

Alguns hospitais públicos utilizam práticas como a de oferecer um número de telefone ao paciente e seus familiares, solicitando que comuniquem qualquer alteração na evolução do tratamento.

Segundo a pesquisa, 72% dos hospitais não fazem um acompanhamento dos pacientes no pós-alta, seja passivamente por informações telefônicas, seja monitorando as reinternações, acompanhando pelo menos os casos mais graves decorrentes da infecção hospitalar.

A maioria dos hospitais, no entanto, faz um acompanhamento da situação clínica do paciente no período em que está internado, pois é nesta fase que a grande maioria das infecções hospitalares se manifesta. Esta prática, embora não preencha todas as exigências da legislação, traz resultados práticos importantes. O rápido monitoramento, com o recurso

ao laboratório de microbiologia, pode inclusive impedir que um surto se propague nas enfermarias. Na prática, é a ação com resposta mais positiva, pois permite detectar áreas – como a cardiologia, a pediatria, ou ortopedia, por exemplo, com alguma indicação de surto. Com menos recursos, e mais abrangência, é possível monitorar todos os casos graves de infecção hospitalar, sejam aqueles que ainda estão nas enfermarias, sejam aqueles que retornam em decorrência dessa infecção.

PARTE IV

Entenda o perfil da amostra

O presente diagnóstico começou a ser elaborado a partir de solicitação do Ministério Público Estadual que, entre outras questões relacionadas à saúde, chamava a atenção para o controle da infecção hospitalar. O número de queixas, segundo a procuradoria, exigia um levantamento mais detalhado desse quesito dentro dos hospitais públicos e privados.

Em julho de 2007, a Diretoria do Cremesp solicitou ao seu Departamento de Fiscalização que oferecesse um parecer sobre a proposição encaminhada pelo Ministério Público sugerindo um trabalho conjunto e específico a respeito da questão da infecção hospitalar (Ofício Ref. GAESP 201/2007). A proposta do MP era a realização de um programa de visitas de inspeção e monitoramento em estabelecimentos públicos e privados, a fim de avaliar in loco as condições do controle da infecção hospitalar no Estado.

O Cremesp já realiza fiscalizações periódicas sobre essa questão. Embora o número de inspeções específicas seja pequeno, sempre que ocorre uma vistoria em hospitais há uma atenção especial para a infecção hospitalar. Paralelamente – como se verá ao longo do texto – há um controle realizado pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, além de programas como o CQC, da Associação Paulista de Medicina.

Mesmo contando com diferentes vistorias, o Cremesp não dispunha de informações sistematizadas e segmentadas para oferecer ao Ministério Público. Por essa razão, o Cremesp definiu-se pela realização de um trabalho

de vistoria e diagnóstico específico dessa questão, o qual possibilitaria uma ação mais abrangente de monitoramento dos hospitais do Estado. A parceria com o Ministério Público viabilizaria uma condição transformadora dos problemas encontrados, também pela ação civil pública desta instituição.

Amostra pesquisada representa 725 hospitais

Nos primeiros contatos do Ministério Público com o CRM, a procuradoria desejava que fosse feita uma avaliação do conjunto dos hospitais do Estado. Mas isso absorveria todo a equipe de fiscalização do CRM e por muitos meses, lembra Fernando Galvanese, do Departamento de Fiscalização do Cremesp.

Optou-se então por uma amostra, com a condição de que fosse a mais significativa possível e que representasse fielmente o perfil do conjunto dos hospitais.

Foram considerados como alvo todos os hospitais do Estado de São Paulo com mais de 19 leitos de internação, públicos e privados, excluindo-se os psiquiátricos e os crônicos-asilares. Nesse universo, existiam na época, julho de 2007, 725 hospitais no Estado, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde CNES/MS – 580 privados e 145 públicos.

A população-alvo da pesquisa, ou seja, o conjunto dos hospitais com mais de 19 leitos e excluindo-se psiquiátricos e asilares, pode ser vista na Tabela 1, separados por esfera administrativa e número de leitos. Por exemplo, os privados representam 80% em número de hospitais, contra 20% do públicos. O total de leitos privados cai para 70,4%, contra 29,6% dos públicos. Cerca de 25,1% dos hospitais privados são considerados de pequeno porte, entre 20 e 50 leitos, contra apenas 4,0% dos públicos nessa situação.

A amostragem foi probabilística e estratificada segundo o número de leitos e a natureza administrativa, se pública ou privada. As informações, tomadas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde –CNES/MS – podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos hospitais do Estado de São Paulo com mais de 19 leitos, não psiquiátricos ou crônicos-asilares, segundo esfera administrativa e número de leitos. São Paulo 2007.					
Esfera	Leitos	Hospitais		Leitos	
		Nº	%	Nº	%
Privada	20 a 50	182	25,1	6.180	7,2
	50 a 100	191	26,3	13.748	16,1
	100 a 200	148	20,4	20.933	24,5
	200 ou +	59	8,1	19.264	22,6
Privada Total		580	80,0	60.125	70,4
Pública	20 a 50	29	4,0	970	1,1
	50 a 100	29	4,0	2.009	2,4
	100 a 200	40	5,5	5.883	6,9
	200 ou +	47	6,5	16.364	19,2
Pública Total		145	20,0	25.226	29,6
Total		725	100,0	85.351	100,0

Fonte: CNES/Datasus - consultado em 14/9/07

A tabela 2, a seguir, mostra os resultados dos cálculos para cada um dos estratos populacionais, conforme parâmetros acrescidos de 10%, utilizado fator de correção para perdas. Na definição do tamanho da amostra, calculada com o programa DINAM 1.0¹, foi considerado um grau de confiança de 95%, proporção esperada de 0,5 e margem de erro absoluto de 20%.

Da população de estudo, inicialmente estabelecida em 162, quatro dos hospitais não estavam ativos, definindo-se o número total da amostra em 158. O total corresponde a 21,8% do total, amostra considerada bastante alta e segura para os critérios estatísticos.

Na composição da amostra, a equipe considerou o perfil do conjunto dos hospitais, levando em consideração uma série de características gerais.

1 Arango H.G, Mendes S.T. Bioestatística: Teórica e Computacional. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005)

Tabela 2

Número de hospitais do Estado de São Paulo com mais de 19 leitos, não psiquiátricos ou crônicos-asilares e tamanho da amostra, segundo esfera administrativa e número de leitos. São Paulo 2007.

Esfera	Leitos	População-alvo	População de estudo
Privada	20 a 50	182	25
	50 a 100	191	25
	100 a 200	148	24
	200 ou +	59	19
Privada Total		580	93
Pública	20 a 50	29	16
	50 a 100	29	16
	100 a 200	40	18
	200 ou +	47	19
Pública Total		145	69
Total		725	162

Fonte: CNES/Datasus - consultado em 14/9/07

Como se verá, o único critério empregado na apresentação dos resultados dos trabalhos de vistoria foi o da natureza da instituição, se pública ou privada. Vale lembrar que na composição da amostra 58,9% dos hospitais são privados (total de 93) e 41,1% são públicos, total de 65. A classificação e avaliação segundo critérios mais refinados como localização geográfica dos hospitais, especialidade, número de leitos, tipo de atendimento, ausência ou presença de UTIs, entre outros, não foi considerada por se tratar de uma amostra. Dizer que hospitais de ensino cumprem ou descumprem mais a legislação pode induzir a erros, já que dentro da amostra eles seriam estatisticamente irrelevantes.

De todo modo, para que a construção da amostra fosse a mais fiel possível, todos esses critérios foram considerados, como se verá a seguir. Eles possibilitam também que se tenha um perfil do conjunto dos hospitais que atuam no Estado, de acordo com várias de suas características. A enorme variação no perfil de atendimento dos hospitais permite compreender melhor a opção

da pesquisa em avaliar a infecção hospitalar pelos procedimentos e recursos exigidos pela legislação, e não pela classificação de taxas de infecção.

Hospitais representam todas as delegacias do Cremesp

Mais de um terço de todas as instituições que compõem a amostra, ou 35,4%, ficam na Grande São Paulo, enquanto na delegacia do Cremesp de Campinas estão 16,5%, na de São José do Rio Preto, 9,5%, e na de Ribeirão Preto, 8,9%. Os públicos, 52,3%, estão mais concentrados na Grande São Paulo que os privados, 23,7%. Em decorrência, em todas as delegacias do Interior há mais hospitais privados que públicos. Como os hospitais com maior número de leitos são públicos, a iniciativa privada, lucrativa ou beneficente, se estendeu por maior número de cidades, com instituições proporcionalmente menores.

Tabela 3

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição e a Delegacia do Cremesp onde se localiza. São Paulo, 2008.

Delegacia	Natureza da Instituição					
	Pública		Privada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grande São Paulo	34	52,3	22	23,7	56	35,4
Campinas	10	15,4	16	17,2	26	16,5
São José do Rio Preto	4	6,2	11	11,8	15	9,5
Ribeirão Preto	1	1,5	13	14,0	14	8,9
Santo André	4	6,2	7	7,5	11	7,0
Presidente Prudente	3	4,6	6	6,5	9	5,7
Bauru	3	4,6	4	4,3	7	4,4
São José dos Campos	1	1,5	6	6,5	7	4,4
Santos	3	4,6	2	2,2	5	3,2
Sorocaba	2	3,1	2	2,2	4	2,5
Taubaté	0	-	4	4,3	4	2,5
Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Universo representa instituições de todos os portes

A amostra dos 158 hospitais visitados, estratificada segundo faixa do número de leitos e natureza da instituição, é apresentada na tabela 4. Como se esperava a partir do universo alvo, 51,9% dos leitos estão em hospitais de pequeno e médio porte – aqueles que têm entre 20 e 100 leitos. A outra metade dos leitos está distribuída entre hospitais de 100 a 200 leitos, ou com mais de 200 leitos.

Tabela 4

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição e o número de leitos, segundo faixas. São Paulo, 2008.

Leitos operacionais	Natureza da Instituição					
	Pública		Privada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 a 50	14	21,5	29	31,2	43	27,2
50 a 100	15	23,1	24	25,8	39	24,7
100 a 200	17	26,2	22	23,7	39	24,7
200 ou +	19	29,2	18	19,4	37	23,4
Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Hospitais públicos estaduais têm mais leitos

Como se observa na Tabela 5, os hospitais públicos estaduais são aqueles com maior média de leitos, atingindo 213, com os municipais caindo para 105. Já entre os privados, os beneficentes têm em média 124 leitos, contra 109 dos privados lucrativos.

Confirma-se a tendência da saúde pública nas últimas décadas, onde os hospitais de maior porte, a maioria deles terciários, se concentram na Região Metropolitana, mantidos pelo Estado. As Santas Casas, por sua vez, têm grandes hospitais nos municípios de médio e grande porte no interior do Estado.

Tabela 5

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição, o número e a média de leitos operacionais. São Paulo, 2008.

Natureza da instituição			Leitos operacionais		
			Nº	%	Média
Pública	Público municipal	39	4.078	19,8	105
	Público estadual	26	5.530	26,9	213
	Público federal	–	–	–	–
Total		65	9.608	46,7	148
Privada	Privado lucrativo	38	4.130	20,1	109
	Privado beneficente	55	6.825	33,2	124
	Total	93	10.955	53,3	118
Total		158	20.563	100,0	130

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Maioria dos hospitais são do SUS e conveniados

A amostra também classificou os hospitais por tipo de clientela. Embora as instituições sejam divididas pela sua natureza entre públicos e privados, há nuances importantes nesse conjunto. Por exemplo, do conjunto de hospitais públicos, 89% atendem exclusivamente pacientes vindos do SUS – ou seja, cobertos pelo sistema público de saúde. Os outros 11% atendem também pacientes privados – particulares ou de convênio –, caracterizando o que se chama de “segunda porta”, o que leva a atendimentos diferenciados entre os que pagam e aqueles que não pagam (veja gráfico 1).

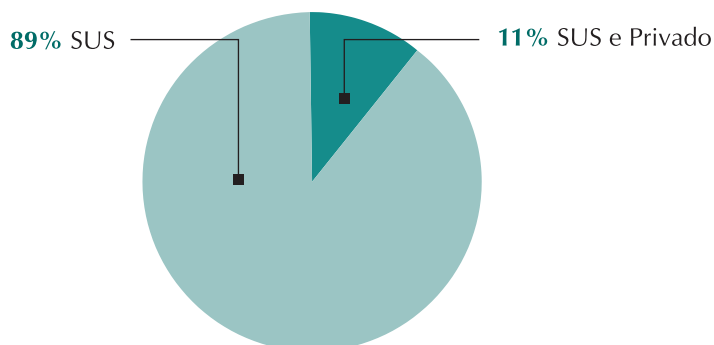
Da mesma forma, entre os hospitais privados, há 44% que atendem só pacientes privados, 6% que recebem apenas SUS, e 50% que atendem SUS e privados (veja gráfico 2).

Num sistema que carece de financiamento público, e no qual muitos privados dependem de planos de saúde que remuneram abaixo dos custos, a manutenção de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar resvala no orçamento da instituição. Em decorrência, os privados atendem menos integralmente a legislação. “Há hospitais, especialmente os pequenos e médios, que não atendem todos os requisitos porque não

podem arcar com os custos, não porque não querem”, diz Dante Montagnana, presidente do Sindhosp, sindicato que reúne os hospitais privados e beneficentes do Estado de São Paulo.

Gráfico 1

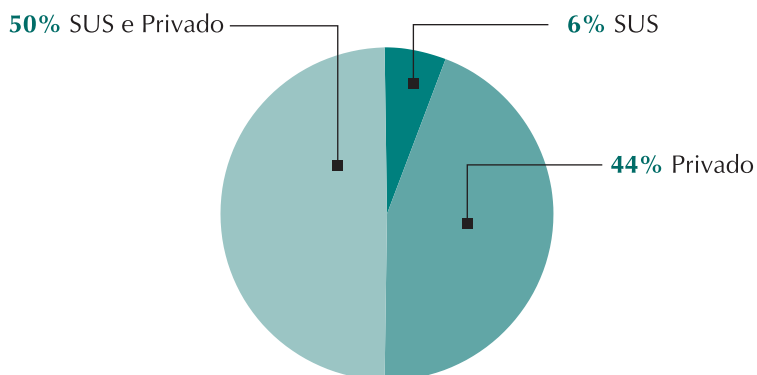
Tipo de atendimento nos hospitais públicos. São Paulo, 2008



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Gráfico 2

Tipo de atendimento nos hospitais privados. São Paulo, 2008



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

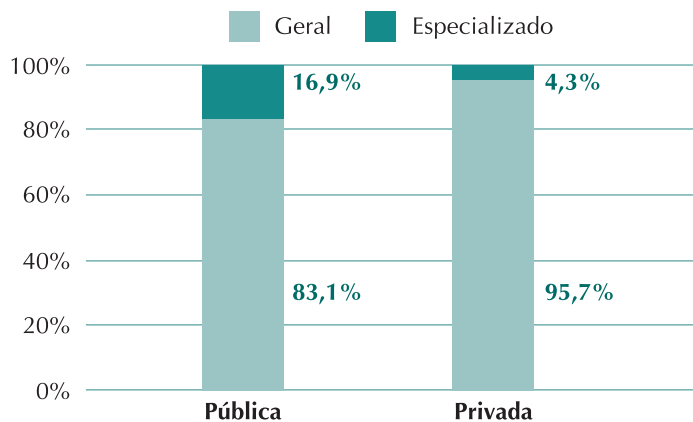
Especializados e de ensino são em maior número entre os públicos

Outro diferencial que a montagem da amostra considerou foi a separação entre hospitais gerais e especializados, comparando públicos com privados. Entre os públicos, 16,9% são especializados, contra 4,3% entre os privados. Da mesma forma, quando se compara pelo critério de atividade de ensino, vê-se que os hospitais públicos estão muito mais envolvidos nessa atividade. Por exemplo, 20,0% dos públicos são hospitais de ensino, quer dizer, estão diretamente ligados a alguma escola médica ou relacionada ao ensino da saúde. Entre os privados, apenas 4,3% estão nessa condição. Quando se considera os hospitais que tem “alguma” atividade de ensino, os públicos são 23,1% e os privados, 8,6%. No geral, 87,1% das instituições privadas nada têm a ver com atividades de ensino.

O diagnóstico leva a duas considerações: de um lado, um maior número de hospitais públicos são especializados, e um número mais significativo ainda desenvolve atividades de ensino. Significa que, na sua maioria, as instituições públicas recebem casos de maior complexidade,

Gráfico 3

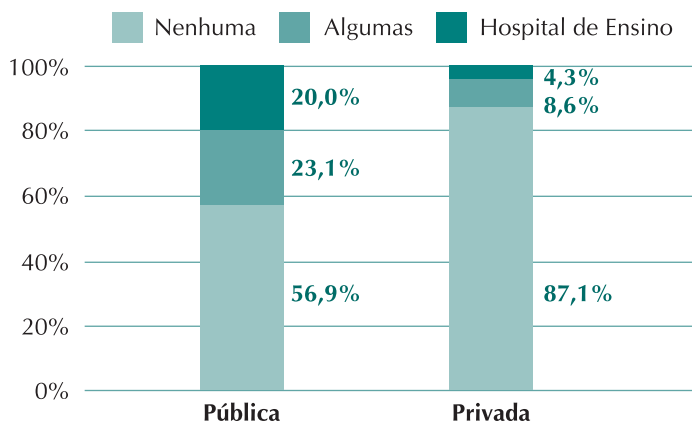
Distribuição dos tipos de hospitais, segundo natureza da instituição. São Paulo, 2008.



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Gráfico 4

**Desenvolvimento de atividades de ensino, segundo natureza do hospital.
São Paulo, 2008.**



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

mais susceptíveis à infecção hospitalar. Ao mesmo tempo, contam com vigilância extra por ter a função, como hospital de ensino, de “dar o exemplo aos alunos”.

Os privados ficariam com casos menos graves, mas têm a vantagem de escapar ao controle que um hospital de ensino sempre exerce. Como se verá no capítulo dos resultados, em muitos itens os privados descumprem mais as regras que as instituições privadas.

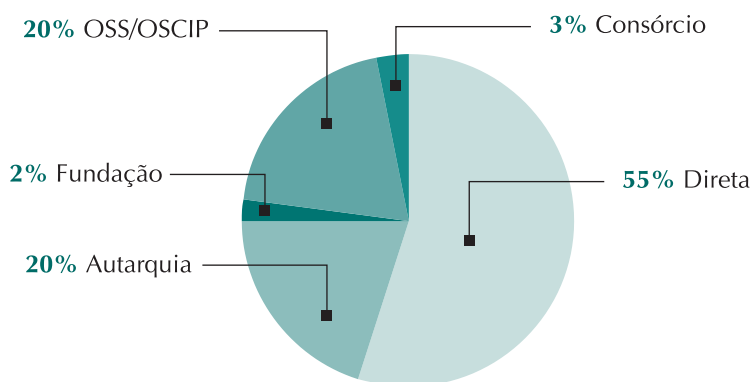
OSs já são 20% na gestão pública

Outro diferencial considerado na amostra foi o modelo de gestão adotado pelos hospitais públicos. Como se trata de uma amostra, seria imprudente tirar conclusões quanto ao controle de infecções segundo esse critério, por conta do pequeno número. De todo modo, vale lembrar que 55% dos hospitais públicos estão sob administração direta, os outros estão divididos entre autarquias, fundações, OSS/OSCIP e consórcios. Chama a atenção o fato de em pouco tempo as empresas tipo

OSS e OSCIP estarem no comando dos hospitais públicos, refletindo o processo de transferência das responsabilidades públicas para a iniciativa privada. Como já foi informado, o resultado das vistorias mostrou que em muitos itens os privados cumprem menos as regras sanitárias no que se refere à infecção hospitalar.

Gráfico 5

Formas de gestão adotadas nos hospitais públicos. São Paulo, 2008



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

A distribuição por áreas de alto risco

Quando se trata de infecção hospitalar, um dos fatores mais importantes é a atividade exercida pelo hospital. De uma instituição predominantemente clínica ou pediátrica, espera-se uma taxa de infecção hospitalar muito inferior à de um hospital terciário com UTIs e porta aberta para pronto-socorro. Não quer dizer que um possa cumprir ou descumprir menos a legislação que outro. Segundo a amostra – lembrando que a base foi o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – 39,9% não tinham UTI adulto, 63,3% não ofereciam UTI neonatal, 73,4% não tinham berçário de alto risco e UTI pediátrica, e 96,2% não contavam com unidade para queimados. Por ser estrutural, não era intenção desse

ENTENDA O PERFIL DA AMOSTRA

levantamento mostrar se havia falha nos serviços, ou na qualidade na sua oferta. A intenção era mostrar o número de instituições que estavam desenvolvendo atividades com maior risco para a infecção hospitalar. A tabela 6 mostra a existência dos serviços e a quantidade de salas ou leitos.

Tabela 6

Distribuição dos hospitais estudados, segundo atividades/áreas existentes na instituição. São Paulo, 2008

Atividade/área	Existência do serviço				Quantidades
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Salas cirúrgicas	148	93,7	10	6,3	718 salas
UTI adulto	95	60,1	63	39,9	1.212 leitos
Salas de parto*	82	51,9	76	48,1	221 salas
UTI neonatal	58	36,7	100	63,3	655 leitos
Berçário alto risco	42	26,6	116	73,4	396 leitos
UTI pediátrica	42	26,6	116	73,4	302 leitos
Unidade de TRS	22	13,9	136	86,1	322 leitos
Moléstias infecciosas	19	12,0	139	88,0	463 leitos
Onco e hematologia	15	9,5	143	90,5	223 leitos
Unidade de queimados	6	3,8	151	96,2	97 leitos

* Inclui salas de operação parto normal e salas de operação parto cesárea

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

PARTE V

Um balanço do resultado das vistorias

Sobre a comissão de controle de infecção hospitalar

No programa de vistoria elaborado conjuntamente pelo Ministério Público e o Cremesp, a existência e o funcionamento das comissões de controle de infecção hospitalar foram avaliados segundo oito itens. Praticamente todos eles compõem diploma legal que regulamente a questão, ou seja, estão previstos e detalhados em legislação específica.

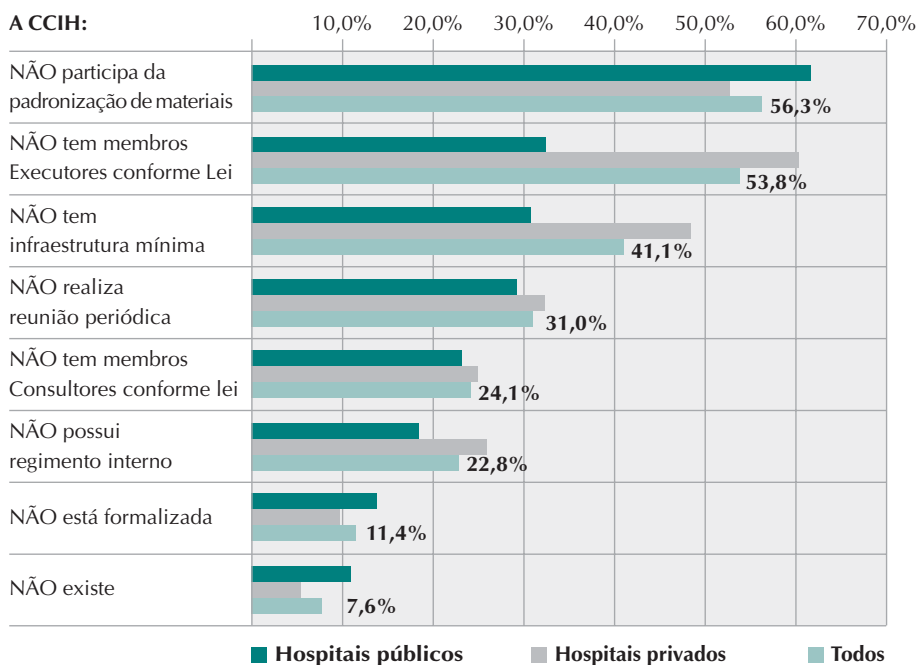
A inexistência de uma Comissão, uma das omissões mais grave – pois faz crer que nenhuma ação vinha sendo tomada –, foi observada em 7,6% dos hospitais visitados. Em 11,4% deles, a Comissão não estava formalizada. Nos dois casos, as instituições públicas apresentavam um quadro pior: cerca de 14% não tinham comissão formalizada e em 11% a comissão não existia.

Na ponta dos maiores infratores, 56,3% das instituições não padronizavam os materiais, e 53,8% não tinham membros executores do Programa, conforme a lei. No primeiro caso – a não padronização de materiais – os públicos atingem 63%. Mas no segundo, cerca de 60% dos hospitais privados não tinham membros executores, contra 33% dos públicos. Os privados também estão pior quanto à infraestrutura mínima, 48% não têm, contra 31% entre os públicos. Os privados estão igualmente em pior situação que os públicos com relação às reuniões periódicas, aos membros consultores exigidos por lei e à existência de um regimento interno.

Como se pode observar, as instituições privadas falham mais que as públicas quando se trata de infraestrutura ou execução de atividades, o que pode ser atribuído ao custo dessas ações.

Gráfico 6

Características das comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH), segundo a natureza da instituição. São Paulo, 2008.



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Sobre o programa de controle de infecção hospitalar

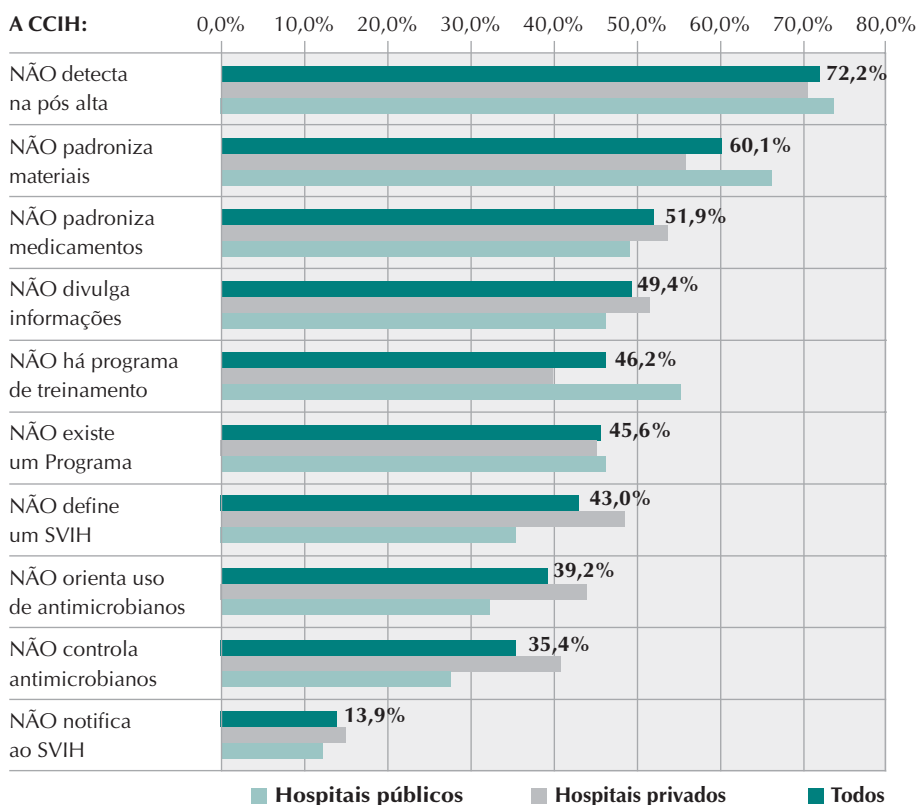
No roteiro de inspeção, Ministério Público e Cremesp avaliaram o funcionamento dos Programas como um todo. Foi dada atenção especial ao critério de diagnóstico das infecções hospitalares utilizado pela instituição. A sistemática de vigilância utilizada, se ativa ou passiva, e em quais áreas. A programação de visitas a áreas críticas e os respectivos relatórios. Normas e rotinas formais existentes e os indicadores habitualmente calculados e utilizados.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

No total, foram avaliados dez itens. Em 45,6% dos hospitais visitados, não havia um programa de controle de infecção, em 46,2% não existia programa de treinamento. Nesse item, a não existência de treinamento foi verificada em 55% dos hospitais privados, contra 40% dos públicos. Os privados também estão em situação de maior descuido com a infecção hospitalar quando se trata da orientação no uso de antimicrobianos e ao controle no uso desses medicamentos (veja gráfico 7).

Gráfico 7

Distribuição dos hospitais do estudo, segundo a natureza da instituição e a condição inadequada de funcionamento do programa de controle de infecção hospitalar. São Paulo, 2008.



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

A inspeção também procurou identificar hospitais que tinham ou não critérios para a identificação das infecções hospitalares. Verificou-se que 20,9% das instituições visitadas não tinham critério algum. Nesse grupo, 25,8% eram privados e 13,8%, públicos. A grande maioria, 73,4%, adotavam a versão divulgada pela APCEIH e pela Secretaria de Estado da Saúde.

Como é feita a vigilância do controle das infecções

A vigilância de ações, omissões e situações que podem potencialmente levar a uma infecção hospitalar podem ser feitas em áreas globais, ou seja, no conjunto do sítio hospitalar, ou focadas nas áreas críticas. Podem também ser ativas, quando a Comissão toma a iniciativa, ou passiva, quando a Comissão é acionada a partir de um fato ou constatação. Verificou-se que a vigilância global é uma sistemática utilizada por 69,6% dos hospitais, enquanto 74,7% empregam a vigilância de áreas críticas. A vigilância das infecções por topografia foi sempre superior a 60% de frequência.

Como se verá na Tabela 7, 54,4% das instituições faziam vigilância global ativa, contra 15,2%, passiva. Instituições públicas e privadas apresentam desempenho semelhante. Já na vigilância em áreas críticas, 73,8% dos hospitais públicos faziam vigilância ativa, contra 60,2% dos privados.

Chamam a atenção alguns tópicos como a vigilância e o controle no uso de germicida e de sabão, que não ocorriam em mais de 20% dos hospitais visitados. Nesses casos, a falta de controle do uso de germicida e sabão, de forma ativa ou passiva, chegou a 25% entre os hospitais privados e a 15% entre os públicos.

A vigilância por meio de cultura, necessária para detectar focos de infecção ainda no seu início, não era feita por cerca de 30% das instituições.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Tabela 7

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição e a sistemática de vigilância das infecções hospitalares utilizada. São Paulo, 2008.

Sistemática de vigilância	Realiza	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vigilância de IH global	Sim ativa	35	53,8	51	54,8	86	54,4
	Sim passiva	14	21,5	10	10,8	24	15,2
	Não	16	24,6	32	34,4	48	30,4
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância em áreas críticas	Todas ativas	48	73,8	56	60,2	104	65,9
	Todas passivas	3	4,6	4	4,3	7	4,4
	Uma ativa	1	1,5	6	6,5	7	4,4
	Uma passiva	0	–	0	–	0	–
	Nenhuma	13	20,0	27	29,0	40	25,3
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância – trato urinário	Sim ativa	47	72,3	58	62,4	105	66,5
	Sim passiva	3	4,6	6	6,5	9	5,7
	Não	15	23,1	29	31,2	44	28,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância – trato respiratório	Sim ativa	47	72,3	57	61,3	104	65,8
	Sim passiva	3	4,6	6	6,5	9	5,7
	Não	15	23,1	30	32,3	45	28,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância – sítio cirúrgico	Sim ativa	42	64,6	53	57,0	95	60,1
	Sim passiva	9	13,8	17	18,3	26	16,5
	Não	14	21,5	23	24,7	37	23,4
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância – corrente sanguínea	Sim ativa	47	72,3	56	60,2	103	65,2
	Sim passiva	3	4,6	7	7,5	10	6,3
	Não	15	23,1	30	32,3	45	28,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0

Tabela 7 - cont.

Sistemática de vigilância	Realiza	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vigilância – antimicrobiano	Sim ativa	27	41,5	37	39,8	64	40,5
	Sim passiva	12	18,5	10	10,8	22	13,9
	Não	26	40,0	46	49,5	72	45,6
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância – uso de germicida	Sim ativa	5	7,7	16	17,2	21	13,3
	Sim passiva	4	6,2	8	8,6	12	7,6
	Não	56	86,2	69	74,2	125	79,1
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância – uso de sabão	Sim ativa	6	9,2	16	17,2	22	13,9
	Sim passiva	4	6,2	7	7,5	11	7,0
	Não	55	84,6	70	75,3	125	79,1
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Vigilância – cultura	Sim ativa	35	53,8	48	51,6	83	52,5
	Sim passiva	9	13,8	18	19,4	27	17,1
	Não	21	32,3	27	29,0	48	30,4
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Visitas de inspeção programadas não são cumpridas

A equipe de vistoria levantou a programação e os relatórios de visitas feitas às áreas críticas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em cada instituição visitada. Num primeiro quadro (tabela 8), aparecem as visitas programadas, ou seja, aquelas previstas em calendário da instituição. Na segunda tabela, de número 10, observa-se o relatório de visitas feitas nos últimos 12 meses. Uma dos fatos que se evidencia é a diferença entre uma e outra, com um número de visitas realmente relatadas muito menor que aquelas programadas. Ou parte das visitas programadas não foram realizadas, ou parte dos relatórios não foram feitos.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Tabela 8

Distribuição dos hospitais estudados, segundo natureza da instituição e programação de visitas nas áreas críticas. São Paulo, 2008.

Área	Relatório	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
UTI Adulto	Sim	28	77,8	34	66,7	62	71,3
	Não	8	22,2	17	33,3	25	28,7
	Total	36	100,0	51	100,0	87	100,0
<i>ignorado = 8 e não se aplica = 63</i>							
UTI Pediátrica	Sim	18	85,7	16	84,2	34	85,0
	Não	3	14,3	3	15,8	6	15,0
	Total	21	100,0	19	100,0	40	100,0
<i>ignorado = 2 e não se aplica = 116</i>							
UTI Neonatal	Sim	21	72,4	20	69,0	41	70,7
	Não	8	27,6	9	31,0	17	29,3
	Total	29	100,0	29	100,0	58	100,0
<i>não se aplica = 100</i>							
UTI Coronária	Sim	3	42,9	6	60,0	9	52,9
	Não	4	57,1	4	40,0	8	47,1
	Total	7	100,0	10	100,0	17	100,0
<i>não se aplica = 141</i>							
UTI Queimados	Sim	2	100,0	4	100,0	6	100,0
	Não	0	–	0	–	0	–
	Total	2	100,0	4	100,0	6	100,0
<i>não se aplica = 152</i>							
UTI Transplante	Sim	0	–	2	100,0	2	66,7
	Não	1	100,0	0	–	1	33,3
	Total	1	100,0	2	100,0	3	100,0
<i>não se aplica = 149</i>							
UTI Oncologia	Sim	2	50,0	5	62,5	7	58,3
	Não	2	50,0	3	37,5	5	41,7
	Total	4	100,0	8	100,0	12	100,0
<i>não se aplica = 143</i>							

UM BALANÇO DO RESULTADO DAS VISTORIAS

Tabela 8 - cont.

Área	Relatório	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro Cirúrgico	Sim	32	57,1	39	53,4	71	55,0
	Não	24	42,9	34	46,6	58	45,0
	Total	56	100,0	73	100,0	129	100,0
<i>ignorado = 21 e não se aplica = 8</i>							
Centro de materiais	Sim	32	55,2	38	50,7	70	52,6
	Não	26	44,8	37	49,3	63	47,4
	Total	58	100,0	75	100,0	133	100,0
<i>ignorado = 21 e não se aplica = 4</i>							

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Chama a atenção a UTI de coronária, a unidades de oncologia, o centro cirúrgico e o centro de materiais, nos quais menos de 60% dos hospitais tinham visitas programadas. A unidade de queimados, a UTI pediátrica, a neonatal e a de adulto tinham visitas programadas em mais de 70% das instituições.

Tão importante quanto a programação de visitas da Comissão, é o relatório que registra a situação e comprova a real inspeção da equipe. Na unidade de queimados, existente num pequeno número de hospitais, 83,3% das instituições tinham relatórios, o mais alto índice. Como se viu na tabela 8, todos os hospitais com unidade de queimados informaram que a Comissão fazia visitas periódicas. Para todas as outras áreas, em menos de 60% das instituições foi constatada a realização de relatórios. Apenas 33,3% dos hospitais que tinham unidades de transplantes faziam relatórios. Em praticamente todas as áreas, as instituições privadas foram mais diligentes, com uma porcentagem de relatórios feitos muito acima das públicas.

Mesmo em unidades presentes em muitas instituições, como a UTI neonatal, 65,5% dos hospitais privados apresentavam relatórios, contra 44,8% dos públicos. Na unidade coronária, a diferença era de 50% para 28,6%, a favor dos privados.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Tabela 9

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição e a existência de relatório de visita das áreas críticas, nos últimos 12 meses. São Paulo, 2008.

Área	Relatório	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
UTI Adulto	Sim	19	50,0	31	60,8	50	56,2
	Não	17	50,0	20	39,2	37	43,8
	Total	38	100,0	51	100,0	89	100,0
<i>ignorado = 6 e não se aplica = 63</i>							
UTI Pediátrica	Sim	9	39,1	13	59,1	22	55,0
	Não	12	52,2	6	27,3	18	45,0
	Total	23	100,0	22	100,0	40	100,0
<i>ignorado = 2 e não se aplica = 116</i>							
UTI Neonatal	Sim	13	44,8	19	65,5	32	55,2
	Não	16	55,2	10	34,5	26	44,8
	Total	29	100,0	29	100,0	58	100,0
<i>não se aplica = 100</i>							
UTI Coronária	Sim	2	28,6	5	50,0	7	41,2
	Não	5	71,4	5	50,0	10	58,8
	Total	7	100,0	10	100,0	17	100,0
<i>não se aplica = 141</i>							
UTI Queimados	Sim	1	50,0	4	100,0	5	33,3
	Não	1	50,0	0	–	1	66,7
	Total	2	100,0	4	100,0	6	100,0
<i>não se aplica = 152</i>							
UTI Transplante	Sim	0	–	2	60,0	5	83,3
	Não	1	100,0	0	40,0	1	16,7
	Total	4	100,0	5	100,0	3	100,0
<i>não se aplica = 149</i>							
UTI Oncologia	Sim	2	33,3	3	33,3	5	41,7
	Não	2	33,3	5	55,6	7	56,7
	Total	6	100,0	9	100,0	12	100,0
<i>ignorado = 1 e não se aplica = 145</i>							

UM BALANÇO DO RESULTADO DAS VISTORIAS

Tabela 9 - cont.

Área	Relatório	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro Cirúrgico	Sim	22	40,7	33	45,2	55	43,3
	Não	32	59,3	40	54,8	72	56,7
	Total	54	100,0	73	100,0	127	100,0
<i>ignorado = 23 e não se aplica = 8</i>							
Centro de materiais	Sim	26	45,6	32	42,7	58	43,9
	Não	31	54,4	43	57,3	74	56,1
	Total	57	100,0	75	100,0	132	100,0
<i>ignorado = 22 e não se aplica = 4</i>							

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Maioria dispunha de manuais de normas e rotinas

A legislação que trata do controle da infecção estabelece que os hospitais devem ter manuais de normas sobre um grande número de rotinas praticadas no âmbito hospitalar. A padronização de procedimentos, desde simples curativos até o uso de antibióticos e os cuidados no sítio cirúrgico, são importantes tanto para a qualidade do atendimento como para a segurança do paciente, reduzindo o risco de infecções hospitalares.

A equipe do Ministério Público e de fiscalização do Cremesp verificou a existência ou não de manuais de normas para 16 diferentes rotinas ou procedimentos praticados nos hospitais.

Em 84,8% das instituições visitadas foram encontrados manuais para a lavagem e higienização das mãos. Em outros dez procedimentos importantes – como desinfecção e esterilização, uso de cateter, infecção hospitalar do trato urinário e do sítio cirúrgico – mais de 60% das instituições tinham manuais. Metade delas tinham regras escritas para a qualidade da água, controle de vetores e microbiologia. E apenas 41% tinham manuais para lavanderia e higiene dos alimentos. Nesses dois últimos itens, apesar de atendidos em pequeno número, os privados apresentaram melhor resultado, 48,4% contra 32,3% nos públicos, e 45,2% contra 33,8%, respectivamente. Nas demais rotinas, não houve diferença significativa entre públicos e privados.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Tabela 10

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição e a existência formal de manual de procedimentos e rotinas. São Paulo, 2008.

Procedimento ou rotina formal	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lavagem de mãos	Sim	56	86,2	78	83,9	134	84,8
	Não	9	13,8	15	16,1	24	15,2
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Desinfecção e esterilização	Sim	47	72,3	72	77,4	119	75,3
	Não	18	27,7	21	22,6	39	24,7
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Catéter	Sim	52	80,0	65	69,9	117	74,1
	Não	13	20,0	28	30,1	41	25,9
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
IH trato urinário	Sim	49	75,4	68	73,1	117	74,1
	Não	16	24,6	25	26,9	41	25,9
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Precaução e isolamento	Sim	52	80,0	65	69,9	117	74,1
	Não	13	20,0	28	30,1	41	25,9
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Curativo	Sim	43	66,2	70	75,3	113	71,5
	Não	22	33,8	23	24,7	45	28,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Limpeza do ambiente	Sim	40	61,5	73	78,5	113	71,5
	Não	25	38,5	20	21,5	45	28,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
IH de trato respiratório	Sim	50	76,9	59	63,4	109	69,0
	Não	15	23,1	34	36,6	49	31,0
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
IH sítio cirúrgico	Sim	46	70,8	59	63,4	105	66,5
	Não	19	29,2	34	36,6	53	33,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0

UM BALANÇO DO RESULTADO DAS VISTORIAS

Tabela 10 - cont.

Procedimento ou rotina formal	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antibióti-coprofilaxia	Sim	42	64,6	58	62,4	100	63,3
	Não	23	35,4	35	37,6	58	36,7
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Uso de antimicrobiano	Sim	46	70,8	52	55,9	98	62,0
	Não	19	29,2	41	44,1	60	38,0
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Qualidade de água	Sim	37	56,9	45	48,4	82	51,9
	Não	28	43,1	48	51,6	76	48,1
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Controle de vetores	Sim	30	46,2	49	52,7	79	50,0
	Não	35	53,8	44	47,3	79	50,0
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Microbiologia	Sim	34	52,3	45	48,4	79	50,0
	Não	31	47,7	48	51,6	79	50,0
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Lavanderia	Sim	21	32,3	45	48,4	66	41,8
	Não	44	67,7	48	51,6	92	58,2
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Higiene de alimentos	Sim	22	33,8	42	45,2	64	40,5
	Não	43	66,2	51	54,8	94	59,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Como são feitos os registros das taxas de infecção

A equipe que fez as vistoriais observou também se os hospitais da amostra faziam ou não o registro das ocorrências de infecção hospitalar e qual indicador era utilizado. O mais frequentemente empregado foi a taxa de infecção hospitalar, resultante do número de infecções hospitalares sobre o número de saídas, seja por alta, transferência, evasão ou óbito.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Outro indicador empregado foi a taxa de densidade, resultado do número de infecções hospitalares sobre o número de pacientes-dia.

O levantamento considerou 12 áreas críticas dentro dos hospitais visitados e em quatro delas encontrou registro por densidade e por taxa de infecção hospitalar. O registro de ocorrências segundo topografia esteve presente em cerca de 80% dos casos.

Em três UTIs – a de neo, a pediátrica e a de adulto – mais de 80% das instituições calculavam as taxas de infecção. Em sete outras áreas de risco – incluindo uso de cateter vesical e central e sítio cirúrgico – mais de 70% dos hospitais levantavam as taxas de infecção. Do total de 12 áreas de risco observadas, em onze delas as instituições públicas apresentavam maior porcentagem no cumprimento da exigência de cálculo das infecções.

Tabela 11

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição e a taxa/indicador habitualmente calculado. São Paulo, 2008.

Taxa/indicador	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Densidade IH - Berçário	Sim	12	60,0	6	37,5	18	50,0
	Não	8	40,0	10	62,5	18	50,0
	Total	20	100,0	16	100,0	36	100,0
Taxa IH – UTI neo	Sim	23	82,1	25	80,6	48	81,4
	Não	5	17,9	6	19,4	11	18,6
	Total	28	100,0	31	100,0	59	100,0
Densidade IH - UTI neo	Sim	20	76,9	16	59,3	36	67,9
	Não	6	23,1	11	40,7	17	32,1
	Total	26	100,0	27	100,0	53	100,0
Taxa IH – UTI pediátrica	Sim	17	81,0	23	82,1	40	81,6
	Não	4	19,0	5	17,9	9	18,4
	Total	21	100,0	28	100,0	49	100,0
Densidade IH – UTI pediátrica	Sim	18	90,0	18	69,2	36	78,3
	Não	2	10,0	8	30,8	10	21,7
	Total	20	100,0	26	100,0	46	100,0

UM BALANÇO DO RESULTADO DAS VISTORIAS

Tabela 11 - cont.

Taxa/indicador	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Taxa IH – UTI adulto	Sim	31	86,1	45	81,8	76	83,5
	Não	5	13,9	10	18,2	15	16,5
	Total	36	100,0	55	100,0	91	100,0
Densidade IH – UTI adulto	Sim	24	72,7	32	60,4	56	65,1
	Não	9	27,3	21	39,6	30	34,9
	Total	33	100,0	53	100,0	86	100,0
Taxa IH – Queimados	Sim	3	50,0	5	45,5	8	47,1
	Não	3	50,0	6	54,5	9	52,9
	Total	6	100,0	11	100,0	17	100,0
Densidade IH – Queimados	Sim	3	50,0	5	50,0	8	50,0
	Não	3	50,0	5	50,0	8	50,0
	Total	6	100,0	10	100,0	16	100,0
Taxa IH – Uso de ventilador	Sim	36	81,8	43	71,7	79	76,0
	Não	8	18,2	17	28,3	25	24,0
	Total	44	100,0	60	100,0	104	100,0
Taxa IH – Uso de cateter vesical	Sim	34	79,1	43	71,7	77	74,8
	Não	9	20,9	17	28,3	26	25,2
	Total	43	100,0	60	100,0	103	100,0
Taxa IH – Uso de cateter central	Sim	34	79,1	43	72,9	77	75,5
	Não	9	20,9	16	27,1	25	24,5
	Total	43	100,0	59	100,0	102	100,0
Registra IH – trato urinário	Sim	40	83,3	49	76,6	89	79,5
	Não	8	16,7	15	23,4	23	20,5
	Total	48	100,0	64	100,0	112	100,0
Registra IH – trato respiratório	Sim	38	79,2	49	76,6	87	77,7
	Não	10	20,8	15	23,4	25	22,3
	Total	48	100,0	64	100,0	112	100,0
Registra IH – Sítio cirúrgico	Sim	43	81,1	54	78,3	97	79,5
	Não	10	18,9	15	21,7	25	20,5
	Total	53	100,0	69	100,0	122	100,0
Registra IH – Corrente sanguínea	Sim	39	79,6	47	74,6	86	76,8
	Não	10	20,4	16	25,4	26	23,2
	Total	49	100,0	63	100,0	112	100,0

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

As falhas nas áreas e procedimentos críticos

A existência ou não dos equipamentos relacionados à higiene e à coleta de material, assim como a existência de laboratórios e fluxos adequados nos diferentes serviços são potenciais causadores ou redutores da infecção hospitalar. Neste item, chamou a atenção o fato de 28,1% das instituições não contarem com o conjunto para higienização das mãos – uma simples pia e papel para secar as mãos – em áreas críticas como berçários e UTIs. O álcool gel era utilizado em 58,2% das instituições visitadas. No primeiro caso, o das pias, as instituições privadas estavam em pior situação, 30,7% sem lavatórios, contra 24,6% em hospitais públicos. No caso do álcool gel, as instituições privadas cumpriam mais essa exigência que os públicos. Só em 46,8% dos hospitais havia laboratório de microbiologia no local e quatro deles não dispunham de acesso a laboratório, mesmo externo. Entre esses, três eram privados.

Apenas 43,0% dos hospitais tinham um fluxo adequado na lavanderia, com entrada e saída separadas para material sujo e limpo. Em 48,1% das instituições havia serviço de limpeza supervisionado. Nesses dois últimos quesitos, os hospitais privados apresentaram melhor performance que os públicos.

Um quinto das centrais de material apresentava inadequação

A central de materiais das instituições hospitalares é o conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do estabelecimento. O planejamento desta Unidade envolve diferentes etapas do processamento dos materiais, até sua distribuição, e precisa da atenção de uma equipe multiprofissional.

Na inspeção feita pelo MP e pelo Cremesp nos hospitais da amostra, foram considerados 15 situações e processos da central de materiais. Dos 154 hospitais que tinham central de materiais, em 33 deles, o equivalente a 21,4%, havia uma ou mais inadequações. Do total, 31,0% das instituições não apresentavam uma barreira adequada e 41,8% não seguiam fluxos corretos. Significa que em mais de um terço dos hospitais não havia

UM BALANÇO DO RESULTADO DAS VISTORIAS

uma separação entre o material sujo que entrava para lavagem ou esterilização – de roupas a instrumentos – e o material limpo que retornava para uso nas unidades. Em algumas instituições, o mesmo funcionário que cuidava da entrada, cuidava também da saída.

Em 83,7% dos hospitais visitados verificou-se o uso não apropriado do glutaraldeído, um potente biocida, bactericida, virucida e fungicida capaz de provocar irritações da pele e do trato respiratório, entre outras consequências. O uso do glutaraldeído foi Norma Técnica por resolução estadual em fevereiro de 2007.

Apenas 43,5% das instituições contavam com enfermeira própria para a central de materiais. No conjunto, o levantamento verificou que 21,4% dos estabelecimentos visitados apresentavam alguma prática inadequada – 25,0% entre os privados e 16,1% entre os públicos.

Tabela 12

Distribuição dos hospitais estudados, segundo a natureza da instituição e processos da central de materiais, São Paulo, 2008.

Situação e Processos da Central de Materiais	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Barreira Adequada	Sím	43	68,3	62	66,7	105	66,5
	Não	20	31,7	29	31,2	49	31,0
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
<i>Não se aplica = 4</i>							
Fluxo Adequado	Sím	38	60,3	50	54,9	88	55,7
	Não	25	39,7	41	45,1	66	41,8
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
<i>Não se aplica = 4</i>							
Normas Escritas	Sím	44	69,8	66	72,5	110	71,4
	Não	19	30,2	25	27,5	44	28,6
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
<i>Não se aplica = 4</i>							

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Tabela 12 - cont.

Situação e Processos da Central de Materiais	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeira Própria	Sim	34	54	33	36,3	67	43,5
	Não	29	46	58	63,7	87	56,5
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa autoclave a vapor	Sim	63	100,0	90	98,9	153	99,4
	Não	0	-	1	1,1	1	0,6
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa calor seco	Sim	2	3,2	7	7,7	9	5,8
	Não	61	96,8	84	92,3	145	94,2
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa meio químico	Sim	15	23,8	21	23,1	36	23,4
	Não	48	76,2	70	76,9	118	76,6
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa plasma	Sim	9	14,3	12	13,2	21	13,6
	Não	54	85,7	79	86,8	133	86,4
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa glutaraldeído	Sim	45	69,2	79	84,9	124	78,5
	Não	20	30,8	14	15,1	34	21,5
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa glutaraldeído apropriado	Sim	9	20,0	11	14,1	20	16,3
	Não	36	80,0	67	85,9	103	83,7
	Total	45	100,0	78	100,0	123	100,0
	<i>Ignorado = 1 e Não se aplica = 34</i>						

Tabela 12 - cont.

Situação e Processos da Central de Materiais	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usa Bowie & Dick	Sim	32	50,8	45	49,5	77	50,0
	Não	31	49,2	46	50,5	77	50,0
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa fita termossensível	Sim	59	93,7	85	93,4	144	93,5
	Não	4	6,3	6	6,6	10	6,5
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa integrador químico	Sim	43	68,3	63	69,2	106	68,8
	Não	20	31,7	28	30,8	48	31,2
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Usa controle biológico	Sim	55	87,3	74	81,3	129	83,8
	Não	8	12,7	17	18,7	25	16,2
	Total	63	100,0	91	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						
Alguma prática inadequada	Sim	52	83,9	69	75,0	121	78,6
	Não	10	16,1	23	25,0	33	21,4
	Total	62	100,0	92	100,0	154	100,0
	<i>Não se aplica = 4</i>						

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Um quarto das instituições não tem controle vacinal

Vacinar os profissionais de saúde é um procedimento simples e fundamental para reduzir o risco de danos à saúde tanto dos pacientes como daqueles que cuidam deles. No entanto, a pesquisa constatou que em 23,4% dos hospitais visitados não havia registro vacinal. Nesse quesito, as instituições públicas estavam em situação pior, com 27,7% dos estabelecimentos sem controle vacinal. Quando se trata de ação diante de um acidente biológico, 15,8%

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

revelaram não ter normas definidas, e aí os hospitais privados estão em situação pior, com 23,7% dos seus estabelecimentos sem uma normatização. No conjunto, 8,9% dos hospitais não tinham teste rápido para HIV disponível. Um maior número de privados, 12,9%, não contava com esse recurso.

Tabela 13

Distribuição dos hospitais estudados, segundo natureza da instituição e processos de biossegurança adotados. São Paulo, 2008.

Processo de biossegurança	Existência	Natureza da Instituição					
		Pública		Privada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registro Vacinal	Sim	47	72,3	74	79,6	121	76,6
	Não	18	27,7	19	20,4	37	23,4
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Normas – acidentes biológicos	Sim	62	95,4	71	76,3	133	84,2
	Não	3	4,6	22	23,7	25	15,8
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0
Teste rápido para HIV disponível	Sim	63	96,9	81	87,1	144	91,1
	Não	2	3,1	12	12,9	14	8,9
	Total	65	100,0	93	100,0	158	100,0

Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Inadequações foram encontradas em todos os hospitais

Dos 158 hospitais visitados e inspecionados, todos apresentavam pelo menos um dos 13 itens selecionados em situação inadequada ou irregular. Considerando que os itens selecionados são básicos para o controle da infecção hospitalar, pode-se concluir que todas as instituições apresentavam uma ou mais deficiência nesse controle, com potencial de aumentar o número de pacientes vítimas desse tipo de infecção. Em sete dos hospitais vistoriados (4,4% da amostra), verificou-se inadequação de todos os 13 itens.

Em 48,7% das instituições, não havia executores suficientes como determina a legislação que estabelece a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Em 7,6% simplesmente não havia comissão, e aqui os públicos apresentavam cenário pior, com 10,8%, contra 5,4% dos privados. Em 41,1%

UM BALANÇO DO RESULTADO DAS VISTORIAS

das instituições não havia infraestrutura mínima prevista, como uma sala, telefone e computador, por exemplo. Em 45,6% dos hospitais não existia um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), e em 27,2% não foram encontrados lavatórios nas áreas críticas. Em 41,8% das instituições foram observados fluxo inadequado na Central de Materiais.

A tabela 14, abaixo, resume a situação de 13 itens considerados básicos no controle da infecção hospitalar. Como se verá, a situação dos hospitais privados é mais crítica, pois 60,2% – contra 32,3% dos públicos – não tinham executores suficientes na Comissão de Infecção Hospitalar.

Tabela 14

Hospitais vistoriados com alguns itens críticos para o controle de infecção hospitalar em situação inadequada, segundo natureza da instituição. São Paulo, 2008.

Item inadequado	Natureza da Instituição					
	Pública		Privada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIH						
Executores insuficientes	21	32,3	56	60,2	77	48,7
Sem infraestrutura	20	30,8	45	48,4	65	41,1
Não existel	7	10,8	5	5,4	12	7,6
PCIH						
Não existe	30	46,2	42	45,2	72	45,6
Não cumprido	22	33,8	43	46,2	65	41,1
Sem lavatórios – áreas críticas	16	24,6	27	29,0	43	27,2
Sem norma – precaução/isolamento	13	20,0	28	30,1	41	25,9
Sem recipientes – descarte	5	7,7	6	6,5	11	7,0
Sem laboratório de microbiologia	1	1,5	3	3,2	4	2,5
CM						
Prática inadequada na C. Materiais	10	15,4	23	24,7	33	20,9
C. Materiais – Fluxo inadequado	25	38,5	41	44,1	66	41,8
C. Materiais – Barreira inadequada	19	29,2	29	31,2	48	30,4
BIO						
Sem registro vacinal	18	27,7	19	20,4	37	23,4

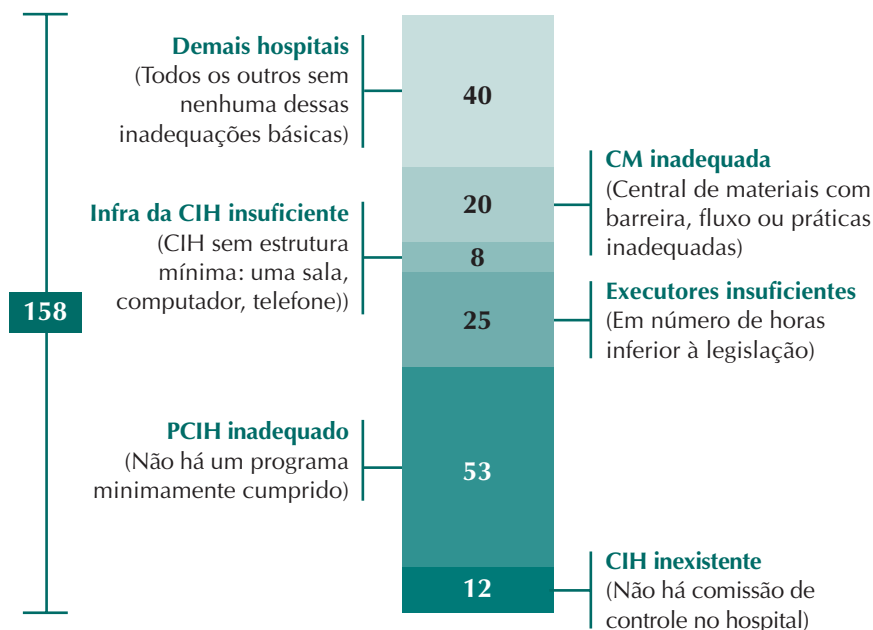
Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

Inspeção é apenas o início do trabalho

A intenção do amplo trabalho realizado em parceria pelo Ministério Público Estadual e o Cremesp, mais do que punir os hospitais em falta com a legislação, é chamar a atenção para a situação das estruturas voltadas para o controle da infecção hospitalar. O resultado colhido até aqui é apenas um alerta sobre o tema e uma indicação para que outras providências sejam tomadas com o propósito de reduzir as vítimas desse tipo de infecção, observa Kazuo Uemura, coordenador do Departamento de Fiscalização do Cremesp. O levantamento feito vem preencher um vazio no cenário da infecção hospitalar, pois se trata do primeiro e um dos maiores estudos voltados para o controle desse tipo de infecção. As partir daí, novas diligências vêm sendo feitas em hospitais dentro e fora da amostra, tanto por parte

Gráfico 8

Distribuição dos hospitais segundo sequência de grupos de inadequações priorizadas para o monitoramento. São Paulo, 2008.



Fonte: Cremesp/DEF – Pesquisa CIH, 2008

de médicos fiscais como por promotores públicos. Segundo Kazuo, várias outras denúncias chegaram ao Cremesp e ao Ministério Público depois da publicação dos resultados do trabalho pela mídia. “Os hospitais estão enviando seus relatórios e novas investigações estão sendo feitas. A tendência é que todos levem mais a sério essa questão, por isso o trabalho continua.”

O gráfico 8, na página anterior, resume a situação do conjunto dos hospitais fiscalizados, estabelecendo seis grupos de prioridades de acordo com a gravidade dos problemas encontrados. Os hospitais foram notificados para que façam as correções e informados que após 90 dias – tempo que está em andamento – novas diligências de verificação irão ocorrer, dando sequência ao trabalho conjunto do Cremesp e do MPE.

Como se constatou, e pode ser verificado nos anexos, a legislação brasileira sobre o tema é ampla e detalhada o bastante para que o índice de infecção hospitalar seja conhecido e, em decorrência, possa ser reduzido. Independentemente do resultado das ações civis públicas que estão em andamento, mais importante é o trabalho que tanto o Ministério Público quanto o Cremesp devem prosseguir. Se a infecção hospitalar é um desafio mundial, impossível de ser zerada, as ações para reduzi-la também devem ser constantes e cobradas de acordo com a legislação.

PARTE VI

Anexos

ANEXO 1 – Página 110

Roteiro de Inspeção com questionário sobre o perfil das instituições, atividades, procedimentos e composição das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.

(roteiro foi aplicado nos 158 hospitais selecionados e visitados)

ANEXO 2 – Página 121

Notas Técnicas sobre termos, parâmetros das operações hospitalares, indicadores, a composição da CCIH e as ações definidas no PCIH

ANEXO 3 – Página 124

Legislação sobre controle de infecções hospitalares

ANEXO 4 – Página 141

SINAIS - Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde

ANEXO 5 – Página 142

REDE RM – Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde

ANEXO 6 – Página 144

Roteiro de procedimentos adotados pelo Ministério Público

Roteiro de Inspeção das CCIH



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CREMESP – Controle de Infecção Hospitalar

Departamento de Fiscalização - Roteiro de vistoria

I. Identificação

Ref. DEF Nº. _____ Data vistoria ___/___/___ Médico Fiscal _____

Nome: _____

End.: _____ Nº. _____

Bairro: _____ Município: _____ Fone: _____

Resp. Técnico _____ Formação: _____ CR: _____

Diretor Clínico _____ CRM: _____

Informante _____ Cargo _____

Início atividade ___/___/___ Registro CRM _____ Nº.CNES _____ Nº.CNPJ _____

II. Caracterização do hospital

1. Qual a natureza do serviço?

Pub. Municipal Pub. Estadual Pub. Federal
 Priv. Lucrativo Priv. Beneficente/Filantrópico

2. Tipo de atendimento: SUS Particular Planos privados de saúde

3. Tipo de hospital: Geral Especializado

4. Desenvolve atividade formal de ensino médico?^(NT1)

Não Sim – algumas Sim – Hospital de Ensino

5. Modelo de administração (unidade pública):

Direta Autarquia Fundação OSS/OSCIP/terceirizada Cons. Mun.

6. Tipo de vínculo do corpo clínico: Aberto Fechado

7. Número atual de funcionários (solicitar preenchimento da tabela 1):

Médicos (plantonista e diaristas) []	Horas médicas/semanais []
Enfermeiros []	Técnicos de enfermagem/auxiliares []
Outros universitários []	Demais []

8. Formas utilizadas para a contratação dos médicos:

CLT Cooperativa Pessoa Jurídica P. de serviço Estatutário

III. Atividades/áreas de interesse para o controle das IH existentes na instituição

9. Leitos de internação operacionais^(NT2) _____ leitos

10. Salas cirúrgicas operacionais [] Não [] Sim: ____ salas

11. Salas de operação – parto normal [] Não [] Sim: ____ salas

12. Salas de operação – parto cesárea [] Não [] Sim: ____ salas

13. Berçário de alto risco^(NT3) [] Não [] Sim: ____ leitos

14. UTI Neonatal^(NT4) [] Não [] Sim: ____ leitos

15. UTI Pediátrica [] Não [] Sim: ____ leitos

16. UTI Adulto - geral [] Não [] Sim: ____ leitos

17. Unidade de Oncologia [] Não [] Sim: ____ leitos

18. Unidade de Hematologia [] Não [] Sim: ____ leitos

19. Unidade de Moléstias Infecciosas [] Não [] Sim: ____ leitos

20. Unidade de Queimados [] Não [] Sim: ____ leitos

21. Unidade – TRS [] Não [] Sim: ____ pontos

IV. Indicadores de operação hospitalar

Solicitar preenchimento da tabela 2

22. Parâmetro ^(NT5)	valor mensal - trimestre		
	Junho	Julho	Agosto
Entradas			
Saídas			
Óbitos hospitalares			
Leitos-dia			
Pacientes-dia			
Cirurgias			
Partos Normais			
Partos Cesáreas			

V. Organização da CCIH

23. Existe CCIH? Não Sim

24. A CCIH é formalmente constituída? (verificar) Não Sim

25. A CCIH funciona regularmente desde ___/___/_____

26. Há reunião periódica da CCIH? (pelo menos 1 a cada 3 meses - últimos 12 meses) Não Sim

27. A CCIH tem regimento interno? (verificar) Não Sim

28. O presidente da CCIH participa de algum órgão colegiado deliberativo e formulador da política da instituição? Não Sim

29. Possui área física, computador e telefone próprios? Não Sim

30. Composição da CCIH: (NT6)

Representação - Consultores	Não	Sim
Seviço médico		
Serviço de enfermagem		
Serviço de farmácia		
Laboratório de microbiologia		
Administração		
Consultores em acordo com legislação	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Profissionais Membros - Executores	Nº.	horas/semanais totais
Médico		
Enfermeiro		
Farmacêutico		
Administrativo		
Demais		
Executores em acordo com legislação	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

VI. Organização e funcionamento do Programa de Controle da IH - PCIH

31. Existe PCIH^(NT7) formalmente elaborado? (verificar)

Não Sim

32. Data da última atualização: ____/____/____

33. A equipe médica é orientada regularmente sobre o uso de antimicrobianos?

Não Sim (evidenciar)

34. Há um programa de treinamento continuado e específico, com a participação da CCIH, para as diferentes áreas hospitalares, em especial: central de esterilização, lavanderia, serviço de limpeza?

Não Sim

35. Há comissão de padronização de materiais com a participação da CCIH? (verificar ATA)

Não Sim

36. Há comissão^(NT8) de farmácia e medicamentos com a participação da CCIH? (verificar ATA)

Não Sim

37. A CCIH realiza controle sistemático do uso de antimicrobianos? (evidenciar controles)

Não Sim

38. A CCIH divulga informações e indicadores de forma regular entre o corpo clínico?

Não Sim - Periodicidade _____mês(es) (evidenciar)

39. O hospital tem uma unidade responsável pela vigilância dos agravos de notificação?

Não Sim (verificar)

40. A CCIH realiza ou integra a vigilância dos agravos de notificação?

Não Sim

41. A CCIH notifica ao SVIH estadual ou municipal?

Não Sim Apenas surtos

42. Há sistemática institucional regular para a detecção de casos de infecção pós-alta?

Não Sim (verificar)

43. O PCIH define um Sistema de Vigilância das IH?

Não Sim

44. Qual o critério que a CCIH utiliza para o diagnóstico das IH? (verificar escrito)

Coordenação estadual JNMISS JNMISS_APECIH Outro: _____

ANEXOS

45. Sistemática da vigilância adotada e realizada:

	Ação de vigilância	Não	Sim passiva	Sim ativa
Área	Vigilância de IH global			
	Vigilância em todas as áreas críticas			
	Vigilância em pelo menos uma área crítica			
Topografia	Vigilância - trato urinário			
	Vigilância - trato respiratório			
	Vigilância - sítio cirúrgico			
	Vigilância - corrente sangüínea			
O u t r a s	Vigilância - consumo de antimicrobiano			
	Vigilância - consumo de germicida			
	Vigilância - consumo de sabão líquido			
	Vigilância de culturas			

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

VII. Procedimentos, normas e rotinas

Assinale com **X** os procedimentos ou rotinas **existentes, por escrito:** (verificar)
(validadas pela CCIH nos casos de serviços terceirizados)

46. Lavagem de Mãos

47. Curativos

48. Uso de cateter intravenoso/arterial

49. Infecção do trato urinário

50. Infecção de trato respiratório

51. Infecção de sítio cirúrgico

52. Uso de antimicrobianos

53. Antibioticoprofilaxia cirúrgica

54. Microbiologia

55. Precauções e isolamento

56. Desinfecção e esterilização de artigos

57. Lavanderia hospitalar

58. Limpeza de ambiente

59. Higiene dos alimentos

60. Controle de vetores e roedores

61. Controle da qualidade da água

VIII. Cronograma de visitas (NT9)

Área - Serviço	Não se aplica	62. Há programação de visitas?		63. Há relatórios das visitas? últimos 12 meses	
		Sim	Não	Sim	Não
UTI Adulto					
UTI Pediátrica					
UTI Neonatal					
UTI Coronariana					
Unidade de Queimados					
Unidade de Transplante					
Unidade de Oncologia					
Pronto Socorro					
Centro Cirúrgico					
Laboratório de Microbiologia					
Central de Esterilização					
Lavanderia					
Serviço de Nutrição					
Serviços de Limpeza					

ANEXOS

IX. Dados e indicadores das IH disponíveis (NT10)

Atenção: não se aplica deixar em branco

64. Indicador por área crítica	área crítica				
	Berçário Alto Risco	UTI Neonatal	UTI Pediátrica	UTI Adulto	Queimado
Taxa de IH - normalmente disponível	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim
Densidade de Incidência da IH	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim
Valores numéricos - mês 8/2007					
Valor da Taxa de IH					
Densidade de Incidência da IH					

65. Indicador por procedimento de risco - UTI	procedimento		
	Uso de Ventilador	Cateter vesical	Catéter central
Taxa de IH por procedimento	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim
Valores numéricos - mês 8/2007			
Densidade de Incidência			

66. Indicador por localização topográfica	localização			
	Trato Urinário	Trato Respiratório	Sítio cirúrgico	Corrente sangüinea
Registra N°. de ocorrências por:	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim	[]Não []Sim
Valores numéricos - mês 8/2007				
N°. de ocorrências por localização				

X. Observação de áreas

67. Todos os setores críticos do hospital dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e ou anti-séptico e papel toalha para a lavagem das mãos dos profissionais?

Não Sim (UTI = 1 lav. p/SL; Neo = 1 p/ 4 berços)

68. Gel alcoólico está disponível para higienização das mãos nas áreas críticas?

Não Sim

69. Existem recipientes apropriados para o descarte dos diferentes resíduos?

Não Sim

70. Existem disponíveis os EPIs necessários (máscara cirúrgica, máscara N95 para aerossóis, luva, óculos, avental)?

Não Sim

71. Os coletores de urina são do tipo fechado, com válvula anti-refluxo?

Não Sim

72. O hospital conta com laboratório de microbiologia?

Não Sim em outro local Sim no local

73. O processamento das amostras para a realização de exames microbiológicos é:

Manual Automatizado

74. O tempo médio para a expedição de resultados de culturas é adequado?:

Não Sim

75. A CCIH recebe regularmente cópia dos resultados?

Não Sim

76. A lavanderia hospitalar possui sistema de barreira e fluxo adequados?

Não Sim Externa

77. O serviço de limpeza é supervisionado por enfermeiro do hospital?

Não Sim

78. Há manual de treinamento para os auxiliares de limpeza?

Não Sim

X. Observação de área – continuação - Central de Materiais

79. O centro de materiais possui barreira adequada?

 Não Sim

78. O centro de materiais possui fluxo adequado?

 Não Sim

79. O centro de materiais possui normas escritas?

 Não Sim

80. O centro de materiais possui enfermeira exclusiva?

 Não Sim

81. Agentes:

Autoclave a vapor Não SimCalor seco Não SimMeio químico (autoclave de formaldeído, óxido de etileno) Não SimPlasma (peróxido de hidrogênio) Não Sim

82. Utiliza glutaraldeído para a desinfecção ou esterilização de materiais?

 Não Sim

83. Utiliza somente em área apropriada (ventilação, EPI)?

 Não Sim Não se aplica

84. Controle de qualidade:

Bowie & Dick Não Sim (diário)Fita termossensível Não Sim (todos os pacotes e caixas)Integrador químico Não Sim (todas as caixas)Biológico Não Sim (uma vez por semana)

85. Foi verificada alguma prática inadequada (uso de papel craft, estufa, formalina, ausência de controle de validade)?

 Não Sim

XI. Biossegurança

86. Há registros da situação vacinal^(HVB) dos funcionários no hospital? Não Sim87. Há normas escritas para o atendimento aos acidentados no trabalho com material biológico? (verificar) Não Sim88. O laboratório do hospital realiza o teste rápido para HIV nos pacientes-fonte de acidentes com material biológico? Não Sim

XII. Conclusões

Da CCIH	Não	Sim
Existe		
Ativa		
Membros consultores adequados		
Membros executores adequados		
Formalmente designados		
Infraestrutura adequada		
Do PCIH	Não	Sim
Existe		
Atualizado há menos de 2 anos		
Cumprido integralmente		
Cumprido parcialmente		
Não cumprido		
Existem normas e rotinas visando à prevenção	_____ (16)	_____ (16)
Há elaboração de relatórios regulares		
Conta com apoio de laboratório de microbiologia		
Há um sistema para a vigilância das IH		

Assinatura do médico fiscal

ANEXOS

Ref. DEF Nº. _____ Data vistoria ___/___/___

Instituição: _____ Município _____

Resp. Informação _____

Tabela 1 – Quadro de pessoal

Quadro de pessoal	Qtdd
Médico (plantonista, diarista)	
Horas médicas/semanais	
Médicos cadastrados, ativos	
Enfermeiro	
Técnico de enfermagem	
Auxiliar de enfermagem	
Farmacêutico	
Nutricionista	
Demais	

Tabela 2 - Parâmetros hospitalares

Parâmetro	<i>valor mensal - trimestre</i>		
	Junho	Julho	Agosto
Entradas			
Saídas			
Óbitos hospitalares			
Leitos-dia			
Pacientes-dia			
Cirurgias			
Partos Normais			
Partos Cesáreas			

Notas Técnicas

Notas técnicas

NT1. Unidade hospitalar de ensino:

Hospital de ensino: Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior. Exige-se abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da saúde; abrigar programas de Residência Médicas, regularmente credenciados; abrigar atividades regulares de pesquisa; possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais; possuir ou ter acesso a biblioteca.

NT2. Leito de internação: É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço. Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de observação, incluindo os leitos de pré-parto e os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, os leitos de berçário para recém-nascidos sadios, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos.

Em situações excepcionais, um leito hospitalar de observação ou uma maca podem corresponder a um leito hospitalar de internação. Os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo devem ser considerados leitos hospitalares de internação.

Leitos operacionais

Leitos operacionais: São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Capacidade hospitalar planejada: É a capacidade total de leitos do hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer razão.
Termos equivalentes: capacidade hospitalar institucional, capacidade hospitalar total.

Capacidade hospitalar instalada: É a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão. Termos relacionados: leitos instalados, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Capacidade hospitalar operacional: É a capacidade dos leitos em utilização e dos leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados. Termos relacionados: leitos operacionais, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Capacidade hospitalar de emergência: Somatória dos leitos que podem ser disponibilizados dentro de um hospital, em circunstâncias anormais ou de calamidade pública. Termos relacionados: leitos extras, capacidade hospitalar instalada, leitos instalados.

NT3. Berçário de alto risco: Destina-se ao atendimento do recém-nascido considerado de alto risco nas seguintes condições: transferência da unidade de terapia intensiva, nas primeiras 24-48 horas; observação nas primeiras 72 horas de vida de pacientes com peso entre 1500-2000g; presença de desconforto respiratório leve; necessidade de venoclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos; tratamento para hiperbilirrubinemia grave; prematuros em fase de ganho de peso; entre outros, conforme a rotina de cada serviço.

NT4. UTI Neonatal: A unidade de tratamento intensivo ou de cuidados intensivos destina-se ao atendimento de pacientes graves ou de risco para morte, dispondo de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. No período neonatal, destina-se a portadores de instabilidade hemodinâmica, distúrbios metabólicos graves, insuficiência respiratória, alterações das funções vitais; peso ao nascer inferior a 1.200g; pacientes que necessitem de nutrição parenteral, cateterismo central, cirurgias, entre outras indicações.

Notas técnicas

NT5. Parâmetros da operação hospitalar:

Unidade: É o conjunto de elementos funcionalmente agrupados, onde são executadas atividades afins. Pode variar em número, dimensão e denominação, em função da capacidade operacional, finalidade e técnicas adotadas.

Entradas: É a entrada do paciente na unidade de internação, por internação, incluindo as transferências externas, ou por transferência interna. Termos relacionados: internação, transferência interna, transferência externa.

Saída: É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As Transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares. Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.

Óbitos hospitalar: É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Termos relacionados: saída, óbito institucional.

Óbito institucional: É aquele que ocorre após decorridas pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente. Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar. Termos relacionados: saída, óbito hospitalar.

Leito-dia: Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. Termos relacionados: leito hospitalar de internação, dia hospitalar

Pacientes-dia: Unidade de mensuração da assistência prestada em dia hospitalar a um paciente internado. O dia de alta somente será computado quando esse ocorrer no dia da internação.

NT6. Composição da CCIH:

A Portaria MS/GM 2616/98 estabelece que, para a adequada execução do PCIH, os hospitais devem constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

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

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços: 2.3.1. Serviço médico;

2.3.2. Serviço de enfermagem; 2.3.3. Serviço de farmácia; 2.3.4. Laboratório de microbiologia; 2.3.5.

Administração. 2.4. Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1. e 2.3.2.

2.5. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

2.5.1. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2. A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicados no número 2.5.1.

2.5.1.3. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

2.5.1.3.1. Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos: pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal); pacientes de berçário de alto risco; pacientes queimados; pacientes submetidos a transplantes de órgãos; pacientes hemato-oncológicos; pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2.5.1.5. Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1., a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6. Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7. Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8. O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

Notas técnicas

NT7. Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH

A Portaria MS/GM 2616/98, em atenção ao que determina a Lei 9431/97, esclarece 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 da gravidade das infecções hospitalares. O PCIH deve, no mínimo, contemplar os seguintes conjuntos de ações:

- implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

NT8. Aquisição de produtos:

A Portaria MS/GM 2616/98 (item 3.7 do Anexo I) atribui à CCIH a competência para definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição. Entre estes últimos, convém destacar a importância de cateteres vasculares, sondas vesicais e endotraqueais, insumos para curativos, testes para controle de qualidade da esterilização de materiais e outros produtos.

NT9. Cronograma de visitas:

As visitas técnicas (capítulo VIII da versão de 06/09/2007) dos membros executores da CCIH aos diversos serviços do hospital – principalmente àqueles considerados críticos (os que constam da tabela) – não são obrigatórias, mas são consideradas, no roteiro de inspeção que integra a RDC ANVISA 48/2000, importante evidência do nível de atividade da CCIH. A existência de um cronograma formal de visitas, ou os relatórios de visitas já realizadas, materializam a preocupação da CCIH quanto à efetiva realização das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares nesses locais críticos.

NT10. Indicadores:

Taxa de Infecção Hospitalar: calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar: calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

Densidade de incidência das IH: calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de pacientes dia, no período. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente: calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento: calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento. Recomenda-se que esse indicador seja calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

Legislação sobre controle de infecções hospitalares

No Brasil, o controle de infecções hospitalares começou a ser aprimorado por meio da Portaria 196/83 do Ministério da Saúde.

Em 1997, a Lei 9.431 e a Portaria 2.616/98 do Ministério da Saúde estabeleceram e delimitaram o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, que obriga os hospitais a criarem comissões permanentes de controle das infecções hospitalares, a CCIH.

Pela lei, as comissões permanentes devem ser compostas por representantes dos médicos, enfermeiros e da administração hospitalar. Nos hospitais de maior porte, também devem ser incluídos os representantes dos laboratórios de microbiologia e das farmácias hospitalares.

Em 2000, um ano após a criação da Anvisa, apenas 12 estados brasileiros possuíam comissões estaduais de controle de infecção. No fim de 2002, os 26 estados e o Distrito federal já haviam reorganizado suas comissões.

Veja abaixo a legislação na íntegra:

Portaria 196/83, do Ministério da Saúde

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar começou a ser regulamentado em 1983, com a **Portaria** MS nº **196/83**, que foi revogada e substituída pela **Portaria** MS nº 930/92. Atualmente, está em vigor a **Portaria** nº 2616, de 12 de maio de 1998, que revogou a **Portaria** nº 930/92. Em 1997, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Lei nº 9431/97, que em seu artigo 1º fala da obrigatoriedade dos hospitais manterem um Programa de Infecções Hospitalares (PCIH) e no artigo 2º preconiza a criação de Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) para execução deste controle.

Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997

Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os hospitais do País são obrigados a manter Programa de Controle de Infecções Hospitalares - PCIH.

§ 1º Considera-se programa de controle de infecções hospitalares, para os efeitos desta Lei, o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 2º Para os mesmos efeitos, entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Art. 2º Objetivando a adequada execução de seu programa de controle de infecções hospitalares, os hospitais deverão constituir:

I - Comissão de Controle de Infecções Hospitalares;

II - (VETADO)

Art. 3º (VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5º (VETADO)

Art. 6º (VETADO)

Art. 7º (VETADO)

Art. 8º (VETADO)

Art. 9º Aos que infringirem as disposições desta Lei aplicam-se as penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 10 (VETADO)

Art. 11 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 12 Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 6 de janeiro de 1997; 176º da Independência e 109º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998

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

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

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

Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”;

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

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

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

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

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

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

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

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

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

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

ANEXO I (Portaria 2.616)

ORGANIZAÇÃO

1. 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 da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

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

2.2. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

ANEXOS

2.3. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

- 2.3.1. serviço médico;
- 2.3.2. serviço de enfermagem;
- 2.3.3. serviço de farmácia;
- 2.3.4. laboratório de microbiologia;
- 2.3.5. administração.

2.4. Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1 e 2.3.2.

2.5. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

2.5.1. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2. A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número 2.5.1.

2.5.1.3. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

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

- 2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);
- 2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;
- 2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;
- 2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;
- 2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;
- 2.5.1.3.1.6. pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2.5.1.4. Admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1;

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

2.5.1.5. Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1, a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6. Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7. Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8. O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

COMPETÊNCIAS

3. A CCIH do hospital deverá:

3.1. elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

3.1.1. implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;

3.1.2. adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.3. capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.4. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.2. avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

3.3. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

ANEXOS

3.4. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

3.5. elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6. adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

3.7. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

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

3.9. elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

3.10. cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

3.11. notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

3.12. notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

4. Caberá à autoridade máxima da instituição:

4.1. constituir formalmente a CCIH;

4.2. nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

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

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

4.4. aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

4.5. garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

4.6. garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

4.7. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;

4.8. fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, compete:

5.1. definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;

5.2. apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.3. coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.4. estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

5.5. estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar;

5.6. promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimentos do controle de infecção hospitalar;

5.7. cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;

5.8. identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;

5.9. prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.10. acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;

5.11. estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;

5.12. estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;

5.13. planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;

5.14. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.

6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

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

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

6.3. descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;

6.4. prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;

6.5. coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;

6.6. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;

6.7. informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

7. Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

7.1. coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;

7.2. participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;

7.3. colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;

7.4. prestar apoio técnico às CCIH dos hospitais;

7.5. informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

ANEXO II (Portaria 2.616)

CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Conceitos básicos.

1.1. Infecção comunitária (IC):

1.1.1. é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

1.1.2. São também comunitárias:

1.1.2.1. a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2. a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3. As infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2. Infecção hospitalar (IH):

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

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

2.1. Princípios:

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

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

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

2.1.1.3. evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4. endoscopia;

2.1.1.5. biópsia e outros.

2.2. Critérios gerais:

2.2.1. quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2. quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionam-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3. são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4. as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5. os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

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

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

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

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

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

3.2.2. Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3. Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

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

ANEXO III (Portaria 2.616)

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. 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.

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

ANEXOS

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

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

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1. Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3. Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4. Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos: Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação. Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5. Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1. e 5.2. sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6. Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

5.6.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

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

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

5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos.

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

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

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

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

6. Relatórios e Notificações

ANEXOS

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

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

6.3. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

6.4. O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital/ Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

ANEXO IV (Portaria 2.616)

LAVAGEM DAS MÃOS

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

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

3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.

4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades.

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

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

considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1. A lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em;

- realização de procedimentos invasivos;

- prestação de cuidados a pacientes críticos;

- contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como catéteres e drenos.

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

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

ANEXO V (Portaria 2.616)

RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/ MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1. Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, 1994 - princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, ou outras que as complementem ou substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do

ANEXOS

Ministério da Saúde - Manual de Lavanderia Hospitalar, 1ª edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

SINAIS - Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde

A Anvisa disponibiliza o Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (Sinais). O objetivo é oferecer aos gestores de saúde e hospitais brasileiros um instrumento para o aprimoramento das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

O Sistema permite a entrada de dados e emissão de relatórios em uma rotina de trabalho que acompanha as atividades já desenvolvidas pelos centros de controle de infecção hospitalar (CCIH) do país. A análise dos indicadores permite a compreensão abrangente, ao mesmo tempo detalhada, do comportamento das infecções relacionadas à assistência e do impacto das medidas de controle adotadas.

O diretor do hospital ou pessoa delegada por ele é o responsável pelo preenchimento do cadastro do Hospital no Sistema (dados inseridos) e pelo envio periódico de informações para a Anvisa. O uso do programa é gratuito e a sua implantação pelos hospitais do país é uma ação importante para o controle de infecções hospitalares no país.

O Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde conta com um hot site, que permite o cadastro no sistema Sinais e a transmissão dos dados para o banco de dados nacional de forma direta.

Além disso, o hot site disponibiliza o acesso à consulta Web dos dados do Sinais (ferramenta que possibilita a visualização dos dados sobre infecções em serviços de saúde, pelos hospitais que transmitem os dados, municípios, estados e pela Anvisa) e ao Manual do Sinais (que fornece orientações aos hospitais para uso do sistema).

Ao acessar a página, o leitor encontra as principais informações do Sistema Sinais, como datas e locais dos próximos treinamentos estaduais, legislação sobre o controle de infecções em serviços de saúde, perguntas frequentes dos usuários e aulas para treinamentos locais.

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sinais/index.htm>

REDE RM – Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde

A Anvisa, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e com a Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB/SVS/MS, tem instituído medidas para monitorar e controlar a resistência microbiana em serviços de saúde. Dentre essas medidas, destaca-se a criação da “Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM”. Esta Rede tem como principal objetivo tornar a assistência à saúde mais efetiva por meio do uso adequado de antimicrobianos e da detecção, prevenção e controle da emergência de resistência microbiana em serviços de saúde no país.

A Rede RM é constituída por Hospitais Sentinela (Laboratórios de Microbiologia e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar), Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, Comissões Estaduais e Municipais de Controle de Infecção Hospitalar e diversos colaboradores. Os objetivos específicos deste projeto são:

1. Padronizar método para uso em laboratórios de microbiologia que garanta acurácia e reprodutibilidade de análises microbiológicas no âmbito nacional e mecanismos para melhoria da qualidade desses dados.
2. Capacitar laboratórios de saúde pública e de hospitais sentinelas participantes do projeto RM, para atuarem em rede na identificação e confirmação da resistência microbiana.
3. Capacitar as comissões de controle de infecção do DF, estados, municípios e hospitais do projeto RM, para atuarem em rede, provendo dados epidemiológicos das infecções.
4. Implementar Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde.
5. Monitorar perfil de patógenos prioritários para realização de estudos epidemiológicos.
6. Identificar e estimular a adoção de estratégias de prevenção e controle específicos para os patógenos estudados.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

7. Estabelecer diretrizes e definições de estratégias de atuação para a vigilância, a prevenção e controle da disseminação da resistência microbiana hospitalar e comunitária.

8. Criar sistema de notificação e retorno de informação sobre detecção, prevenção e controle da disseminação da resistência microbiana.

9. Analisar o impacto da implantação da Rede RM e da adoção das recomendações adotadas.

10. Servir de base para programa permanente para monitoramento do perfil de sensibilidade e controle da resistência microbiana hospitalar no Brasil.

Link para a Rede RM, onde podem ser consultados os principais documentos da Rede:

http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/index.htm

Link para a lista de hospitais participantes:

http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/lista_participantes.pdf

Mais informações em:

<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/index.htm>

Roteiro de procedimentos adotados pelo Ministério Público**Aviso nº 195/2009 – PGJ**

O Procurador-Geral de Justiça, no uso de suas atribuições legais e a pedido do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis e de Tutela Coletiva (Área de Saúde Pública), CONSIDERANDO a Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que estabelece a obrigatoriedade de implementação de uma CCIH – Comissão de Controle de Infecções Hospitalares e de manutenção de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares em todas unidades hospitalares;

CONSIDERANDO a Portaria MS-GM nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que delimita o que é, como deve ser efetivado o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, sua composição, a estrutura para seu adequado funcionamento e as atribuições da CCIH;

CONSIDERANDO o trabalho “Diagnóstico e Monitoramento do Controle de Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo”, desenvolvido pelo Ministério Público do Estado de São Paulo e pelo CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, por meio do qual foram vistoriados 162 (cento e sessenta e dois) hospitais públicos e privados do Estado, segundo roteiro de vistoria previamente discutido e organizado, elaborando-se 118 (cento e dezoito) relatórios de vistoria nos casos em que foram constatadas irregularidades que indicam risco à saúde e à vida dos usuários;

CONSIDERANDO, por fim, o Plano Geral de Atuação do Ministério Público de São Paulo para o ano de 2009 (Ato Normativo nº 561-PGJ, de 9 de dezembro de 2008, Anexo Único, Capítulo II, item 3.2),

AVISA que os relatórios de vistoria sobre o controle de infecções hospitalares serão encaminhados aos Promotores de Justiça com atribuição na área de Direitos Humanos/Saúde Pública, mantendo-se o CAO Cível e de Tutela Coletiva à disposição para eventuais esclarecimentos e envio de material de apoio, incluindo livro a ser publicado em breve, fruto da parceria com o CREMESP.

Modelo - Ação Civil pública com pedido de tutela antecipada

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA
__ VARA _____ DA COMARCA DE _____.

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, por meio de seu representante que esta subscreve, nos termos da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, vem ajuizar a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA,
observando-se o procedimento comum ordinário, em face do Hospital
_____, que deverá ser citado na pessoa do _____, na rua
_____, pelos motivos de fato e de direito a seguir descritos:

I - DA LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

A Constituição Federal, em seu artigo 129, II, determina ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados no texto constitucional, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.

A Carta Magna conceituou em seu artigo 197 que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde”. Essa conceituação teve como móvel possibilitar a atuação do Ministério Público frente aos Poderes Públicos, em prol da sociedade.

A Constituição do Estado de São Paulo, igualmente, em seu artigo 91; a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, em seu art. 25, inciso IV, alínea “a”; e a Lei Orgânica do Ministério Público do Estado de São Paulo, em seu art. 103, incisos VII, “a” e VIII, cometem ao Ministério Público legitimidade para o ajuizamento da ação civil pública para a defesa, em juízo, dos interesses difusos e coletivos indisponíveis.

O Ministério Público tem o dever irrenunciável e impostergável de defesa da cidadania, cabendo-lhe exigir dos Poderes Públicos e dos que agem em atividades essenciais o efetivo respeito aos direitos constitucional e legalmente assegurados na prestação dos serviços relevantes e essenciais.

II - DO OBJETO DESTA AÇÃO

A partir do século XIX foi despertada a preocupação da medicina em relação à infecção hospitalar, principalmente com os trabalhos de Ignaz Semmelweis¹, os quais verificaram a ocorrência de doenças graves decorrentes de tratamentos terapêuticos realizados sem higiene adequada. Desde então, o controle dos estabelecimentos hospitalares e fornecedores de serviços de saúde, para a prevenção de infecções hospitalares, tornou-se uma necessidade para a garantia de um serviço de saúde eficiente.

Nesse sentido, o IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), atento a esta necessidade, desenvolveu o estudo “O Controle de Infecção Hospitalar no Brasil e os Consumidores”, no qual concluiu haver falta de informação aos consumidores sobre Infecção Hospitalar, em função da inexistência de dados importantes como a taxa de mortalidade de vítimas de infecção hospitalar, conforme os documentos presentes no Inquérito Civil nº__.

Há, também, no âmbito do Direito Sanitário, considerações doutrinárias acerca da matéria asseverando que: “as infecções hospitalares constituem grande risco à saúde dos pacientes internados em clínicas e hospitais, por isso, sua prevenção e controle envolvem não só medidas de qualificação da assistência hospitalar, mas também de vigilância sanitária, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, pois o Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 5º, III) tem por escopo a assistência às pessoas por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a ação integrada de ações assistenciais e preventivas. Os órgãos estaduais de saúde no exercício da atividade fiscalizatória deverão observar a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de formas de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes e pacientes”.²

1 PUCCINI P.T. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]*, 2009; p. 3.

2 DINIZ, Maria Helena. O Estado Atual do Biodireito, 4ª edição, 2007, ed. Saraiva; pp. 151-152.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em atenção a este problema, o Ministério Público de São Paulo e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo desenvolveram um projeto sob o título “Diagnóstico e Monitoramento do Controle de Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo”, o qual possibilitou uma forma de avaliação do controle e monitoramento de infecção hospitalar, por meio de roteiros previamente elaborados por especialistas que foram utilizados em vistorias in loco.

Assim, com a conclusão do projeto e a elaboração dos relatórios, o CAO – Centro de Apoio Operacional Cível e de Tutela Coletiva do Ministério Público de São Paulo, na área de Saúde Pública, expediu ofício com o relatório referente ao Hospital _____, diante do qual foi instaurado o Inquérito Civil nº ___ com a finalidade de apurar seu procedimento de controle de infecção hospitalar que, segundo as conclusões dos Médicos Fiscais do CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo), não era realizado de forma regular.

Durante as investigações, foi solicitado à direção do Hospital _____, bem como à Pasta de Saúde, o envio de informações acerca do relatório expedido pelo CREMESP, o qual acusava a inexistência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, bem como de Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Em resposta, a direção do Hospital _____ e a Pasta de Saúde informaram que o relatório então apresentado pelo CREMESP já estava desatualizado, pois o controle de infecção hospitalar fora reestruturado e cumpria as exigências legais.

Diante do informado, foi solicitada nova inspeção pelo Ministério Público de São Paulo, por parte do CREMESP, do COREN – Conselho Regional de Enfermagem e da Vigilância Sanitária Estadual, órgãos que puderem verificar, conforme documentos de fls __, __ e __ do Inquérito Civil nº __, que a referida reestruturação do Hospital _____ ocorreu. Todavia, esta reestruturação não foi capaz de eliminar os problemas relativos ao controle de infecção hospitalar detectados inicialmente, uma vez que não há controle de antimicrobianos e a área de esterilização de materiais, bem como os agentes esterilizantes foram classificados como inadequados pela vistoria, prejudicando qualquer atuação eficiente no efetivo controle das infecções relacionadas com as ações e serviços de saúde do local. Além disso, apesar da formalização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, esta não registrou a realização de reuniões periódicas, bem como não elaborou regimento interno, conforme os relatórios presentes nos autos.

Verificadas as irregularidades, foi proposto à Administração Pública e ao hospital _____ a elaboração de termo de compromisso de ajustamento de conduta, a fim de regularizar a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o controle de antimicrobianos e os procedimentos de esterilização. Entretanto, não houve interesse dos investigados, conforme ata de reunião de fls. __ presente no Inquérito Civil.

Assim, não restou outra alternativa ao membro do Ministério Público Paulista senão ajuizar a presente Ação Civil Pública, a fim de garantir o cumprimento do controle de infecção hospitalar, realizado em inobservância da lei e normas técnicas que visam conferir eficiência ao serviço de saúde.

III - DO DIREITO

A Carta Magna, que como se sabe estabeleceu um Sistema Único de Saúde com princípios constitucionais que devem ser respeitados por todos, disse que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), atribuição que deve ser cumprida também pelo ____ (art. 23, inciso II) e que inclui o atendimento integral (art. 198, II).

Isto significa que um hospital importante como o _____, não pode ser objeto de uma administração que o conduza a uma situação tão crítica, um descaso absoluto com a coisa pública e a saúde da população, pois isto fere os princípios constitucionais que regem a matéria.

A lei exige mais: “os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos. Parágrafo único – Nos casos de descumprimento, total ou parcial, das obrigações referidas neste artigo, serão as pessoas jurídicas compelidas a cumpri-las e a reparar os danos causados, na forma prevista neste Código” (art. 22 do Código de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1.990).

A Constituição do Estado de São Paulo, por sua vez, prescreveu que “o Poder Público Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante: 1 – políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do

indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos; 2 – acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis” e ainda “4 – atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde” (art. 219, parágrafo único); sendo certa a “gratuidade dos serviços prestados” (art. 222, inciso V), como não poderia deixar de ser diante da sistemática constitucional, e a “assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos dos segmentos da população” (art. 223, inciso I).

No mesmo sentido são as normas do Código de Saúde do Estado de São Paulo (Lei Complementar Estadual nº 791/95).

Assim, a fim de que o serviço de saúde seja realizado de forma integral e eficiente, a atenção à legislação e normas atinentes ao controle de infecção hospitalar se faz necessária. Deve-se, portanto, observar a Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, a Lei Estadual Nº 10.083, de 23 de setembro de 1998, a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, e a Resolução CFM nº 1.552 de 20 de agosto de 1999.

A Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, que obriga a manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais brasileiros, define-o como “o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares” (art. 1º, §1º), que não são apenas aquelas que ocorrem durante as internações, mas “qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização” (art. 1º, §2º).

Ainda sobre a comissões de controle, a Lei Estadual Nº 10.083, de 23 de setembro de 1998 exige, em seu artigo 50, que os estabelecimentos de assistência à saúde deverão implantar e manter comissões de controle de infecção definidos em norma técnica.

O Ministério da Saúde regulamentou o controle de infecção hospitalar através da Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que prevê as ações mínimas necessárias a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, as quais compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares. Assim, temos o estabelecido como seus componentes:

“Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO I

ORGANIZAÇÃO

1. 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 da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.”

Quanto às atribuições da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

“3. A CCIH do hospital deverá:

3.1. elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

3.1.1. implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;

3.1.2. adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;”

Sobre a necessidade do controle de antimicrobianos:

“3.1.4. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;”

Sobre os relatórios da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

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

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

Cabe ressaltar, nesse sentido, que o prejuízo causado pela ineficiência dos fornecedores de serviços de saúde, no controle das infecções hospitalares, já foi

avaliado pela jurisprudência brasileira, a qual consolidou o entendimento da natureza subjetiva da responsabilidade dos médicos e objetiva dos hospitais, pois as infecções hospitalares fazem parte dos riscos inerentes à prestação dos serviços médico-hospitalares.³

Verifica-se, portanto, que o Hospital _____ viola as normas presentes na Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998 e, conseqüentemente, toda a sistemática legal que a fundamenta, uma vez que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar foi formalizada, mas não realizadas as atividades previstas na norma técnica, além das condições inapropriadas de controle de antimicrobianos e da área de esterilização de materiais.

IV – DA TUTELA ANTECIPADA

Por todo o exposto, é o caso de pleitear-se a antecipação da tutela pretendida, uma vez que o provimento da pretensão ao final da lide poderá ser inócuo para prevenir os danos causados ao público e à própria saúde pública, uma vez que a população destinatária está exposta aos riscos de um estabelecimento que presta um serviço de saúde inadequado. Relevante é o fundamento da lide, pois presentes estão o *fumus boni juris* e o *periculum in mora*, nos termos do artigo 12 da Lei 7.347/85 e do artigo 460, parágrafo 3º. do Código de Processo Civil.

Presentes a aparência do bom direito e o perigo da demora. Conforme já foi exaustivamente ressaltado, a prestação do serviço de saúde é serviço de relevância pública, e por isto os requeridos devem exercê-lo de modo apropriado aos usuários. A obrigação da prestação adequada desse serviço essencial é princípio que deve ser cumprido plenamente a satisfazer a demanda. Neste sentido o art. 22 da Lei n. 8078/90, segundo o qual “os órgão públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos. Parágrafo único – Nos casos de descumprimento, total ou parcial, das obrigações referidas neste artigo, serão as pessoas jurídicas compelidas a cumpri-las e a reparar os danos causados, na forma prevista neste Código”.

³ Tribunal de Justiça de São Paulo, 26ª Câmara de Direito Privado, Apelação com Revisão nº 936.350-0/3, 2007, Relator Desembargador Felipe Ferreira); e TRF – 2ª Região, Quinta Turma, Apelação Cível nº 1997.38.00.031952-5/MG, 2007, Relator Desembargador Fagundes de Deus.

O perigo da demora também está suficientemente ressaltado nesta petição inicial. Existe justificado receio de ineficácia do provimento final, razão pela qual é preciso que seja concedida liminarmente e com urgência a medida pleiteada. Há sério risco à vida e à saúde dos usuários, não sendo possível deixar que mais problemas aconteçam para somente depois atuar.

Assim:

1) a realização do controle de antimicrobianos, de acordo com o exigido pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, que já regulamentou expressamente a obrigação dos médicos em seguir o protocolo de utilização dos antibióticos dos hospitais, estabelecido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (Resolução CFM nº 1.552 de 20 de agosto de 1999);

2) a adequação da área de esterilização de materiais, bem como

3) a adequação dos agentes esterilizantes, conforme as determinações do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, devem ser exigidas do hospital _____ in limine.

Em caso do deferimento da liminar, não havendo atendimento integral por parte dos requeridos dentro dos prazos fixados, aguarda-se a cominação de multa diária de R\$10.000,00 (dez mil reais), ou outro valor a ser arbitrado por Vossa Excelência, na forma do Parágrafo 2º. do Artigo 12 da Lei n. 7.347/85.

V – DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, o Ministério Público do Estado de São Paulo requer a citação do Hospital _____, na pessoa de seu representante legal, para que, no prazo legal, conteste a presente ação, sob pena de suportar os efeitos da revelia (CPC, art. 319), que deverá ser julgada inteiramente procedente, para condenar o Hospital _____ às obrigações de fazer, no prazo de trinta dias, consistentes na correção de todas as irregularidades apontadas nos relatórios apresentados pelas vistorias do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e da Vigilância Sanitária Estadual, ou seja:

1) promover o controle de antimicrobianos, de acordo com o exigido pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Resolução CFM nº 1.552 de 20 de agosto de 1999);

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

2) tornar a área de esterilização de materiais, bem como os agentes esterilizantes adequados, conforme as determinações do Conselho Regional de Medicina de São Paulo;

3) elaborar o regimento interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

4) realizar reuniões periódicas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a fim de produzir os relatórios previstos na Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, e

5) Por fim, que as intimações do Ministério Público sejam realizadas pessoalmente, na forma da lei, na rua Riachuelo, 115, 3º andar, sala 333, Centro.

Ressalte-se que as exigências dos órgãos de fiscalização estão elencadas em documentos que acompanham esta Ação Civil Pública (fls __, __ e __).

Protesta pela produção de provas, por todos os meios admitidos em direito, sobretudo pela juntada de novos documentos e perícias, além de oitiva de testemunhas e peritos, caso se faça necessário.

Em virtude de expressa previsão legal de dispensa de custas, tanto para o demandante quanto para o demandado, e da vedação constitucional ao recebimento de honorários advocatícios por parte do Ministério Público, deixa de postular nesse sentido.

Dá à causa o valor de R\$ __.000,00 (_____ reais).

Data, Cidade

Promotor de Justiça

Recomendação Infecção Hospitalar

RECOMENDAÇÃO Nº __/2009

CONSIDERANDO ser incumbência do Ministério Público a defesa da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses sociais e individuais indisponíveis e a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição Federal, promovendo as medidas necessárias à sua garantia, tal como se infere das disposições de caráter constitucional previstas nos artigos 127 e 129, II da Constituição Federal e artigo 91, da Constituição do Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO que o Código Sanitário Estadual (Lei Estadual nº 10.083/1998) prevê, em seu artigo 50, que “os estabelecimentos de assistência à saúde que deverão implantar e manter comissões de controle de infecção serão definidos em norma técnica.”;

CONSIDERANDO a Portaria MS-GM nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que delimita o que é, como deve ser efetivado o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, sua composição, a estrutura para seu adequado funcionamento e as atribuições da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.552 de 20 de agosto de 1999, a qual estabelece a obrigação dos médicos em seguir o protocolo de utilização dos antibióticos dos hospitais, estabelecido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

CONSIDERANDO o trabalho “Diagnóstico e Monitoramento do Controle de Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo”, desenvolvido pelo Ministério Público do Estado de São Paulo e pelo CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, por meio do qual foram vistoriados hospitais públicos e privados do Estado, segundo roteiro de vistoria previamente discutido e organizado, elaborando-se relatórios de vistoria que foram encaminhados aos Promotores de Justiça do Estado de São Paulo;

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

CONSIDERANDO o Plano Geral de Atuação do Ministério Público de São Paulo para o ano de 2009 (Ato Normativo nº 561-PGJ, de 9 de dezembro de 2008, Anexo Único, Capítulo II, item 3.2);

CONSIDERANDO que o artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei Federal nº 8625, de 12 de fevereiro de 1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público), e os artigos 5º e 6º, inciso I, do Ato Normativo nº. 484/06-CPJ, de 05 de outubro de 2006, do Colégio de Procuradores de Justiça do Ministério Público de São Paulo, alterado pelo Ato Normativo nº. 531/08-CPJ de 11 de abril de 2008, facultam ao parquet expedir recomendação administrativa aos órgãos públicos ou privados;

CONSIDERANDO, por fim, todo o conteúdo reunido no Inquérito Civil nº ___, que tem por objetivo apurar o procedimento de controle de infecção hospitalar no Hospital _____ que, segundo as conclusões dos Médicos Fiscais do CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo), não era realizado de forma regular.

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE ESTADO DE SÃO PAULO, representado pelos agentes ministeriais subscritos, no uso de suas atribuições legais, resolve

RECOMENDAR à direção do Hospital _____, em cumprimento às disposições de ordem constitucional, legal e normativa acima referidas, a adoção de providências tendentes ao imediato cumprimento das normas técnicas atinentes ao controle de Infecção Hospitalar, a fim de corrigir as irregularidades encontradas, e em especial o seguinte:

1) Elaboração do regimento interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

2) Realização das reuniões periódicas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a fim de produzir os relatórios previstos na Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998;

3) Elaboração de orientações de controle de infecção para as pessoas que cuidam de outras levando em consideração as recomendações da OMS – Organização Mundial da Saúde;

4) Promoção do controle de antimicrobianos, de acordo com o exigido pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Resolução CFM nº 1.552 de 20 de agosto de 1999);

ANEXOS

5) Adequação da área de esterilização de materiais, bem como dos agentes esterilizantes, conforme as determinações do Conselho Regional de Medicina de São Paulo;

Confere o prazo de 30 (trinta) dias, a partir do recebimento da presente para a correção de todas as irregularidades, devendo o Hospital comunicar ao Ministério Público as providências adotadas.

Data, Cidade

Promotor de Justiça

Inquérito Civil

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE _____

Portaria nº ___/ano

O Ministério Público do Estado de São Paulo, por seu Promotor de Justiça infra-assinado, em exercício na Promotoria de Justiça Cível de _____, no uso das atribuições que lhe são conferidas, considerando:

I – o relatório de vistoria do Hospital _____ elaborado pelo CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que aponta irregularidades no controle de infecções hospitalares;

II – que a Lei nº 9431, de 6 de janeiro de 1997, estabelece que todos os hospitais do país são obrigados a manter programa adequado de controle de infecções hospitalares – PCIH;

III – que consoante o disposto nos artigos 127 e 129, III, da Constituição Federal, art. 25, IV, alínea “b”, da Lei nº 8625/93 e art. 103, VIII, da Lei Complementar Estadual nº 734/93, é função institucional do Ministério Público a defesa dos interesses difusos e coletivos;

IV – a relevância de eventual prejuízo para a saúde pública, em vista dos apontados riscos de infecções hospitalares, e a necessidade de apurar-se detidamente os fatos noticiados,

Resolve:

Instaurar INQUÉRITO CIVIL para apurar os fatos antes descritos, em todas as circunstâncias, determinando, desde logo, as seguintes providências a serem cumpridas pelo Senhor Oficial de Promotoria:

1) a autuação da presente como Inquérito Civil, registrando-se em livro próprio desta Promotoria de Justiça constando como objeto “apuração de irregularidades no controle de infecções hospitalares” e como investigado o Hospital _____;

ANEXOS

2) a expedição de ofício ao Hospital _____ para que, no prazo 30 (trinta) dias, preste informações acerca das irregularidades apontadas pelo CREMESP, comprovando-se, documentalmente, eventuais soluções implantadas, bem como apresentando cronograma de implantação de eventuais pontos pendentes.

3) a expedição de ofício ao representante, com cópia desta portaria, para que tome ciência da instauração deste procedimento.

4) o envio ao CAO Cível, área Saúde Pública, de cópia desta portaria, comunicando-se a instauração do presente procedimento.

Com a resposta, voltem conclusos.

Data, Cidade

Promotor de Justiça

Inquérito Civil

PORTARIA DE INSTAURAÇÃO DE INQUÉRITO CIVIL Nº ___/ano

Investigada: _____

Objeto: Apuração de irregularidades no controle de infecções no hospital mantido pela investigada no Município de _____ .

Para a devida apuração dos fatos de que o Ministério Público tomou conhecimento por ofício encaminhado pelo CAO-CÍVEL (Área da Saúde Pública), INSTAURO o presente Inquérito Civil, nos termos do art. 129, II e III, da Constituição Federal, do art. 97, III, e par. único, da Constituição do Estado de São Paulo, do art. 25, IV, da Lei 8.625/93, do art. 8º da Lei 7.347/85, e do art. 103, VIII, da Lei Complementar Estadual 734/93, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos e discutidos, determinando, ao final, as providências necessárias ao completo esclarecimento do que foi noticiado.

1. CONSIDERANDO a documentação acostada, noticiando que o hospital da investigada em _____ foi vistoriado pelo CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

2. CONSIDERANDO que a vistoria detectou falhas no controle de infecções hospitalares.

3. CONSIDERANDO que a Constituição Federal garante a todos o direito à vida e à saúde.

4. CONSIDERANDO que incumbe ao Ministério Público zelar para que os serviços de relevância pública respeitem os direitos assegurados na Constituição Federal.

5. Assim, para completa apuração dos fatos, instaurou o presente Inquérito Civil e DETERMINO:

5.1. Junte-se a documentação que acompanha a presente portaria.

ANEXOS

5.2. Dê-se conhecimento à investigada da instauração do inquérito civil e solicitem-se-lhe informações em dez dias úteis.

5.3. Solicite-se ao COREN – Conselho Regional de Enfermagem vistoria no hospital, a ser realizada em um mês, que deverá versar sobre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Para orientar o trabalho de tal órgão, envie-se cópia do relatório do CREMESP.

5.4. Solicite-se a mesma vistoria, no prazo de quinze dias, à Vigilância Sanitária Municipal, também lhe enviando cópia do relatório do CREMESP.

5.5. Por telefone, solicite-se ao CREMESP a data da próxima vistoria no hospital, para que ela possa ser acompanhada por representante do Ministério Público.

REGISTRE-SE, AUTE-SE e PUBLIQUE-SE (CAO-CÍVEL).

DESIGNO para secretariar os trabalhos os Srs. Oficiais de Promotoria lotados nesta Promotoria de Justiça.

Data, Cidade

Promotor de Justiça

Promoção de arquivamento

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Representação nº ___/ano

Trata-se de representação oriunda do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis e de Tutela Coletiva – Área de Saúde Pública. Narra possíveis irregularidades no controle de infecções hospitalares nas dependências do Hospital _____, o que fora verificado a partir de relatório elaborado em função de vistoria realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

O mencionado relatório, a princípio, estaria a apontar como principais problemas:

- a) implantação de sistemática para detecção de infecções pós alta;
- b) criação de rotina para a lavanderia hospitalar;
- c) adequação da carga horária dos membros executores do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- d) supervisão de enfermeiro sobre o serviço de limpeza.

Foi então determinado que se oficiasse ao nosocômio a fim de que apresentasse manifestação detalhando as providências porventura adotadas para solução dos problemas.

Em resposta, o Hospital _____ informou que:

“a) A detecção de infecção pós alta hospitalar está sendo feita através do ambulatório de egressos e busca fonada, para pacientes pré selecionados em protocolo, desde 1º de março de 2009.

b) O Manual de Rotinas da Lavanderia Hospitalar já era vigente antes da visita, parece ter ocorrido erro de interpretação do auditor.

c) A necessidade de readequação de carga horária dos membros executores da SCIH foi ajustada a partir de 1º de maio de 2009.

d) A supervisão do serviço de limpeza por enfermeiro está a cargo do Enfermeiro do SCIH desde 1º de maio de 2009.”

Note-se, por oportuno, que algumas das alterações parecem ter sido realizadas posteriormente à remessa de nosso ofício, sugerindo que o hospital parece mostrar-se bastante receptivo no que concerne ao atendimento da solicitação do Ministério Público e, assim, na adequação dos procedimentos hospitalares às normas pertinentes.

De outro lado, da mera leitura do Relatório do Cremesp, não somos capazes de identificar irregularidade de monta que justificasse uma atuação mais contundente, ao menos a princípio. Afinal, a conclusão do relatório aponta que “conforme preconizado pela Portaria MS/GM n. 2616 de 12 de maio de 1998, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar pelos hospitais, observamos que o Hospital obedece as normas existentes.”

E prossegue dizendo que programa de controle de infecção hospitalar foi formalmente elaborado; há membros consultores representados por médico, enfermeiro, farmacêutico, representante do laboratório de microbiologia e um funcionário da administração; dispõe-se de rotinas formalmente estabelecidas (por escrito) sobre lavagem de mãos, curativos, uso de cateter endovenoso, infecção do trato urinário, infecção do trato respiratório, uso de antimicrobianos, microbiologia, precauções e isolamento, etc Também estão disponíveis EPIs completos; a lavanderia funciona em local adequado com fluxos adequados; o serviço de limpeza é adequado e o serviço de esterilização funciona em local e com fluxos adequados.

O que havia de inadequado no relatório, repita-se, foi devidamente corrigido, conforme informado pelo próprio hospital.

Então, considerando que o Cremesp não detectou problema crônico ou de gravidade considerável, além do fato de que esse órgão continuará realizando vistorias no local, de modo que a situação de melhorias informada não poderá ser mascarada ou simplesmente não existir, temos que não existem motivos que justifiquem, ao menos neste momento, a deflagração de um inquérito civil para investigação de supostas irregularidades que, ou de fato não existem, ou já foram completamente sanadas.

O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Como consequência, portanto, determino o arquivamento da presente representação, com o cuidado de assinalar que a situação, até porque representa objeto contido no Plano Geral de Atuação do Ministério público do Estado de São Paulo para o ano de 2009, continuará sendo acompanhada pela Promotoria de Justiça, seja diretamente, seja por informações de terceiros ou, principalmente, a partir dos relatórios de vistoria futuramente elaborados pelo Cremesp.

Determino, a partir daí, que se proceda à comunicação do Centro de Apoio responsável pela representação. Comunique-se, também, por cautela, o Hospital, a quem caberá zelar pelo constante aperfeiçoamento dos procedimentos que visam a redução dos riscos de infecção hospitalar, a partir da rigorosa observância dos procedimentos legalmente previstos.

Encaminhe-se, ainda, cópia da presente ao Cremesp, para conhecimento.

Decorrido o prazo de recurso, arquite-se.

Data, Cidade

Promotor de Justiça

“ Um panorama para aqueles interessados na busca de padrões assistenciais de excelência e comprometidos com cuidados hospitalares exemplares ”

Luiz Alberto Bacheschi
Presidente do Cremesp

“ Um alerta a todos que trabalham na assistência médica e hospitalar e se preocupam, de fato, em proteger a saúde e a vida dos pacientes ”

Fernando Grella Vieira
Procurador-Geral de Justiça do MPSP



Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Rua da Consolação, 753 – São Paulo – SP
01301-910 – Tel: (11) 3017-9300
www.cremesp.org.br

MPSP Ministério Público
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ministério Público do Estado de São Paulo
Rua Riachuelo, 115 – São Paulo – SP
01007-904 – Tel: (11) 3119-9000
www.mp.sp.gov.br

