



**Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde**

**Plano de Contingência dos Mecanismos de Resistência aos
Carbapenêmicos em Enterobactérias nas Infecções
Relacionadas à Assistência à Saúde do Estado do Rio de
Janeiro**

(PLACON ERC RJ)

Rio de Janeiro/2014

VERSÃO FINAL

Data: 10/03/2014

VERSÃO FINAL

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Marcos Esner Musafir

Secretário de Estado de Saúde

Hellen Harumi Miyamoto

Subsecretária de Vigilância em Saúde

Alexandre Otávio Chieppe

Superintendente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Rita de Cássia Vassoler Gomes

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica

Francisco José de Almeida Oliveira

Diretor do Núcleo de Vigilância Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro

Sibelle Nogueira Buonora

Coordenadora Estadual de Controle de Infecção Hospitalar

Equipe Técnica de Elaboração e Monitoramento do PLACON ERC-RJ:

Rita de Cassia Vassoler Gomes- CVE/SES/RJ

Sibelle Nogueira Buonora – CECIH/SES/RJ

Rosimeire Bernardes da Cunha- CECIH/SES/RJ

Patrícia Mouta Nunes de Oliveira - CECIH/SES/RJ

Meire Ferreira da Silva - CECIH/SES/RJ

Aline Mesquita Pinto Manhães- CECIH/SES/RJ

Fabiana Santos de Souza – CECIH/SES/RJ

Miriam Almeida Cypriano – CECIH/SES/RJ

Miriam da Silva Tomé- CECIH/SES/RJ

Lilian Del Corno Leite – DGHMS/SAS/RJ

Rosana Maria Rangel dos Santos – SMS/RJ

Débora Otero Britto Passos Pinheiro – SMS/RJ

Elisa Pires de Azevedo Galvão- VISA-RJ

Shirlei Aguiar – LACEN-RJ

SUMÁRIO

1-	Introdução	7
2-	Objetivo do Plano	8
3-	Situação das Enterobactérias com Mecanismo de Resistência <i>Bla_{ndm1}</i> e Outros Mecanismos de Resistência no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro	8
4-	Definições	9
5-	Requisitos Mínimos	9
6-	Cenários de Risco para o Estado do Rio de Janeiro	9
6.1-	Cenário de Risco 1	9
6.2-	Cenário de Risco 2	11
6.3-	Cenário de Risco 3	12
7-	Fases do Plano	12
7.1-	Chamamento	12
7.2-	Elaboração e Implementação	12
7.3-	Indicadores de Monitoramento	12
8-	Atribuições	13
8.1-	Dos Serviços de Saúde	13
8.2-	Do Laboratório de Microbiologia	14
8.3-	Da CMCIH	14
8.4-	Da CECIH	14
8.5-	Do LACEN-RJ	15
8.6-	Da Anvisa	16
9-	Procedimentos Administrativos e Legais Decorrentes da Situação de Não Conformidade	16
10-	Consolidação dos Relatórios	16
11-	Cronograma do PLACON ERC- RJ	16
12-	Instruções para Manutenção do PLACON ERC-RJ	17
13-	Referências Bibliográficas	18
14-	Anexos	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CATREM	Câmara Técnica de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention - EUA
CECIH	Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar
CMCIH	Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar
CVC	Cateter Venoso Central
CVE	Coordenação de Vigilância Epidemiológica
DGHMS	Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERC	Enterobactérias Resistentes a carbapenêmicos
ESBL	Betalactamases de Espectro Ampliado
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GVIMS	Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
GGTES	Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
IPCS	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
KPC	Klebsiella pneumoniae carbapenemase
LACEN-RJ	Laboratório Central de Saúde Pública /Rio de Janeiro
LAPIH/IOC	Laboratório de Pesquisa em Infecção Hospitalar do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz
MS	Ministério da Saúde
NDM	New Delhi Metalobetalactamase
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Polymerase chain reaction
PGRSS	Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde
PLACON	Plano de Contingência

SAS/RJ	Secretaria de Assistência à Saúde – RJ
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde/RJ
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISA-RJ	Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro

VERSÃO FINAL

1-Introdução

O surgimento e disseminação de mecanismos de resistência aos carbapenêmicos entre as enterobactérias (ERC) representa uma séria ameaça à saúde pública mundial. Estes microrganismos estão associados a altas taxas de mortalidade, reduzido número de opções terapêuticas e amplo potencial de disseminação. Diminuir o impacto dos microrganismos portadores dessa resistência requer ações coordenadas envolvendo gestores de várias esferas, desde serviços de saúde públicos e particulares até autoridades de saúde pública (CDC 2012).

Dentre os mecanismos de resistência aos carbapenêmicos (doripenem, ertapenem, imipenem e meropenem) a produção de carbapenemases tem o impacto mais significativo na saúde humana (ANVISA, 2013), seja por sua eficiência hidrolítica, pela sua codificação a partir de genes localizados em elementos genéticos móveis como plasmídios e transposons, ou pela sua rápida disseminação em âmbito mundial.

As carbapenemases são usualmente capazes de hidrolisar não só carbapenêmicos, mas também os demais beta-lactâmicos, tais como cefalosporinas, penicilinas e monobactâmicos. Três grandes classes de carbapenemases são encontradas atualmente no mundo: as metalobetalactamases, sendo os tipos IMP, VIM e NDM as mais frequentemente detectadas em enterobactérias; as OXA-carbapenemases, a mais frequentemente detectada é a OXA-48; e as carbapenemases do tipo KPC. Indiscutivelmente, do ponto de vista epidemiológico e de disseminação, são de extrema relevância as carbapenemases do tipo KPC e as do tipo NDM, pois ambas apresentaram rápida e ampla disseminação mundial após suas descrições iniciais (ANVISA, 2013).

Desde a descrição inicial de KPC no Brasil, várias publicações tem demonstrado a sua disseminação em todo o território nacional, e sua presença em diversos gêneros e espécies bacterianas, inclusive bacilos Gram-negativos não fermentadores. A disseminação de enterobactérias produtoras de KPC é um grave problema clínico e epidemiológico atual em diversas instituições de saúde brasileiras (ANVISA, 2013).

Casos esporádicos de *K. pneumoniae* produtoras da metalobetalactamase IMP- 1 também foram reportados. A NDM foi identificada pela primeira vez no mundo em 2008 e desde então tem sido amplamente descrita em enterobactérias causando infecções esporádicas e surtos principalmente no subcontinente Indiano. Poucos casos de enterobactérias produtoras de NDM foram descritos na América Latina. Até o momento, esta carbapenemase foi detectada em nosso país nos estados do RS, RJ e DF.

O Plano de Contingência dos Mecanismos de Resistência aos Carbapenêmicos em Enterobactérias nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PLACON ERC-RJ), estabelece os procedimentos a serem adotados pelos serviços de saúde públicos, privados e demais órgãos envolvidos diretamente na resposta à ocorrência de eventos adversos infecciosos.

O presente Plano foi elaborado e aprovado pelos três entes governamentais de vigilância e assistência em saúde, que assumem o compromisso de conhecimento técnico, assim como de atuar de acordo com a competência que lhes couber. É de responsabilidade dos gestores dispor os recursos financeiros e humanos necessários para realizar as ações previstas neste Plano.

2- Objetivo do Plano

O PLACON ERC-RJ estabelece os procedimentos a serem adotados pelos serviços de saúde e órgãos envolvidos na redução da curva da frequência do evento adverso infeccioso, recomendando e padronizando os procedimentos relacionados à identificação, notificação, prevenção, controle, monitoramento e ações frente a este agravo.

3- Situação das enterobactérias com mecanismo de resistência *bla*_{NDM1} e outros mecanismos de resistência no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro

Desde 2010, a ANVISA/MS vem alertando profissionais e gestores de saúde sobre a circulação de patógenos com o mecanismo de resistência *bla*_{KPC1} e *bla*_{NDM1} no mundo e de casos confirmados nos países fronteiriços.

Os primeiros casos notificados envolvendo o gene *bla*_{NDM1} no país ocorreram em Porto Alegre/RS, em abril de 2013.

Em agosto de 2013, o Rio de Janeiro identificou o primeiro caso de patógeno portador do mecanismo de resistência *bla*_{NDM1}, que se tratava de colonização. As amostras positivas deste e dos demais casos foram identificadas por laboratórios públicos e privados, confirmados pelo LACEN-RJ e pelo Laboratório de Referência de Pesquisa em Infecção Hospitalar da FIOCRUZ (LAPIH/IOC-Fiocruz).

Em 22 de agosto, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro emitiu a Nota Técnica SES/SVS nº 06/2013 enviada aos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e às Coordenações de Infecção Hospitalar das unidades hospitalares do estado.

Em 10 de setembro de 2013, a ANVISA emitiu o Comunicado de Risco 03/2013 em que incluiu os dois primeiros casos identificados no Rio de Janeiro e enfatiza as orientações gerais aos serviços de saúde.

No dia 08 de outubro de 2013, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro realizou em parceria com a SMSDC-RJ, DGH-MS/SAS-RJ e Anvisa, o Seminário Risco Sanitário de Multirresistentes em Serviços de Saúde, com a presença de representantes técnicos e gestores dos serviços de saúde públicos e privados do Estado. Neste momento foi discutido o cenário atual de multirresistência do Rio de Janeiro, apresentada a nova ferramenta para notificação de casos e pactuada a elaboração do presente PLACON ERC-RJ.

Até o dia 15 de outubro de 2013 foram identificados dois casos confirmados e quatro casos suspeitos de *bla*_{NDM1}.

É esperado o aumento inicial do número de casos de infecção e colonização por agentes multirresistentes nos serviços de saúde devido à melhoria na detecção do mesmo, e ao aumento da sensibilidade e oportunidade de detecção do agravo, especialmente nos primeiros meses da operacionalização do PLACON ERC-RJ.

4- Definições

- Caso suspeito: isolado de enterobactéria que apresente resistência a pelo menos um carbapênemico (ertapenem, imipenem, ou meropenem) ou for positivo no teste fenotípico, conforme a orientação da Câmara Técnica da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde (Catrem/Anvisa). Anexos 2 e 3 deste PLACON.
- Caso confirmado: detecção por biologia molecular de IMP, VIM, OXA-carbapenemases, KPC ou NDM em enterobactéria.

5- Requisitos Mínimos

- Os serviços de saúde devem cumprir as normas e legislações sanitárias vigentes referentes ao controle de IRAS.
- A capacidade de resposta dos serviços de saúde públicos e privados, depende da existência de vigilância epidemiológica de IRAS.
- Adequação dos laboratórios públicos e privados, para realização dos testes fenotípicos conforme as orientações técnicas descritos pela Catrem/Anvisa.

6- Cenários de Risco para o Estado do Rio de Janeiro

Para fins operacionais os cenários de atuação deste PLACON ERC-RJ estão divididos de acordo com a frequência do isolamento de ERC.

As ações previstas no cenário 1 são obrigatórias para todos os serviços de saúde que possuam Unidade de Terapia Intensiva. A implantação das medidas adicionais para a prevenção e o controle das infecções por ERC são progressivas e cumulativas, conforme o enquadramento do serviço de saúde por Cenário de Risco.

6.1 - Cenário de Risco 1:

Incluem-se neste grupo instituições em que **não há registro de casos de ERC**. As medidas de detecção laboratorial precoce constituem o cenário favorável à prevenção dos casos.

- O serviço de saúde (CCIH e Direção/gestor) é responsável por verificar e exigir o cumprimento das metodologias preconizadas pela ANVISA: Realizar a vigilância para detecção de ERC através da implantação de coleta de culturas de vigilância (swab retal tipo Cary Blair ou fezes) na admissão de pacientes oriundos de instituições de longa permanência e com histórico de internação nos últimos 90 dias.
- Comunicar a identificação de casos de ERC aos profissionais pertencentes ao serviço de saúde e assegurar o envolvimento dos mesmos nas medidas de prevenção e controle.

- Notificar quinzenalmente à CECIH os casos suspeitos e confirmados de multirresistentes através do formulário próprio Formsus:
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12620
- Os Serviços de Saúde com leitos de UTI devem preencher mensalmente formulário padronizado (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=14572) de monitoramento de IPCS , seguindo os Critérios Diagnósticos de IRAS disponíveis no Manual da Anvisa acessível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%20%20-%20Crit%C3%A9rios%20Diagnosticos%20IRA%20Saude.pdf>).
- Comunicar os surtos infecciosos envolvendo ERC em 24 horas pelo Formulário de Notificação de Caso, Agregado de Caso e Surto, disponível no seguinte endereço eletrônico: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=8934. Anexo 4 deste PLACON.
- Revisar o protocolo, o processo e a vigilância de Higiene das Mãos da sua unidade (Material de Referência bibliográfica: “Segurança do paciente em serviços de saúde: Higienização das Mãos” disponível em <http://bit.ly/10w5XDF>).
- Disponibilizar continuamente insumos para a correta higiene das mãos, conforme a RDC nº 42/2010 (ANVISA, 2010).
- Reforçar a aplicação de precauções de contato, em adição às precauções padrão, para os profissionais de saúde, quando do isolamento de microrganismos de importância epidemiológica definida, ou, de forma empírica, para pacientes sob risco de colonização pelos mesmos, até obtenção de resultados dos testes de vigilância microbiológica.
- Garantir que estejam disponíveis equipamentos e utensílios para uso individual do paciente em precaução de contato (estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro).
- Disponibilizar continuamente Equipamento de Proteção Individual (luvas e aventais) e coletivo para o manejo do paciente e suas secreções.
- Monitorar a correta paramentação para lidar não apenas com o paciente, mas também com o ambiente em torno do paciente seja este colonizado ou infectado (ANVISA, 2010).
- Revisar os protocolos e processos de limpeza e desinfecção de ambientes, conforme a bibliografia (Manual da ANVISA: Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies: <http://bit.ly/XdVE7U>). Anexos 7 e 8 deste PLACON.
- Enviar todo isolado bacteriano dos casos suspeitos de ERC, provenientes de sítios estéreis, pelo teste fenotípico ao LACEN-RJ/RJ em placas de Petri com meios de cultura específicos segundo o Anexo 9 e o Manual Anvisa Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Aulas+Cursos+Cartazes+Publicacoes+e+Seminarios/Controle+de+Infeccao+em+Servicos+de+Saude/Manuais/Manual+de+Microbiologia+Clinica+para+o+Controle+de+Infeccao+em+Servicos+de+Saude>.

- Os resíduos sólidos de serviço de saúde provenientes destes pacientes devem ser tratados conforme norma regulatória vigente e descritos no PGRSS da unidade.

6.2 - Cenário de Risco 2:

O serviço de saúde possui casos identificados esporádicos de ERC. Define-se como **casos esporádicos a ocorrência de no máximo 1 (um) caso por semana e nunca mais de 5 (cinco) por mês ao longo de seis meses.**

Esta situação requer pelas autoridades sanitárias e pela direção dos serviços de saúde maior rigor para a implementação de medidas específicas e bem direcionadas a fim de evitar que a segurança do paciente seja afetada pelo aumento do número de casos.

É necessário ampliar a vigilância para identificar novos casos através da coleta de *swabs* retal (Cary Blair) ou amostras de fezes para fins de rastreamento, além de intensificar e mensurar as medidas de prevenção (Higiene das Mãos, Precaução de Contato, e qualidade da limpeza dos ambientes-anexos 7 e 8), assim como divulgar para os profissionais de saúde da unidade, de unidades que recebam o paciente por transferência, à CMCIH e à CECIH os resultados encontrados.

Além de todas as medidas previstas para o Cenário de Risco 1, deve-se:

- Aumentar a vigilância para detecção de ERC pela implantação de coleta de culturas de vigilância na admissão de pacientes oriundos de instituições de longa permanência e com histórico de internação nos últimos 90 dias.
- Instituir programa específico de treinamento para profissionais de saúde acompanhantes, visitantes e prestadores de serviços para a prevenção de IRAS.
- Implementar medidas de fortalecimento da política institucional para o uso racional de agentes com ação antimicrobiana incluindo a restrição a determinadas classes de antibióticos relacionadas à indução de multirresistência microbiana e o descalonamento do tratamento, conforme antibiograma.
- Monitorar a qualidade do processo de limpeza incluindo a diluição de saneantes, condições de uso e tempo de contato dos mesmos com as superfícies.
- Instituir a vigilância ativa microbiológica semanal nos pacientes da UTI, outras unidades críticas e nos pacientes contactantes de casos de ERC.
- Notificar mensalmente às autoridades sanitárias os indicadores de monitoramento:
 - (i) consumo de preparações alcoólicas e sabão líquido nas Unidades Críticas (litros por 1000 pacientes-dia).

6.3 - Cenário de Risco 3:

É aquele onde a ocorrência de colonização ou infecção por ERC é frequente. Define-se como **serviço de saúde onde há mais de 1 (um) caso por semana ou mais de 5 (cinco) casos por mês.**

Além de todas as medidas previstas para o Cenário de Risco 1 e 2, deve-se:

- Implantar a Estratégia Multimodal de Higiene de Mãos preconizada pela OMS, constituída por 5 (cinco) eixos: 1) mudança do sistema, 2) treinamento/instrução, 3) observação e retorno de informação a equipe, 4) lembretes no local de trabalho, 5) clima de segurança institucional (<http://proqualis.net/higienizacao>; <http://bit.ly/10w5XDF>).
- Estabelecer uma área de isolamento do(s) paciente(s) ou coorte exclusiva para pacientes colonizados/infectados pelo mesmo microrganismo multirresistente, bem como identificar a condição de isolamento, inclusive no prontuário. Anexo 6 deste PLACON.
- Designar, preferencialmente, corpo profissional exclusivo para o cuidado dos pacientes.
- Estabelecer parcerias e medidas colaborativas entre gestores e instituições de saúde municipais, estaduais e federais, instituições de iniciativa privada e instituições de ensino e pesquisa para operacionalizar as ações de prevenção e controle de disseminação de ERC, incluindo o desenvolvimento de estudos, investigações e outras ações voltadas para a formação de pessoal.

A sumarização das informações de acordo com os cenários está no **anexo 1**.

7- Fases do Plano de Ação:

7.1- Chamamento:

Este período inicia-se a partir da publicação oficial deste plano, e compreende a mobilização dos serviços de saúde que possuam unidade de terapia intensiva e setores de urgência/emergência para elaboração do plano de ação e sua submissão à CMCIH e CECIH para avaliar a necessidade de adequações, conforme o cenário de risco.

7.2 - Elaboração e Implementação:

O Plano de Ação do serviço de saúde deve estar de acordo com seu cenário de risco, conforme definido neste PLACON ERC-RJ. Deve conter o monitoramento do perfil microbiológico do serviço de saúde, assim como de suas taxas de IRAS, e estabelecer metas próprias e definir ações para redução da incidência de infecção e colonização por ERC. Para cada ação proposta, deve haver um cronograma de execução.

7.3 - Indicadores de Monitoramento:

Poderão ser calculados indicadores, seguindo os parâmetros definidos a seguir:

- a) Indicador de uso racional de agentes antimicrobianos específicos (ex.: DDD/100 leitos-dia)

$$\text{DDD} / 100 \text{ leitos/ dia} = A \times 100 / B \times P$$

A = quantidade total do medicamento consumido no período de tempo considerado (UI ou g).

B = DDD estabelecida para o medicamento (Meropenem 2g, Ertapenem 1g e Imipenem 2g) (WHO 2012). http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.

P = pacientes-dia no mesmo período de tempo considerado (ANVISA 2007).

- b) Higiene de mãos: consumo mensal de álcool gel na UTI e setor de Urgência e Emergência em litros por 1000 paciente-dia. Consumo mensal em litros/pacientes-dia x 100 (Bittner, 1998)
- c) Incidência: Número de pacientes com infecção por ERC, confirmados laboratorialmente, por 1000 pacientes-dia.
- d) Densidade de incidência de infecção e colonização: Número absoluto de infectados ou colonizados por ERC, confirmados laboratorialmente, por 1000 pacientes-dia.

8 – Atribuições

São responsabilidades comuns a todas às instituições envolvidas no PLACON ERC-RJ:

- Manter um programa de educação continuada e melhoria de processos.
- Fomentar convênios, parcerias e termos de cooperação necessários para a participação das instituições e órgãos na implementação do PLACON ERC-RJ.
- Identificar e suprir as necessidades de comunicação para a realização das tarefas atribuídas ao seu órgão na operacionalização do plano.

8.1 - Dos Serviços de Saúde:

- O órgão responsável pela operacionalização do Plano deve: ativar o chamamento dos envolvidos, divulgar as ações do Plano, monitorar os Planos de Ação e compilar as informações com divulgação dos resultados obtidos. Os serviços de saúde enquadrados nos cenários de risco 2 e 3 devem, além de terem implementado o seu Programa Anual de Controle de Infecção Hospitalar mandatório em todas as unidades de saúde, elaborar o próprio Plano de Ação, contendo as ações de prevenção e controle da multirresistência, metas e a definição dos respectivos indicadores para o monitoramento
- Nos serviços de saúde, o monitoramento do Plano de ação é de responsabilidade dos setores responsáveis pelo controle de infecção hospitalar, assistência farmacêutica hospitalar, suporte microbiológico e do representante legal da instituição.
- A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deve: encaminhar, semanalmente, os casos ocorridos de infecções ou colonizações por agentes multirresistentes, seguindo a ferramenta de

coleta padronizada elaborada pela ANVISA/SES/SMS e disponível em : http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12620). E mensalmente a taxa de IPCS segundo ferramenta da ANVISA.

- Disponibilizar toda documentação técnica e administrativa, à CCIH e aos órgãos competentes, necessária para a investigação dos casos.
- Instituir medidas adicionais para o controle e a prevenção das IRAS.
- Articular com a CMCIH e CECIH o envio de isolados ao LACEN-RJ. A elaboração do Plano de Ação nas unidades deverá considerar o tipo de vigilância adotada (por setor), o perfil dos agentes prevalentes e os mecanismos de resistência inerentes ao serviço nos últimos 6 meses.

8.2 - Laboratórios de microbiologia

- Adotar as recomendações técnicas nacionais para a confirmação fenotípica
- Detectar e notificar imediatamente a CCIH do serviço quando da presença de agente etiológico desconhecido ou contendo os genes de resistência.
- Participar das atividades de monitoramento e avaliação do Plano de Contingência no seu âmbito de atuação
- Ainda que as análises fenotípicas e genotípicas de identificação da multirresistência sejam realizadas em laboratórios de microbiologia, próprios ou terceirizados, todos os isolados suspeitos de ERC deverão ser encaminhados ao LACEN-RJ para confirmação, seguindo as orientações amostrais da CCIH, CMCIH, CECIH e LACEN-RJ.

8.3 - Da CMCIH

- Avaliar as notificações geradas pelos serviços de saúde, bem como os indicadores de monitoramento.
- Divulgar e acompanhar diariamente as notificações de surto pelos formulários nacionais provenientes de sua área de abrangência.
- Elaborar relatórios bimestrais, que descreverão o acompanhamento dos indicadores e possibilitem avaliar a execução das medidas mínimas pelos serviços de saúde abrangidos.
- Realizar a investigação dos casos conjuntamente com a Unidade de Saúde.
- Apoiar e assessorar os serviços de saúde através de suporte técnico e operacional nas situações inusitadas e surtos.
- Disponibilizar informações oportunas sobre o agravo para os órgãos técnicos competentes.
- Manter comunicação permanente com a Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH).

- Orientar os serviços de saúde para a coleta adequada e oportuna, fluxo de encaminhamento de amostras e a definição amostral se for o caso, processamento, encaminhamento de resultados e insumos necessários.
- Orientar as unidades quanto ao encaminhamento de cepas para a identificação dos mecanismos de resistência para o LACEN-RJ.

8.4 - Da CECIH

- Acompanhar junto às CMCIH as notificações e indicadores.
- Disponibilizar boletins e informes, bimestralmente, no site da CECIH.
- Fomentar atividades de investigação dos mecanismos de resistência aos antimicrobianos.
- Apoiar ou realizar, quando necessário, a investigação dos casos conjuntamente com a CMCIH e a Unidade de Saúde.
- Monitorar e avaliar a ocorrência de surtos através de instrumentos disponíveis (notificações, notícias veiculadas na mídia e outros).
- Verificar, em até 48 horas, a veracidade e relevância das notificações surtos ou situações inusitadas recebidas, pelos diversos meios de monitoramento, junto com as Secretarias Municipais de Saúde.
- Manter comunicação permanente com a Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS/GGTES) na ANVISA.
- Apoiar e assessorar municípios e áreas técnicas da SES, através de suporte técnico e operacional nas situações inusitadas e surtos.
- Elaborar, em parceria com a Anvisa, notas técnicas com base nos dados recebidos para ampla divulgação aos serviços e profissionais de saúde e à população.
- Orientar os serviços de saúde para a coleta adequada e oportuna, fluxo de encaminhamento de amostras para o LACEN-RJ, processamento, encaminhamento de resultados e insumos necessários.
- Monitorar mensalmente os indicadores definidos e divulgar os relatórios para os órgãos técnicos competentes.
- Promover a disseminação de informações sobre os resultados do monitoramento e avaliação do Plano de Contingência.
- Apoiar os serviços de saúde nas ações de prevenção e controle das IRAS.

8.5 - LACEN-RJ:

- Receber o isolado bacteriano proveniente de sítio estéril caracterizado como ERC em placa de Petri com meio de cultura específico.
- Realizar o teste fenotípico e liberar o resultado pelo GAL em até 10 (dez) dias.

- Encaminhar para o LAPIH-IOC as amostras suspeitas de *bla_{NDM-1}*, para análise genotípica.
- Disponibilizar no GAL o resultado dos exames realizados no LAPIH-IOC.

8.6 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária:

- Apoiar, quando necessário, as ações do município e estado nas inspeções e avaliações das medidas de prevenção e controle das infecções por agentes multirresistentes.
- Apoiar e assessorar o estado, através de suporte técnico e operacional nas situações inusitadas e surtos.
- Disponibilizar informações oportunas sobre o agravo, incluindo a elaboração e atualização de informes e notas técnicas.
- Participar do monitoramento e avaliação dos Planos de Contingência, em conjunto com o grupo técnico PLACON ERC-RJ e a Secretaria Estadual de Saúde.

9 - Procedimentos administrativos e legais decorrentes da situação de não conformidade

O descumprimento das medidas interpostas para o monitoramento das ocorrências infecciosas, assim como do plano de ação de cada serviço de saúde, será conduzido pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, conforme regulamento sanitário vigente.

10 - Consolidação dos Relatórios

Nos primeiros seis meses de implantação do Plano de Contingência serão elaborados relatórios bimestrais pelas CMCIH e encaminhados à coordenação do PLACON ERC-RJ, a cargo da CECIH.

As medidas de identificação, prevenção e interrupção dos casos contidos neste Plano de Contingência poderão ser reavaliadas por decisão da Coordenação do Plano sempre que os resultados não alcançarem a meta de redução, por um período mínimo de 12 meses.

11 - Cronograma do PLACON ERC- RJ

Fases	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
Ativação	X									
Chamamento		X								
Identificação, prevenção, interrupção		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento e avaliação		X	X	X	X	X	X	X	X	X

12 - Instruções para Manutenção do PLACON ERC-RJ

Para melhoria do Plano de Contingência as instituições de saúde e os órgãos envolvidos na sua elaboração e aplicação deverão trabalhar em conjunto.

A emissão de relatório, destacando os pontos que merecem revisão, as dificuldades encontradas na sua execução e sugestões de melhorias dos procedimentos adotados são essenciais para a manutenção do plano de contingência.

Com base nos relatórios, os órgãos participantes deverão se reunir para revisar o plano, lançando uma nova versão, que deverá ser distribuída às instituições e aos órgãos de interesse.

O Plano será ativado a partir da data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2014.

Referências Bibliográficas

1. CDC, 2012. Guidance for Control of Carbapenem- resistant Enterobacteriaceae (CRE).
2. Interim Guidance for the Control of Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae in England , Advice for NHS Trust Boards and Health Professionals in the Public and Independent Sector, February, 2013.
3. Anvisa, 2013.COMUNICAÇÃO DE RISCO NO 001/2013 - GVIMS/GGTES-ANVISA Circulação de micro-organismos com mecanismo de resistência denominado "New Delhi Metalobetalactamase" ou NDM no Brasil.
4. Anvisa, 2013. Nota Técnica Nº 01/2013 Medidas de Prevenção e Controle de Infecções por Enterobactérias Multiresistentes.
5. Anvisa, 2013.COMUNICADO DE RISCO NO 002/2013 - GVIMS/GGTES-ANVISA Atualização do Comunicado de Risco no 001/2013 - GVIMS/GGTES-Anvisa, que trata da Circulação de micro-organismos com mecanismo de resistência denominado "New Delhi Metalobetalactamase" ou NDM no Brasil.
6. Anvisa, 2013. COMUNICADO DE RISCO NO 003/2013 - GVIMS/GGTES-ANVISA Atualização do Comunicado de Risco no 002/2013 - GVIMS/GGTES-Anvisa, que trata da circulação de micro-organismos com mecanismo de resistência denominado "New Delhi Metalobetalactamase" ou NDM em diferentes regiões do Brasil.
7. WHO. "ATCC/DDD." *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*. Oslo, Norway, http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ - acessado em 06/11/2013
8. WHO, 2009. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy.
9. "Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) N. 42." *Dispõe sobre a obrigatoriedade de preparação alcoólica para fricção antiséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 de Outubro de 2010.
10. Bittner M.J., Rich E.C.: *Surveillance of handwashing episodes in adult intensive-care units by measuring an index of soap and paper towel consumption. Clinical Performance and Quality Health Care* 4:179–182, 1998.

ANEXO 1 : CHECKLIST DE AÇÕES PARA MINIMIZAÇÃO DA DISSEMINAÇÃO DE ERC

CENÁRIO ASSISTENCIAL		NÚMERO DE CASOS		
HOSPITAL / NÍVEL GERENCIAL		0	<5 /mês	> ou = 5
Ações	Equipe envolvida			
Tomar prioridade minimizar a disseminação de ERC e dar suporte às medidas de prevenção e erradicação.	Direção	x	x	x
Elaborar e implantar Plano de ação para ERC.	CCIH, Farmácia Hospitalar e Laboratório com apoio da Direção		x	x
HOSPITAL / NÍVEL ASSISTENCIAL		0	<5 /mês	> ou = 5
Ações	Equipe envolvida			
Implementar treinamento sobre o tema para as equipes, principalmente médica e de enfermagem.	CCIH, Educação Continuada e Farmácia Hospitalar	x	x	x
Implementar estratégia de precaução na triagem/admissão dos pacientes de risco rastreando àqueles com indicação, isto é, os sabidamente positivos e aqueles com história de hospitalização prévia nos últimos 6 meses.	CCIH, Coordenação de enfermagem e Chefiadas de Clínicas	x	x	x
Manter reuniões mensais da CCIH e demais setores do hospital envolvidos para revisar epidemiologia e estratégias de prevenção e controle.	CCIH, Chefiadas de Clínicas, Laboratório e Farmácia Hospitalar		x	x
Notificar as CCIH das Unidades de Saúde que receberam pacientes com ERC.	CCIH		x	x
Garantir que qualquer transmissão interpessoal de ERC se torne uma prioridade.	Direção Chefiadas de clínicas		x	x
Laboratório		0	<5 /mês	> ou = 5
Ações	Equipe envolvida			
Visita técnica e diagnóstica do laboratório para avaliação de adequação às normas da Anvisa.	CCIH	x	x	x
Otimizar e revisar métodos laboratoriais visando diagnóstico de ERC .	CCIH e Laboratório	x	x	x
Elaborar POP para processamento e liberação de resultados dos perfis fenotípicos das ERC.	CCIH e Laboratório	x	x	x
CCIH		0	<5 /mês	> ou = 5
Ações	Equipe envolvida			
Atualizar semanalmente a direção sobre o cenário de ERC na unidade.	CCIH e Laboratório	x	x	x
Implementar o plano de manejo de ERC imediatamente.	Direção, CCIH e Chefiadas de Clínicas		x	x
Isolar os pacientes acometidos e rastrear contactantes.	CCIH, Chefiadas de Clínicas		x	x
Vigilância da aderência às precauções padrão e contato, isolamento em coorte geográfica e demais instituídas pela CCIH.	CCIH		x	x
Otimizar o pacote de cuidados com dispositivos invasivos de longa permanência.	CCIH, Chefiadas de Clínicas	x	x	x
Reforçar e otimizar o treinamento e vigilância dos procedimentos de higiene das mãos.	CCIH e Chefiadas de Clínicas	x	x	x
Minimizar a disseminação de ERC com medidas efetivas de limpeza e desinfecção terminal, incluindo todas as áreas de contato ao redor do paciente e banheiros (considerar aumento da frequência). Revisar os procedimentos de limpeza e desinfecção de equipamentos.	CCIH, Farmácia Hospitalar, Gerência de Hotelaria ou similar		x	x
Designar profissionais de enfermagem e médicos específicos para atendimento aos pacientes portadores de ERC, dependendo da avaliação do risco da unidade e disponibilidade dos profissionais.	Direção e Chefiadas de Clínicas		x	x
Garantir rastreamento eficaz do evento, com equipe de manejo de surto, investigação epidemiológica completa incluindo lista de casos e curva epidêmica.	Direção, CCIH e Chefiadas de Clínicas		x	x
Preparar uma estratégia para readmissão e transferência destes pacientes.	CCIH e Chefiadas de Clínicas		x	x
Rastreamento		0	<5 /mês	> ou = 5
Rastrear TODOS os contactantes do caso índice. Isolar imediatamente os casos e seus contactantes até resultado do exame.			x	x
Recomendar o rastreamento semanal até a alta dos contactantes dos casos. OBS: O screening dos profissionais de saúde e contactantes domiciliares não é recomendado a menos que haja dificuldades em eliminar o microrganismo da unidade afetada.			x	x

ANEXO 2 : CRITÉRIOS DE RISCO PARA COLONIZAÇÃO/INFECÇÃO POR ERC

AVALIAR TODOS OS PACIENTES PARA RASTREAMENTO SEGUNDO OS CRITÉRIOS:

1- História de transferência direta de outra unidade de saúde **E** que somem pelo menos 03 pontos dos critérios da tabela;

OU

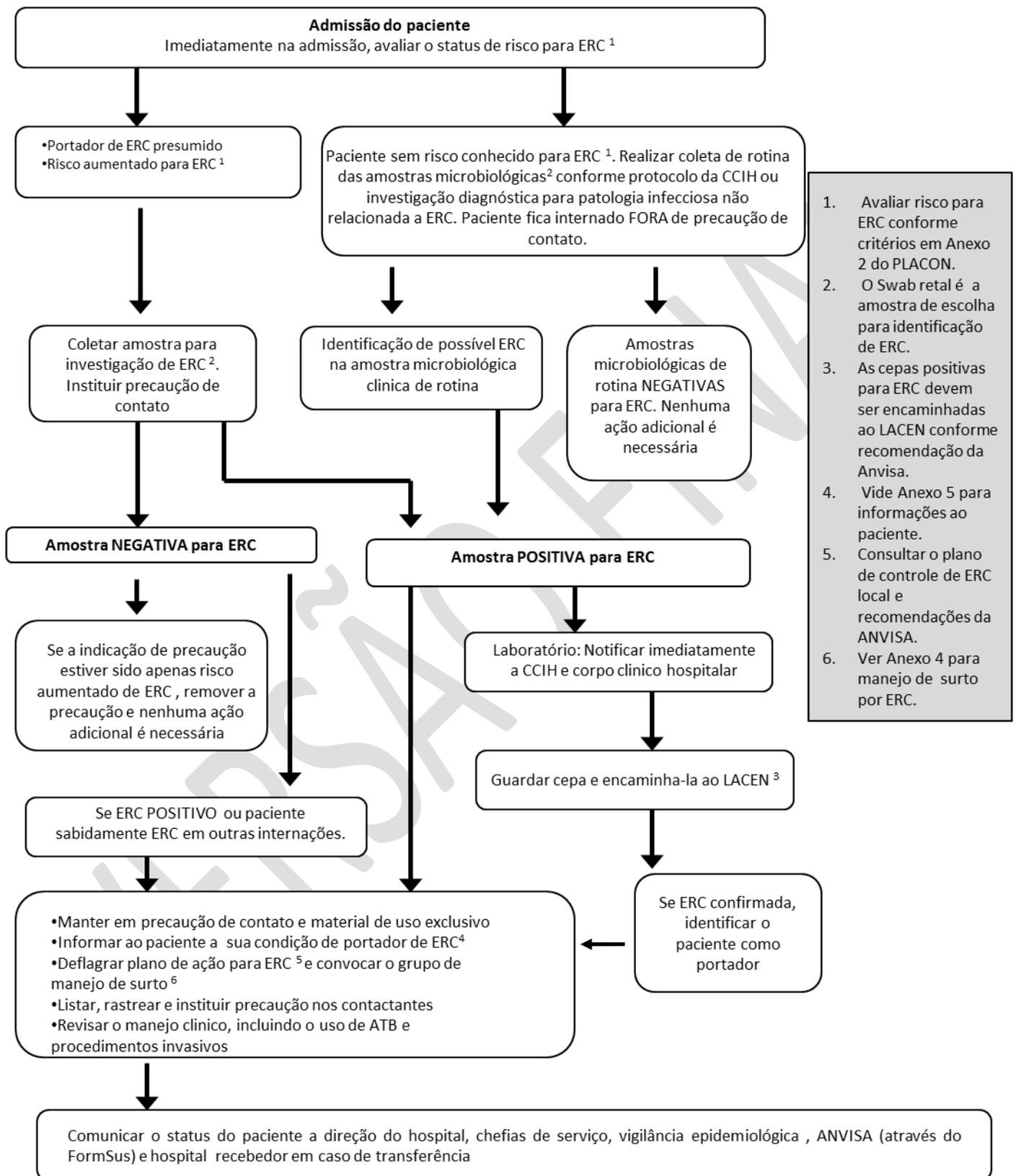
2-Procedência da residência com história de internação nos últimos 6 meses **E** que somem pelo menos 03 pontos dos critérios da tabela;

OU

3- Relato de internação em UTI nos últimos 3 meses (independente do tempo de permanência neste tipo de unidade e dos critérios da tabela).

Crítérios de Risco para Colonização/Infecção por ERC	Pontuação
Restrito ao leito - incapaz de higienizar-se e alimentar-se	1
Presença de dispositivos invasivos (drenos, CVC, TOT, traqueostomia) na internação prévia	1
Presença de ferida cirúrgica abdominal aberta ou ostomias do trato gastrintestinal	1
Úlceras por pressão \geq estágio III	1
Uso de antimicrobianos	1
Cateter vesical, nefrostomia, urostomia ou cistostomia	3

ANEXO 3 : FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE ERC NA ADMISSÃO DO PACIENTE



1. Avaliar risco para ERC conforme critérios em Anexo 2 do PLACON.
2. O Swab retal é a amostra de escolha para identificação de ERC.
3. As cepas positivas para ERC devem ser encaminhadas ao LACEN conforme recomendação da Anvisa.
4. Vide Anexo 5 para informações ao paciente.
5. Consultar o plano de controle de ERC local e recomendações da ANVISA.
6. Ver Anexo 4 para manejo de surto por ERC.

ANEXO 4 : RECOMENDAÇÕES DE AÇÕES EM SUSPEITA DE SURTO OU AGREGADO DE CASOS DE PACIENTES COLONIZADOS E/OU INFECTADOS POR ERC

Recomendações de ações em suspeita de surto ou agregado de casos de pacientes colonizados e/ou infectados por ERC

OBS: Este anexo assume que um plano de ação já tenha sido implementado conforme os anexos 1 e 3.

A Direção da Unidade deve:

- Priorizar a contenção/minimização da disseminação de ERC, apoiando as medidas de controle (incluindo Logística, Financeira e de Recursos Humanos).
- Organizar com urgência atualizações no plano de treinamento sobre o tema para todos os profissionais atuantes na Unidade, tanto os administrativos quanto os de saúde.
- Revisar e implementar estratégias de comunicação para atualizar parceiros e autoridades de saúde regularmente.
- Apoiar a implementação de uma equipe de controle de surto.

A CCIH da Unidade deve:

- Promover e reiterar rapidamente a aderência ao plano de controle de ERC.
- Planejar ações condizentes com o plano de contenção de ERC e com as características específicas da Unidade de Saúde.
- Convocar a equipe de controle de surto local implementada junto à direção que deve ser composta por:
 1. Médico infectologista e/ou médico com experiência em Controle de Infecção, se disponível;
 2. Representante do laboratório de microbiologia;
 3. Representante da direção;
 4. Representante do corpo clínico e de enfermagem;
 5. Representante do departamento de comunicação;
 6. Representante da farmácia.
- Revisar:
 1. Relatórios microbiológicos de culturas dos últimos 6(seis) meses;
 2. Listagem dos casos com elaboração de curva epidêmica;
 3. Medidas de controle de ERC até a data do evento;
 4. Prática de uso de antibióticos e adesão à política local de uso dos mesmos.
- Elaborar plano de controle de surto.
- Reforçar a importância da limpeza concorrente e terminal.
- Manter as autoridades de saúde e o corpo clínico do hospital atualizados semanalmente sobre o andamento da investigação.
- Rever rotina de antibioticoterapia e considerar *rounds* diários em áreas afetadas.

O Serviço de Microbiologia da Unidade deve:

- Estar alerta para a detecção de espécimes de ERC em todas as amostras clínicas.
- Rever procedimentos do laboratório no rastreamento, detecção e envio ao laboratório de referência.

ANEXO 5 : ENTEROBACTÉRIAS RESISTENTES A CARBAPENÊMICOS - INFORMATIVO PARA PACIENTES E FAMILIARES

Obs1: Sugere-se apresentar este anexo em forma de folheto.

Obs2: Material elaborado com auxílio do Dr. Rodrigo Cunha, da CCIH do Hemorio.

1- O que é superbactéria?

O termo mais correto é bactéria multirresistente. Este termo é genérico e se refere a qualquer bactéria que contenha resistência a múltiplas classes de antibióticos, sendo sensível a apenas um número restrito de antimicrobianos.

2- Como se contrai?

A transmissão ocorre principalmente no ambiente hospitalar, por meio de contato direto com objetos não higienizados adequadamente, diretamente de um paciente colonizado ou infectado para outro paciente não colonizado ou não infectado e através de transmissão cruzada conduzida por mãos que não tenham sido higienizadas adequadamente.

3- O que significam enterobactérias resistentes a carbapenêmicos?

Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos, comumente chamadas ERC, é o nome dado a um grupo de bactérias, que se tornaram resistentes a vários antibióticos, incluindo os chamados carbapenêmicos. Muitas dessas bactérias vivem geralmente de forma inofensiva no intestino de todos os seres humanos e animais e nos ajudam a digerir os alimentos. No entanto, se migrarem para o lugar errado, como a corrente sanguínea, se aproveitando de um momento de debilidade imunológica do paciente, podem causar infecção.

4- Por que a questão da resistência aos carbapenêmicos ?

Antibióticos carbapenêmicos são um poderoso grupo de antibióticos que só podem ser dados no hospital diretamente na corrente sanguínea com uma agulha. Até agora, eram os antibióticos de última linha que poderiam ser sempre utilizados quando outros antibióticos falhavam.

5- A colonização por enterobactérias resistentes a carbapenêmicos precisa ser tratada?

Como estas enterobactérias vivem normalmente no intestino sem causar problemas, isso é chamado de "colonização", nem sempre precisam ser tratadas. No entanto, se causarem uma infecção, é necessário o tratamento. Infecções causadas por este grupo de germes podem ser muito difíceis de tratar por existirem poucas opções de antibióticos eficazes. É por isso que é tão importante evitar a sua propagação.

6- Como é possível a prevenção da propagação das enterobactérias produtoras de carbapenemase?

Todas as pessoas, principalmente quando em ambiente hospitalar, devem lavar as mãos regularmente com água e sabão ou álcool gel. Esta é a medida mais importante. Sendo especialmente importante lavar bem as mãos com água e sabão após ir ao banheiro. Os familiares, visitantes, ou acompanhantes devem evitar tocar dispositivos médicos (se houver algum no quarto ou enfermaria), como por exemplo o tubo de urina e seu tubo de sangue da veia, especialmente no ponto em que este é inserido na pele. Além disso, os profissionais

de saúde vão usar luvas e aventais ao cuidar dos pacientes com bactérias resistentes aos antibióticos, tais como as ERC, para ajudar a prevenir a propagação de germes.

7- Como vou saber se estou em risco de contrair enterobactérias produtoras de carbapenemase ?

Os principais fatores de risco para as enterobactérias produtoras de carbapenemase são: ter sido internado recentemente em um hospital onde estiveram internados pacientes portadores deste germe, ser exposto sem qualquer precaução a outros portadores deste germe, ser paciente com imunidade muito baixa (por doenças tais como câncer ou AIDS), ter feito uso de vários antibióticos nos últimos meses, principalmente se seu uso não foi feito ou acompanhado corretamente, dentre outros fatores de risco. Se você tem esses fatores de risco, vamos pedir para examinar você, e posteriormente você será informado do resultado.

8- Como é feito o exame para enterobactérias produtoras de carbapenemase?

O método de rastreio exige que uma haste parecida com um cotonete (swab) seja inserida no seu reto (inferior) e / ou seja feita a coleta de uma amostra de fezes. Este material irá para o laboratório e depois você será informado do resultado.

Se você gostaria de mais informações, por favor, fale com um membro da equipe de saúde que está cuidando de você, ou mesmo entre em contato com a CCIH para uma conversa mais detalhada.

ANEXO 6 : FICHA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO PARA PACIENTES COLONIZADOS E/OU INFECTADOS POR ERC E ÓBITOS DE CONTACTANTES



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Nº FICHA: _____

1. Identificação e informações da internação atual:

Nome:	Prontuário:	
Data de nascimento:	Idade:	Data de internação:
Local da Internação:		
Localização inicial no Hospital : () Emergência () Unidade Fechada () Enfermaria		
Transferência na interna : () Sim () Não		
Localização final no Hospital : () Emergência () Unidade Fechada () Enfermaria		
Sexo: () Feminino () Masculino		
Procedência: () Emergência () Centro Cirúrgico () Ambulatório		
[] Transferência externa Local:		
Tempo de internação no Hospital prévio à localização atual:		horas
Diagnóstico(s) principal(is):		
Doenças associadas:		

2. Internações/Exposições Prévias:

Internação nos últimos 6 meses: () Sim () Não () Ignorado
--

Local da última internação:		
Data da alta da última internação:	Duração	dias
Internação prévia em UTI: () Sim () Não () Ignorado		

3. Fatores de Risco para colonização/infecção por ERC:

Casa de Repouso/Asilo? () Sim () Não Há quanto tempo?
Qual ?
Home care? () Sim () Não Há quanto tempo?
Úlceras de Pressão na admissão? () Sim () Não () desconhecido
Diálise: () Sim () Não () desconhecido Tipo:() Hemodiálise () Peritoniais Há quanto tempo?
Hipertensão () Sim () Não () desconhecido
Diabetes () Sim () Não () desconhecido
Pneumopatia () Sim () Não () desconhecido
Cardiopatia () Sim () Não () desconhecido
Hepatopatia () Sim () Não () desconhecido
Doença Vascular () Sim () Não () desconhecido
Espenectomizado () Sim () Não () desconhecido

4. Dispositivos Invasivos/Cirurgias durante a internação:

Cateter vascular central: () Sim () Não		
Tipo:	Período de uso :	a
Tipo:	Período de uso :	a
Tipo:	Período de uso :	a
Legenda : Tipo: 1- PICC 2- punção 3- dissecação 4-parcial/totalmente implantado		

Cateter vesical: () Sim () Não	
Tipo: () Sistema aberto [] Sistema fechado	Período : a

TOT/traqueostomia: () Sim () Não	Período:	a
Ventilação mecânica: () Sim () Não	Período	a

Nutrição parenteral: () Sim () Não	
Tipo: () Total () Parcial	Período:

Cirurgias: () Sim () Não	Tipo: () eletiva () urgência	Data:
Tipo de cirurgia:		
Presença de ostomia de TGI: () Sim () Não		

5. Pacientes em tratamento quimioterápico(QT) para neoplasias:

Doença de base onco-hematológica:		
Fase do tratamento: () indução/reindução () pós indução/consolidação () manutenção		
Mucosite pós QT: () Sim () Não	Período	a
Neutropenia : () Sim () Não	Período	a
Nível de neutropenia: () < 500 () 500 a 1.000		

6. Antibioticoterapia:

Uso de antibiótico até 3 meses antes da internação atual: () Sim () Não () Desconhecido

Antibiótico (usar nome da substância)	Data de uso	Tempo de uso

8. Evolução: (Preencher para todos os pacientes)

Data da saída do hospital:	
Tipo de saída: () alta () óbito () transferência externa	
Local da transferência:	
Colonizado por germe multi-resistente: () Não () Sim	
<input type="checkbox"/> MRSA? <input type="checkbox"/> ESBL? <input type="checkbox"/> ERC? <input type="checkbox"/> VRE? <input type="checkbox"/> Acinetobacter resistente a carbapenemas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Data:	Espécime:
Para os pacientes colonizados/infectados por ERC:	
ERC () colonização () Infecção	Sítio da infecção:
Origem da colonização/infecção por ERC: () autóctone () importada () desconhecido	
Contactante de paciente colonizado/infectado por ERC: () Sim () Não () desconhecido	
Nº de dias em que foi contactante de paciente colonizado/infectado por ERC:	

9. Observações: (Pequeno resumo do caso)

Responsável pelo Preenchimento:

Data:

Assinatura:

VERSÃO FINAL

ANEXO 7 : CHECKLIST PARA MONITORAMENTO DE LIMPEZA TERMINAL EM UNIDADES DE SAÚDE

DATA	
UNIDADE/SETOR	
LEITO (SE APLICÁVEL)	
RESPONSÁVEL	

Avaliar tecnicamente as seguintes áreas prioritárias para cada setor:

Superfícies de alto contato:	Limpo	Não Limpo	Não disponível no setor
Trilhos da Cama			
Mesinha de refeição			
Mesa de cabeceira			
Suporte de soro			
Botão da campainha da enfermagem			
Telefone			
Cadeira			
Pia do quarto			
Interruptor de luz			
Corrimãos da cama e dos banheiros			
Maçanetas das portas			
Botão de descarga			
Pia do banheiro			
Assento sanitário			
Comadre/Patinho			
Bomba Infusora			
Monitores (controles e tela)			
Cabos do monitor			
Respirador (painel)			

Selecione o método utilizado na avaliação da Limpeza:

() Observação Direta

() Swabs

() Outros _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

ANEXO 8 : PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA:

Uma apresentação deve ser desenvolvida para todos os funcionários envolvidos na limpeza da Unidade para:

- A.** Fornecer uma visão geral da importância da limpeza em serviços de saúde, de forma compatível com seu nível educacional, utilizando ilustrações se possível.
- B.** Explicar o papel da equipe de limpeza na melhoria da segurança do paciente através da prática de uma limpeza otimizada.
- C.** Revisar expectativas e práticas de limpeza concorrente e terminal dos leitos.
- D.** Discutir a forma em que a prática da equipe será avaliada.
- E.** Acentuar a natureza não punitiva do programa.
- G.** Informá-los que o seu bom desempenho será amplamente reconhecido (ou seja, para além do seu setor) e destacado dentro de seu setor para que outros possam imitar.
- H.** Reforçar repetidamente a importância de seu trabalho, e como ele se relaciona diretamente com as metas e a missão da Unidade de Saúde e como é apreciado pelos pacientes e desempenha um papel importante na satisfação do paciente na Unidade.

ANEXO 9 : ENVIO DE AMOSTRAS AO LACEN-RJ

- 1- Enviar isolado bacteriano dos casos suspeitos de ERC pelo teste fenotípico, ao LACEN-RJ proveniente de sítios estéreis ou de swab de rastreamento.
- 2- Todas as amostras devem ser entregues no LACEN-RJ previamente cadastradas no sistema GAL (gerenciador de ambiente laboratorial).
- 3- Se a Unidade não for cadastrada no GAL, deve fazer contato com o LACEN-RJ, Tel: 2334-9985 para realizar o cadastramento no sistema GAL.
- 4- As amostras para pesquisa de MULTIRESISTÊNCIA (Cultura e PCR para Genes de Resistência) devem ser enviadas ao LACEN-RJ da seguinte forma:

Situação	Informação
Material a ser enviado	Diversos sob a forma de cepa semeada
Fase da Coleta	Cepas recentes com 24 a 48h de semeadura, mantidas a 35-37°C
Acondicionamento	Temperatura ambiente
Transporte	Placa semeada lacrada com fita crepe. Enviar a temperatura ambiente
Observações	Enviar ao LACEN para reavaliação e posterior encaminhamento à FIOCRUZ

Fonte: Guia Rápido sobre Coleta, Acondicionamento e Transporte de Material Biológico para Exames Laboratoriais.