

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Lidvina Horr *
Inez Maria Oro *
Alacoque Lorenzini *
Lorena Machado e Silva *

RBEEn/04

HORR, L. e Colaboradores — Comissão de controle de infecção hospitalar. *Rev. Bras. Enf.*, DF, 31 : 182-192, 1978.

I — INTRODUÇÃO

Historicamente, o controle das infecções bacterianas sistêmicas teve início em 1935, com o emprego da sulfanilamida e a seguir, com a descoberta da penicilina por Fleming.

Novas investigações levaram a aumentar de muito a eficácia da quimioterapia bacteriana. Porém, um grande número de microrganismos adquiriu resistência a muitos agentes antimicrobianos, por um ou mais dos seguintes mecanismos: mutação, transdução, transformação e conjugação.

Este problema de resistência bacteriana aos antibióticos é um dos mais importantes e que mais preocupa aos pesquisadores, bem como aos profissionais da área de saúde. As soluções para o mesmo, apóiam-se geralmente, sobre o desenvolvimento de novos e mais eficazes agentes antimicrobianos.

“As infecções hospitalares, segundo estimativas consideradas otimistas, matam mais de 50 mil pessoas por ano no Brasil”. (O jornal “O Estado de São Paulo”).

Segundo ZANON e colaboradores, “são conhecidas até a presente data, taxas de infecção hospitalar de apenas 4 hospitais brasileiros, que se situam entre 4,1 a 13,2%, e nos Estados Unidos variam entre 3 a 15%.

“Pela gravidade do problema é necessário instituir-se, no Hospital, medidas de controle e tratamento da infecção hospitalar, com a finalidade primordial de zelar pelo bem-estar do paciente, conseguindo a diminuição da permanência do mesmo no hospital, e conseqüentemente a diminuição do custo/paciente”.

Para tais medidas visamos neste trabalho:

- promover a conscientização de pessoas, em nível de decisão, para a importância da constituição de co-

* Mestrandas da Universidade Federal de Santa Catarina.

missões de controle de infecção hospitalar, órgão normativo, que centraliza o problema permitindo o pronto reconhecimento dos surtos nas diversas áreas do hospital, bem como, determinação das medidas de prevenção e controle;

- conscientizar os administradores sobre a importância de existir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.), considerando os graves riscos de morbidade e mortalidade, bem como o custo do tratamento e média de permanência dos pacientes nas Instituições de Saúde;
- oferecer subsídios para a implantação de comissões de controle de infecções nas Instituições de Saúde.

II — DESENVOLVIMENTO

1. Fontes e causas de infecção hospitalar

A interação entre os agentes mórbidos com o meio ambiente e o homem pode determinar uma infecção a partir do momento em que diminuem as defesas naturais do organismo em relação ao agente agressor.

A infecção hospitalar, segundo a maioria dos autores, inclui os processos infecciosos adquiridos no hospital e os não identificados na admissão do paciente por dificuldade diagnóstica ou prolongado período de incubação, e que se manifestem durante a sua permanência e até mesmo depois de sua alta.

No hospital, as principais fontes de infecção decorrem de causas ligadas ao ambiente, pessoal, equipamento, material, veículos, desempenho deficiente das técnicas de trabalho e uso indiscriminado de antibióticos.

2. Constituição de uma C.C.I.H.

Paralelamente aos avanços tecnológicos na área da Saúde aumenta o pro-

blema das infecções nos ambientes hospitalares, particularmente das infecções cruzadas, agravado pelas novas amostras de bactérias resistentes aos antibióticos.

Medidas efetivas devem ser adotadas visando a redução e eliminação das infecções, proporcionando maior segurança aos pacientes, visitantes e servidores do hospital, destacando-se como medida prioritária a criação de uma C.C.I.H.

2.1. Estrutura física

A área física destinada para o funcionamento de uma C.C.I.H. dependerá do tamanho e condições de cada hospital, bem como do número e gravidade da ocorrência de infecções. Acredita-se que a C.C.I.H. deva dispor no mínimo de uma sala para chefia e reuniões, secretaria e arquivo, laboratório para bacteriologia epidemiológica.

2.2. Estrutura funcional

2.2.1. Posição da C.C.I.H. no organograma

A C.C.I.H. deve estar diretamente subordinada a Administração superior, o que favorecerá a comunicação e resolução imediata dos problemas referentes às infecções.

2.2.2. Número e qualificação do pessoal

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) é atualmente uma necessidade sentida em muitos hospitais e recomendada desde há muito pela Associação Americana de Hospitais, através de seu Conselho especialmente formado para estudar as infecções e seu controle.

Conscientizados da problemática da infecção hospitalar, suas repercussões negativas e graves conseqüências, tais como aumento da taxa de mortalidade, morbidade, taxa elevada de ocupação,

média de permanência, é que hospitais de pequeno, médio e grande porte criaram sua C.C.I.H. O número de componentes de uma Comissão depende de uma série de fatores, tais como: tipo de hospital, número de leitos, taxa de ocupação e taxa de infecção. Assim, em hospitais pequenos, a responsabilidade poderá ser confiada apenas a um profissional, que reúna conhecimentos de bacteriologia, epidemiologia e de enfermagem.

Em hospitais de médio e grande porte, fazem parte da comissão, vários profissionais da área da saúde a saber:

- Administrador do hospital
- Enfermeiro
- Médico clínico e/ou cirurgião
- Bacteriologista
- Sanitarista ou Epidemiologista
- Secretária.

A primeira vista pode parecer onerosa a existência de uma C.C.I.H. Atualmente, as poucas comissões já em funcionamento e a vasta bibliografia a respeito, provam ser um investimento para o hospital.

Não é necessário lembrar que os membros da Comissão devem ter horas disponíveis para estas atividades por se tratar de um trabalho difícil que requer muito tempo, eficiência e vigilância permanente para que possa atingir seus objetivos.

Como o Serviço de Enfermagem representa mais de 50% do pessoal hospitalar, é aconselhável que tenha um representante Enfermeiro, em tempo integral, para atuar como um dos membros executivos e fiscalizadores da Comissão.

2.2.3. Setores e competência da C.C.I.H.

Para maior dinamismo e eficácia dos trabalhos, a Comissão pode ser estrutu-

rada em vários setores com atribuições definidas, a saber:

- Setor normativo: ao qual compete estudar e aprovar os recursos usados ou a serem usados para o controle e profilaxia de infecções.
- Setor informativo e de estatística: compete notificar todos os casos de infecção ou sugestivos a infecção e as transgressões das normas e rotinas da C.C.I.H., ao setor executivo e fiscalizador.
- Setor executivo e fiscalizador: ao qual compete executar, fazer executar e fiscalizar as normas estabelecidas e aprovadas pelo setor normativo.
- Setor laboratorial: ao qual compete executar testes laboratoriais, quer esclarecedores de diagnóstico ou de controle geral.

A introdução destes setores na estrutura da C.C.I.H. não significa maior número de participantes na Comissão, mas uma maior organização e divisão de responsabilidade. Os membros constituintes poderão fazer parte de vários setores.

3. Funções da C.C.I.H.

As funções da C.C.I.H., estão diretamente ligadas às fontes e causas da infecção.

Ao se organizar uma Comissão, esta deve evidentemente montar o seu programa, partindo de um minucioso diagnóstico situacional de seu hospital, dando prioridade às áreas chamadas críticas.

É sumamente importante a conscientização geral de todos os servidores do hospital através da Educação e Orientação nas práticas de técnicas assépticas, atingindo desde o servente de limpeza até a Administração Geral. O bom êxito na profilaxia e controle das infecções, depende do esforço permanente e sistematizado de todo pessoal hospitalar e

não apenas da C.C.I.H., isoladamente, pois trata-se de um trabalho difícil que exige a colaboração contínua e eficiente de todos.

As atividades de relevância da C.C.I.H. podem ser agrupadas em:

- 3.1. Controle do ambiente
- 3.2. Controle do pessoal
- 3.3. Controle de produtos químicos
- 3.4. Elaboração de normas e rotinas
- 3.5. Investigação epidemiológica
- 3.6. Reuniões periódicas.

Estas desdobram-se em várias outras, das quais apresentaremos alguns aspectos sob forma de sugestão:

3.1. Controle do ambiente

As ações da C.C.I.H. devem estar planejadas para manter o controle das infecções em todas as áreas do ambiente hospitalar, dando, porém, prioridade às áreas críticas. Assim os esforços da Comissão estarão voltados para:

- Elaboração, controle e atualização de normas e rotinas referentes à limpeza e desinfecção dos ambientes, estabelecendo a frequência, tipo de desinfetante, dando ênfase especial às áreas críticas: centros cirúrgico, obstétrico, berçário, sala de recuperação pós anestésica, unidade de terapia intensiva, pediatria, isolamento, serviço de Nutrição e Dietética.
- Programas de treinamento e atualização sobre limpeza e desinfecção de ambiente.
- Controle das desinfecções concorrentes.
- Controle das desinfecções terminais.

3.2. Controle de pessoal

A maioria dos autores consideram o elemento humano, servidores do hospi-

tal, visitantes e em particular o paciente, como sendo a maior fonte de infecção hospitalar. É também sabido, no que se refere aos servidores, que, independente da escala hierárquica, aqueles que estão em contato direto com o paciente são fontes de infecção hospitalar.

A atenção da C.C.I.H. deve estar voltada para os três aspectos de pessoal e programar suas ações no sentido de proteger esta mesma população, bem como prevenir e combater os agentes infecciosos.

Cada hospital através de sua C.C.I.H. deve estabelecer as prioridades e a frequência dos exames que julgar necessários ao controle sanitário de seu pessoal, levando em consideração as fontes de infecção e tipos de agentes identificados e as possibilidades de recursos materiais e humanos do Serviço de Análises Clínicas.

Entre outras atividades no controle de pessoal a Comissão deverá executar:

Em relação ao paciente:

- Controle permanente de qualquer caso suspeito ou confirmado através da investigação epidemiológica.
- Educação para a Saúde dos pacientes internados e de ambulatório; supervisão e controle do comportamento esperado.
- Isolamento de todos os pacientes com suspeita ou infecção instalada.
- Supervisão e controle da realização dos exames indicados na admissão estabelecidos pela Comissão: cultura de secreção de rino e orofaringe, de lesões cutâneas, e exame de fazes.
- Supervisão do preparo do campo operatório em pacientes cirúrgicos.

Em relação aos visitantes:

- Programas de Educação para a Saúde.

- Controle dos horários e número de visitas por paciente.
- Limitação de idade para visitantes.
- Orientação sobre a transmissão de infecções e infecção cruzada.

Em relação aos servidores:

- Programas permanentes de profilaxia, controle de infecções hospitalares.
- Programas de Educação para a Saúde.
- Treinamento de todos os servidores na prática de técnicas assépticas desde o Servente de limpeza até o Administrador no sentido de proteger, prevenir e controlar as infecções.
- Controle dos exames periódicos estabelecidos pela comissão no ato da admissão dos servidores.
- Controle periódico da saúde dos servidores e pesquisa bacteriológica de material de naso-faringe, pele, fezes, mãos, de acordo com a necessidade sentida.
- Elaboração, supervisão e atualização de rotinas referentes às técnicas de assepsia: degermação, desinfecção, sanificação, desinfestação, higiene, limpeza, esterilização, escovação das mãos, uso de aventais, máscaras, pró-pés, manipulação de medicamentos, eliminação do material de curativos, de dejetos, de secreções do paciente e do lixo em geral.
 - transporte, separação e lavagem da roupa, cobertores e colchões, sujos e/ou contaminados;
 - objetos utilizados nos cuidados higiênicos dos pacientes;
 - limpeza e desinfecção de pratos, copos e talheres, de uso comum dos pacientes;
 - limpeza, desinfecção e esterilização de todo o equipamento e

material hospitalar, como por exemplo: máscaras, nebulizadores, cânulas de traqueotomia, bolsas de água quente e gelo, aspiradores, frascos de drenagem, respiradores artificiais, seringas, agulhas, material cirúrgico, aparelhos de anestesia, catéteres e sondas;

- empacotamento de material e instrumental a ser esterilizado;
- controle periódico do funcionamento dos aparelhos de esterilização e câmaras frigoríficas;
- lavagem e preparo de alimentos crus, frutas e demais gêneros alimentícios;
- destino das sobras de alimentos.

3.3. Controle dos produtos químicos

ZANON e colaboradores afirmam que “na maioria dos hospitais brasileiros, desinfetantes e antissépticos são escolhidos em função do preço, de avaliações bacteriológicas inadequadas como exposição de placas de meio de cultura ou de preferências individuais subjetivas, pois as empresas não declaram a composição quantitativa de seus produtos”.

Embora se saiba que as soluções desinfetantes e antissépticas podem sofrer contaminação, acarretando infecções graves e, até mesmo fatais, e/ou ainda apresentarem-se com atividade antimicrobiana não satisfatória ou mesmo nula, não é dada a devida atenção a esse problema.

Cabe, portanto, à C.C.I.H.:

- a Seleção dos produtos químicos — germicidas, desinfetantes, antissépticos, agentes de limpeza;
- o controle da sua aquisição e emprego;
- o teste bacteriológico periódico;
- a elaboração de normas e rotinas quanto ao uso dos mesmos.

3.4 Elaboração de Normas e rotinas

— Normas:

As normas estabelecem em princípios científicos e de autoridade o que e como deve ser feita em determinada situação.

Vários aspectos importantes devem ser considerados, como:

- Normas da organização da C.C.I.H.
- Normas referentes ao Pessoal.
- Normas referentes ao orçamento.
- Normas referentes ao relacionamento interno e externo de comissão.
- Normas técnicas relacionadas às características e classificação das infecções.

ZANON e colaboradores em trabalho elaborado para o I Encontro Nacional de Diretores dos Hospitais Próprios do INPS e IPASE, apresentam em apêndice um resumo de normas técnicas aprovadas pelo CDC — Center for Disease Control, do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, consagradas e aceitas internacionalmente. (Anexo)

— Rotinas:

As rotinas consistem na descrição sistematizada dos passos a serem dados para a execução das ações componentes de uma atividade. São o produto do estudo e vivência adquiridas nas rotinas diárias, no trabalho de planejamento, na orientação e no treinamento do pessoal.

A C.C.I.H. é responsável pela elaboração de rotinas administrativas, relacionadas ao material, equipamento, produtos químicos e procedimentos.

3.5. Investigação epidemiológica

A vigilância epidemiológica possibilita a tomada de decisões corretas em tempo oportuno.

A C.C.I.H. atuará através de:

- levantamento e análise de um conjunto de indicadores:

- taxa de incidência e de prevalência de infecções hospitalares;
- taxa de infecção em cirurgias não contaminadas;
- taxa de infecção em cirurgias potencialmente contaminadas;
- taxa de letalidade por infecções hospitalares;
- taxa de infecção por microrganismo específico;
- coeficientes de sensibilidade aos antimicrobianos;
- índice de consumo de antimicrobianos;

- notificação compulsória pelos médicos, dos casos de infecção mediante preenchimento de Ficha de Notificação de Infecções, constante de todos os prontuários;
- identificação, pelos enfermeiros, dos prontuários de pacientes em uso de antimicrobianos, com ou sem infecção;
- encaminhamento, após alta, dos prontuários dos pacientes com infecção, à C.C.I.H. para estudo;
- pesquisas periódicas de prevalência de infecção;
- levantamentos bacteriológicos da frequência e dos coeficientes de sensibilidade de microrganismos isolados em pacientes, visitantes e funcionários;
- levantamento e controle do consumo de antimicrobianos.

Este conjunto de ações de investigação epidemiológica dá à C.C.I.H. maior possibilidade de controle das infecções, e conseqüentemente de eliminar as causas.

3.6. Reuniões periódicas

Periodicamente a C.C.I.H. deve reunir-se para analisar e avaliar programas, número, natureza e quantidade de

infecções e programar novas ações. Para que os objetivos da C.C.I.H., sejam atingidos, é imprescindível a participação nestas reuniões de representantes médicos, enfermeiros, chefes de serviço, principalmente quando novas medidas deverão ser implantadas.

4. Áreas críticas do hospital

A C.C.I.H. deve preocupar-se com todas as áreas, considerando o Hospital com uma unidade. Algumas áreas, porém, pela finalidade a que se destinam, merecem atenção especial, tais como:

- bercário;
- centro cirúrgico;
- centro obstétrico;
- centro de recuperação pós-anestésica;
- unidade de terapia intensiva;
- centro de material e esterilização;
- pediatria;
- isolamento;
- serviço de nutrição e dietética;
- lavanderia.

5. O Administrador na C.C.I.H.

O Administrador do hospital, responsável pela segurança dos pacientes conscientizado da gravidade do problema da infecção hospitalar, deve, não somente incentivar a criação da C.C.I.H., como também, tomar parte da mesma.

Entre as suas atividades como membro da comissão, destacam-se:

- manter um serviço de vigilância sanitária para o pessoal;
- oferecer condições para identificação dos agentes etiológicos pelos Serviços de Análises Clínicas;
- estimular os serviços médicos, de enfermagem, Nutrição e Dietética, Lavanderia, Limpeza e Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento a tomarem parte na elaboração de normas e rotinas referentes à prevenção e controle das infecções;

- estabelecer critérios exigentes para a indicação dos responsáveis pelos Serviços de Limpeza e Lavanderia, para através da qualificação destes, reduzir a frequência das infecções;
- permitir a compra de antissépticos e desinfetantes que atendam os critérios estabelecidos pela Comissão;
- tornar compulsória, a notificação das infecções à C.C.I.H. pelos profissionais da equipe de saúde;
- dar condições materiais e humanas para que a comissão possa desenvolver seus trabalhos;
- assessorar nas construções e reformas do Hospital para facilitar a implantação das medidas de redução de infecções.

6. A chefia de Enfermagem na C.C.I.H.

A Enfermagem representa papel importante no controle de infecções porque mantém maior contato com os pacientes. Assim, a Enfermagem através de sua chefia, poderá prestar valiosa colaboração à C.C.I.H. assumindo responsabilidades como as que seguem:

- cooperação consciente na elaboração das normas, rotinas e técnicas adotadas pela Comissão;
- orientação e supervisão do pessoal na execução das normas e rotinas elaboradas pela comissão;
- elaboração das normas e rotinas referentes às técnicas de Enfermagem;
- realização de trabalhos de investigação para certificar-se da observância das normas e rotinas;
- programação e realização de cursos de atualização no que concerne à prevenção e a controle de infecções;
- assessoria nas construções e reformas do Hospital para possibilitar a implantação das medidas de prevenção e controle das infecções;

- ampliação dos conhecimentos sobre antissépticos e desinfetantes;
- conscientização dos pacientes, visitantes e servidores sobre os perigos das infecções hospitalares e a importância de sua participação na prevenção das mesmas.

III — CONCLUSÕES

Acreditamos que:

- o problema das infecções hospitalares se reveste, na nossa realidade, de uma importância transcendental;
- as Instituições de Saúde, desde que adequadamente concientizadas, usufruirão de vantagens sócio-econômicas e políticas na implantação de uma C.C.I.H.;
- a existência de uma C.C.I.H. proporcional a elevação da qualidade da assistência aos pacientes nos níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação);
- economicamente, a existência de uma C.C.I.H. elevará a produtividade em função da diminuição da média de permanência e da maior rotatividade e ocupação dos leitos;
- independente do número de leitos e de profissionais lotados em cada Instituição de Saúde, é viável a implantação e funcionamento de uma C.C.I.H., desde que sejam feitas adaptações de acordo com a realidade;
- as condições para o ensino, na área da saúde serão diretamente proporcionais ao nível de atuação da C.C.I.H.

IV — RECOMENDAÇÕES

1. Considerando as vantagens que oferece a redução das infecções hospitalares, entre outras diminuição do risco de mortalidade e morbidade, do custo do tratamento e da média de perma-

nência dos pacientes o que resulta na maior rotatividade dos leitos, recomenda-se:

1.1. Aos órgãos deliberativos das Instituições de Saúde que:

- Criem Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, a curto e médio prazo levando em consideração os problemas específicos de infecção de cada Unidade Hospitalar;
- Promovam cursos para Administradores, sobre infecção hospitalar, conscientizando-os do problema;
- Forneçam os subsídios necessários a manutenção do funcionamento das C.C.I.H. em nível adequado.

1.2. Aos administradores dos Hospitais que:

- mantenham-se atualizados sobre o problema das infecções hospitalares;
- participem das C.C.I.H. dos seus hospitais;
- apoiem e estimulem os membros da comissão;
- liberem elementos participantes da Comissão, para suas atividades, de acordo com o volume de seus trabalhos;
- Providenciem recursos materiais e financeiros para garantir o funcionamento da Comissão;
- colaborem na educação e orientação formal e informal, permanente e obrigatória, de todos os servidores do hospital através de programas de atualização e/ou de treinamento.

2. Considerando a importância da existência de normas e rotinas que determinem a atuação do pessoal de Enfermagem na execução de procedimentos técnicos; a necessidade da orientação e supervisão na execução das mesmas, recomenda-se:

Aos chefes de Serviços de Enfermagem que:

- tomem parte ativa na Comissão designando um enfermeiro em horário integral;
- colaborem na elaboração de normas e rotinas específicas de Enfermagem;
- supervisionem e orientem a execução fiel das mesmas;
- Colaborem na atualização e treinamento do pessoal de Enfermagem.

3. Considerando que os servidores da Instituição de Saúde constituem a massa crítica diretamente responsável pela execução de atividades visando diminuir os riscos de infecção hospitalar, recomenda-se:

- A todos os servidores do Hospital que:
- mantenham-se atualizados sobre o problema das infecções hospitalares;

- participem dos cursos de atualização e/ou treinamento oferecidos;
- cumpram rigorosamente as normas estabelecidas pela comissão;
- sigam rigorosamente as rotinas estabelecidas pela comissão.

4. Considerando que as Instituições de saúde se caracterizam como "campo" de elevada importância na formação de futuros profissionais da área da saúde e que a presença de acadêmicos deverá contribuir para manutenção no controle das infecções hospitalares recomenda-se:

- As Instituições de Ensino que:
- instruem seus professores e alunos acerca das normas e rotinas estabelecidas pela comissão;
 - providenciem para que as mesmas sejam rigorosamente cumpridas pelos corpo docente e discente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AQUAR, N., ZANON, U., MELLO, C.G., ALONSO, L.M., COSTA, B.G., BLEY, J.L. A repercussão do controle de antimicrobianos em alguns indicadores hospitalares. *Vida hospitalar*. 10(2): 116-120, 1976.
2. CORDOVA, C.M. A comissão de controle de infecção. *Enfoque*. 1(4):5-5, junho, 1973.
3. GOODMAN, L.S. e GILMAN, A. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. Rio de Janeiro, Buanabara Kogan, 1973. 1615 p.
4. GOTH, A. *Farmacologia Médica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975. 694 p.
5. HENDRIKX, H. M. *Manual do Serviço de Enfermagem da Sociedade Beneficente São Camilo*. São Paulo. Grafikor, 1975. 218 p.
6. MARQUES, M.M., ARAGÃO, L. G. A infecção no hospital. *Revista Paulista de Hospitais*. 22(12) : 545-546, dez. 1974.
7. MODERNAS TÉCNICAS DE ASSEPSIA HOSPITALAR. *Jornal Brasileiro de Medicina*. Guanabara, Publicações Científicas. s.n.t. p. 1-9.
8. SELDMAN, M.A. *Administração do Serviço de Enfermagem*. São Paulo. Grafikor, 1975. 205 p.
9. SEMINARIO SOBRE RESISTÊNCIA BACTERIANA TRANSFERÍVEL. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Edição Complementar, março, 1973.
10. SOUZA, M.L. Infecções em Hospital Pediátrico. *Servir*. 1(2):90-95, junho, 1971.
11. TELXEIRA, E.M. Fontes de infecção no hospital. *Revista Paulista de Hospitais*. 20(1):7-16, jan. 1972.
12. TIBIRIÇA, C.C. Atuação do pessoal de Enfermagem nas medidas de controle de infecções hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 27(4):462-471, out./dez. 1974.
13. ULSON, C.M. Apostila sobre infecção hospitalar. 27 fls. mimeografadas.
14. ZANON, U. Fundamentos para o controle das infecções adquiridas em hospital. *O semestre terapêutico*. 12 (28):2-12, dez. 1973.
15. ZANON, U., AGUIAR, N., BLEY, J.L., MELLO, C.G., COSTA C.N., COSTA, B.G. Controle de infecções hospitalares. *Revista Paulista de Hospitais*. 23(8):351-360, agosto, 1975.
16. MOURA, M.L.P.A. Aspectos atuais de de enfermagem no controle e tratamento de infecção hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 12 (4):75-84, 1976.

CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES

- I — INFECÇÃO NÃO INSTITUCIONAL, não hospitalar ou comunitária, define-se como a infecção constatada no ato da admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.**
- II — INFECÇÃO INSTITUCIONAL, hospitalar ou nosocomial, define-se como qualquer infecção que não tenha sido diagnosticada no ato da admissão do paciente e que tenha se manifestado durante a internação ou mesmo depois da alta quando puder ser correlacionada com a hospitalização.**
- III — CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO INSTITUCIONAL**

1. Normas gerais

- 1.1. Quando, depois de internado com infecção comunitária, o paciente apresentar sinais e sintomas clínicos de uma infecção em local diferente, ainda quando se tratar do mesmo germe, o caso deverá ser classificado como infecção hospitalar.**
- 1.2. Quando, no mesmo local da infecção diagnosticada no ingresso do paciente no hospital, for isolado um germe diferente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar.**

2. Infecção urinária

- 2.1. Assintomática: confirma-se o diagnóstico com a presença de 100.000 micro-organismos por mililitro de urina recente, na ausência de qualquer sintoma clínico. Caso o paciente tenha sido admitido com bacteriúria e a cultura posterior revelar a existência de um micro-organismo diferente em número significativo, será considerada infecção urinária institucional.**
- 2.2. Sintomática: confirma-se quando forem registrados pelo menos um dos seguintes elementos: a) 10.000 germes por mililitro de urina recente; b) presença de germes em esfregaço de urina recente não centrifugada corada pelo Gram; c) piúria, revelando número superior a 10 plócitos por campo.**

3. Infecções respiratória

- 3.1. Do trato respiratório superior: manifestações clínicas do nariz, garganta ou ouvido, isoladas ou combinadas.**
- 3.2. Do trato respiratório inferior: sinais e sintomas clínicos, como tosse, dor pleural, febre e outras secreções, são consideradas suficientes para o diagnóstico, mesmo na ausência de exames radiológicos ou cultura de escarro. A existência de escarro purulento, com ou sem isolamento de micro-organismo patogênico com**

exame radiológico compatível, configura caso de infecção institucional.

4. Gastroenterites institucionais: nos casos em que o período de incubação for conhecido (salmonelose, por exemplo) somente serão considerados casos de infecção institucional aqueles em que o tempo de internação for superior ao tempo de incubação da doença.
5. Infecções cutâneas institucionais
 - 5.1. Infecções em queimados: o simples isolamento de micro-organismos patogênicos é insuficiente para o diagnóstico, tornando-se indispensável a existência de secreção purulenta na lesão bem como sinais de bacteriemia, para caracterizar a infecção.
 - 5.2. Infecções cirúrgicas: qualquer ferida cirúrgica que drene material purulento, com ou sem cultura positiva, deve ser considerada como uma infecção institucional, independente de cogitação quanto à origem dos micro-organismos, se endógenos ou exógenos.
 - 5.3. Outras infecções cutâneas: dermatites, úlceras de decúbito, quando desenvolvidas depois da admissão do paciente, serão classificadas como infecções institucionais. Em pacientes admitidos com infecções cutâneas ou subcutâneas, o isolamento de um micro-organismo diferente deverá constituir elemento para classificar o caso como infecção institucional.
6. Outras infecções hospitalares
 - 6.1. Bacteriemias: ocorrendo depois da admissão do paciente, documentadas com cultura, devem ser classificadas como infecção hospitalar.
 - 6.2. Infecções por cateter intravenoso ou agulha: drenagem purulenta depois de manipulação e emprego de cateter intravenoso ou punção, deve ser considerada infecção hospitalar, mesmo na ausência de cultura positiva.
 - 6.3. Endometrites: ocorrendo durante a internação, devem ser consideradas institucionais, caracterizando-se por supuração cervical acompanhada de cultura positiva de germe patogênico ou de manifestação sistêmica de infecção.
 - 6.4. Infecções intra-abdominais: apendicites, colecistites e diverticulites não devem ser consideradas infecções institucionais.