

**DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO**

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE**

**INFECÇÃO HOSPITALAR (PPCIH) OU**

**DE INFECÇÃO RELACIONADA À**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE<sup>1</sup> (PPCIRAS), DO PLANO DE AÇÃO E DO**

**RELATÓRIO ANUAL DO PROGRAMA**

Elaboração:

Serviço Estadual de Controle de Infecção

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

secih@ses.mt.gov.br

3<sup>a</sup> REVISÃO  
FEVEREIRO/2019

---

<sup>1</sup> Neste documento será utilizado o termo “Infecção Hospitalar” ou IH, mas as orientações podem ser aplicadas ou adaptadas a qualquer estabelecimento de assistência à saúde, onde se adota o termo “Infecção Relacionada à Assistência à Saúde” ou IRAS.

## SUMÁRIO

1	Introdução	3
2	O que é o PPCIH	3
3	Objetivo do PPCIH	4
4	Componentes para a elaboração dos PPCIH	4
5	Diretrizes para a elaboração do PPCIH	7
6	Itens a serem contemplados no PPCIH	8
7	Avaliação do PPCIH / Elaboração do Relatório Anual de Avaliação do PPCIH	13
	Referências	14

## **1. INTRODUÇÃO**

O Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) pode ser elaborado de várias formas, seguindo as diretrizes das legislações nacionais vigentes, que hoje são a Portaria MS/GM nº 2616/1998 e a RDC ANVISA nº 48/2000, além de diretriz internacional como o Guideline dos Componentes Essenciais do Programa de Prevenção e Controle de Infecção da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016).

No entanto, nossa experiência no acompanhando dessas ações ao longo dos anos tem mostrado que a maioria dos serviços não consegue contemplar claramente no planejamento dos seus Programas suas metas e necessidades, ficando o planejamento deficitário.

Desse modo, com o intuito de direcionar os profissionais na elaboração de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção claro e objetivo e que contemple minimamente quesitos essenciais para o desenvolvimento das ações nos estabelecimentos, atualizamos este documento que visa dar melhor direcionamento aos controladores de infecção e também padronizar e facilitar a elaboração dos PPCIH nos hospitais de MT.

## **2. O QUE É O PPCIH**

Considera-se Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares ou relacionadas à assistência à saúde.

O Programa de Controle de Infecção do estabelecimento deve ser elaborado para um período de 2 a 4 anos, com metas numéricas estabelecidas, seguindo as metas municipais, estaduais e nacionais, além de ter metas próprias. O Plano de Ação do Programa já exige um prazo menor, devendo ser elaborado anualmente, considerando o andamento e ou a evolução do Programa, cujos ajustes se fazem necessários de um ano para outro.

### **3. OBJETIVO DO PPCIH**

Programar o desenvolvimento das ações de Prevenção e Controle de Infecção do estabelecimento. Deve ser elaborado pelos membros executores da CCIH (que constituem o Serviço de Controle de Infecção do Hospital - SCIH), com suporte e ou assessoria dos membros consultores. Após elaborado, deve ser encaminhado para conhecimento e aprovação da gestão do estabelecimento. O PPCIH deve ser elaborado de forma sistematizada, com metas e ações claras, responsabilidades e prazos definidos e monitoramento e avaliação.

### **4. COMPONENTES PARA A ELABORAÇÃO DOS PPCIH**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como direcionamento para as ações de prevenção e controle de infecção os Componentes Básicos (Core Components) ou Componentes Essenciais para a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS e RM - Resistência Microbiana (OPAS, 2017).

Esses componentes são:

1. Organização do Programa de Controle de Infecção: deve ser definido claramente, com os objetivos baseados na epidemiologia, na avaliação do risco e nas prioridades do hospital (ou outro serviço de assistência à saúde) para a prevenção e controle de infecção e a propagação da RM. Essas informações podem ser acessadas nas reuniões com os membros consultores da Comissão (CCIH), na avaliação do Relatório Anual do SCIH, nas visitas de auditoria nos setores, nas reuniões de setores do hospital, dentre outras.

É imprescindível, sobretudo para os hospitais com leitos de terapia intensiva, que o serviço de prevenção e controle de infecção disponha, minimamente, de recursos humanos capacitados (pelo menos um enfermeiro e um médico infectologista exclusivos), uma sala com computador e acesso à internet e suporte laboratorial para exames microbiológicos.

2. Diretrizes ou Orientações Técnicas ou Protocolos para prevenção e controle de infecção para todos os profissionais da assistência à saúde.

Os Protocolos básicos de prevenção e controle das infecções podem ser acessados no documento “Roteiro de Inspeção Sanitária do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar” disponível em < <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle->

[infecoes/pasta2/roteiro\\_para\\_supervisao\\_em\\_scih\\_embasado\\_na\\_rdc\\_48\\_2000\\_NE\\_W.pdf](#)>

3. Formação e capacitação sistemática e periódica dos profissionais de saúde e demais colaboradores para a prevenção e controle de infecção no estabelecimento, com discriminação de conteúdos e elementos, visando gerar a adesão às práticas e mudanças de comportamentos.
4. Vigilância das IRAS: é fundamental no processo para informar e guiar as estratégias do Programa. A vigilância em estabelecimentos de saúde deve basear-se em recomendações nacionais (ANVISA), em definições comuns e adaptadas às características específicas do estabelecimento, de acordo com recursos disponíveis e com objetivos e estratégias claras. Para a vigilância das IRAS, deve haver métodos ativos para a detecção das infecções. Entre as diferentes estratégias de vigilância, podem-se usar os estudos de prevalência ou incidência.

A vigilância deve fornecer informações para:

- Descrição do panorama das infecções relacionadas à assistência à saúde no estabelecimento (ou seja, incidência ou prevalência, tipo, etiologia e, se possível, dados sobre a gravidade e a taxa de mortalidade atribuível);
- Identificação dos padrões de RM mais relevantes. Por isso, a capacidade do laboratório de microbiologia é essencial para permitir o monitoramento confiável das IH ou IRAS;
- Identificação de procedimentos e exposições de alto risco;
- Existência de infra-estrutura para higienização de mãos e para gestão dos resíduos do serviço de saúde;
- Detecção precoce de clusters (agrupamento de casos) e surtos - sistema de alerta precoce;
- Avaliação do impacto das intervenções.

A responsabilidade pelo planejamento e realização da vigilância, bem como de analisar, interpretar e divulgar os dados obtidos são geralmente da equipe executora do PPCIH. Os relatórios de vigilância devem ser divulgados oportunamente para aqueles que ocupam cargos gerenciais ou administrativos (responsáveis pelas decisões) e para os profissionais da assistência à saúde das

unidades/alas, ressaltando-se que é de extrema importância ter um sistema de avaliação da qualidade dos dados de vigilância.

5. Estratégias multimodais: As intervenções multimodais bem sucedidas devem ser acompanhadas de mudança na cultura da organização, uma vez que um PPCIH efetivo reflete na qualidade dos cuidados, em uma cultura positiva da organização e em um melhor clima de satisfação do paciente. A aplicação de estratégias multimodais dentro dos estabelecimentos de atenção à saúde devem estar vinculadas com os objetivos e iniciativas de qualidade nacional, incluindo as iniciativas de melhoria da qualidade da atenção à saúde ou dos organismos de acreditação dos estabelecimentos de saúde. Como exemplo, temos a Estratégia Multimodal da Higienização das Mãos.

6. Auditoria de práticas de prevenção e controle de infecção e notificação dos resultados: recomenda-se que seja realizado um monitoramento / auditoria regular e oportuna das notificações e dos resultados das práticas de atenção à saúde de acordo com as normas do PPCIH e da RM a nível de estabelecimentos de saúde. Os resultados devem ser socializados para todas as pessoas auditadas e ou pertinentes.

O objetivo principal das práticas de auditoria / monitoramento, assim como a de outros indicadores e a notificação dos resultados é alcançar uma mudança de conduta ou de processos de trabalho, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados e práticas, com o objetivo de reduzir o risco das IRAS e propagação da RM.

O acompanhamento da notificação dos resultados também tem como objetivo fazer a socialização das informações entre os diferentes setores e gestão, de forma que sejam estabelecidas colaborações e criadas redes e grupos de trabalho.

Os PPCIH devem ser periodicamente avaliados para determinar até que ponto os objetivos e metas são alcançados, se as atividades estão sendo realizadas conforme planejado e necessário e visando detectar oportunidades de melhoria, à partir de auditorias padronizadas. Informações importantes que podem ser utilizadas para este propósito incluem os resultados da avaliação de conformidade com práticas de prevenção e controle de infecção, outros indicadores do processo (por exemplo, atividades de capacitação), o tempo gasto pela equipe de prevenção e controle de infecção e alocação de recursos.

7. Carga de trabalho, dotação de pessoal e ocupação de camas (estabelecimento de atenção de saúde para pacientes apenas agudos): recomenda que sejam seguidos os critérios para reduzir o risco de IRAS e propagação de RM: (1) ocupação de camas não deve exceder a capacidade do estabelecimento; (2) a quantidade de profissionais de assistência à saúde deve ser suficiente e deve ser estabelecido de acordo com o volume de trabalho e de pacientes.
8. Estrutura física, materiais e equipamentos necessários à prevenção e controle de infecção (estabelecimento de atenção à saúde para pacientes apenas agudos): as atividades de cuidado ao paciente devem ser aplicadas de forma a garantir a efetividade das práticas relacionadas à prevenção e controle das IRAS e RM, por meio de requisitos de infra-estrutura/saneamento e a disponibilidade de materiais e equipamentos apropriados, incluindo pias e acessórios para a devida higienização das mãos dos profissionais de saúde. Esses requisitos constituem responsabilidade dos gestores dos estabelecimentos. No entanto, as esferas públicas (federal, estadual e municipal) tem papel importante na elaboração de legislações, normas e recomendações para a implementação desses requisitos nos ambientes assistenciais de saúde.

## **5. DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PPCIH**

A elaboração do PPCIH deve ser realizada de forma a contemplar os Componentes Essenciais recomendados pela OMS supra citados. Para o planejamento das ações do PPCIH, é importante levantar as informações com relação aos problemas relativos à prevenção e controle das IH e RM, que constituem o que chamamos de “diagnóstico situacional” do estabelecimento. A partir desse diagnóstico situacional, que inclui resultados de indicadores, relatórios e outros, devem ser estabelecidas as metas que o SCIH planejou para determinado período, lembrando que essas metas devem ser estabelecidas em percentuais. Para o alcance das metas propostas, devem ser listadas ações que possibilitem ou viabilizem o cumprimento das metas. Para a realização das ações, são determinados os responsáveis, os prazos e os recursos necessários (humanos, materiais, equipamentos e outros).

A RDC ANVISA nº 48/2000 que estabelece o Roteiro de Inspeção Sanitária do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (já citado acima) pode ser utilizada como embasamento para ajudar no direcionamento da elaboração do PPCIH.

Quanto à periodicidade do Plano de Ação, recomenda-se que este seja anual por facilitar monitoramento e avaliação do Programa estabelecido, bem como elaboração do relatório anual.

## **6. ITENS A SEREM CONTEMPLADOS NO PPCIH**

É interessante que o documento seja elaborado com o timbre do estabelecimento.

1. Título: Exemplo: Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (ou de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde) do Hospital “...” para o período de XXXX a XXXX (sugerimos que esse período seja bianual ou trianual).
2. Apresentação do PPCIH:  
Fazer um breve relato do histórico do Serviço de Controle de Infecção no hospital (ou estabelecimento) e do (s) objetivo (s) do Programa (PPCIH).
3. Constituição da CCIH e SCIH:  
Elencar os setores do serviço de saúde que compõe a Comissão (CCIH), discriminando os setores representados que fazem parte como membros consultores e como membros executores (não há necessidade de discriminar nomes no PPCIH, pois esses já estarão discriminados no documento interno de nomeação das pessoas que compõe a CCIH, que deve ser mantido atualizado se houver alteração de membros).
4. Atribuições da CCIH:
  - Dos membros executores
  - Dos membros consultores(relacionar as atribuições em forma de itens, amparando-se na Portaria MS/GM nº 2616/1998 ou outra que a substitua)
5. Objetivos:
  - Geral (mais amplo, constitui a ação que conduzirá ao alcance do que se propõe no Programa)

- Específicos (apresentam, de forma pormenorizada, detalhada, as ações que se pretende alcançar)
6. Metas: Enumerar as metas e estabelecer os percentuais que se deseja atingir dentro do período proposto para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM, tendo o cuidado de planejar com factibilidade.
7. Plano de Ação:

Para a elaboração do Plano de Ação, fica sugerida a utilização de um quadro (Quadro 1), que permite ser implementado durante a vigência do PPCIH, conforme as necessidades do serviço para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM.

Nos Quadros 2 e 3 estão representados dois exemplos pelos quais, a partir do problema levantado, se estabelece metas e ações que devem ser planejadas para a resolução do problema, designando-se responsáveis, períodos de execução, recursos necessários, com espaço para monitoramento e avaliação durante a sua vigência.

Quadro 1: Quadro sugerido para elaboração do PPCIH

<b>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b>	<b>METAS</b>	<b>AÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PERÍODO DE EXECUÇÃO</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>
Levantar/enumerar os problemas do EAS que interferem na prevenção e controle das IH e RM, que podem ser mais generalizados, até para a definição da meta	À partir dos problemas levantados, são estabelecidas metas (devem ser numéricas)	Elencar ou enumerar as ações necessárias no EAS para atingir cada meta proposta	Relacionar as pessoas/setores responsáveis por cada ação a ser desenvolvida	Relacionar os prazos estabelecidos para o desenvolvimento de cada uma das ações propostas	Recursos humanos, materiais ou financeiros necessários para o desenvolvimento das ações propostas	Durante a vigência do PPCIH, o controlador de infecção pode monitorar o seu desenvolvimento, assinalando se a ação foi alcançada, se está em andamento ou não alcançada ainda, com isso, pontua e monitora onde deve envidar seus esforços com mais afinco

Quadro 2: Exemplo 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Não disponibilidade de dispensadores (sabonete líquido, papel toalha e álcool gel) para higienização das mãos (HM) dos profissionais de saúde (PAS) e colaboradores em TODAS as pias de HM e pontos de assistência do hospital	Prover acessórios para HM (dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e de álcool gel) em 100% das pias de HM e pontos de assistência do hospital	1. Oficiar junto à administração do hospital a necessidade de aquisição de dispensadores (já pode constar no documento o quantitativo com a especificação desses materiais e produtos <sup>2</sup> para abastecimento)	SCIH/ Administração	Abril/2019	Estimar valores	Alcançado
		2. Verificar com o serviço de limpeza e higienização hospitalar (em caso de empresa terceirizada) se está previsto no contrato disponibilização dos dispensadores e insumos	SCIH/ Administração	Abril/2019	Nenhum	Alcançado
		3. Estabelecer rotina escrita com capacitação dos colaboradores para higienização/abastecimento dos dispensadores junto ao serviço de limpeza e higiene hospitalar	SCIH	Abril a Maio/2019	Nenhum	Em andamento
		4. Desenvolver capacitação e campanhas de sensibilização para aumentar a adesão à prática de HM junto aos profissionais de saúde e colaboradores	SCIH/ Educação Continuada/ outros	Maio a Junho/2019 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Em andamento
		5. Realizar auditorias internas para monitorar a adesão às práticas de HM	SCIH	Bimestral e contínuo (após item 4)	Nenhum	Em andamento
		6. Estabelecer indicadores de resultado (consumo de preparação alcoólica para as mãos, consumo de sabonete líquido, percentual (%) de adesão à higiene das mãos)	SCIH	Maio/2019	Nenhum	Alcançado
		7. Elaborar e colocar nos postos de trabalho e pontos de assistência banners e lembretes para a HM	SCIH	Junho/2019 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Não alcançado
		8. Outras				

<sup>2</sup> Os produtos DEVEM ter registro na ANVISA.

Quadro 3: Exemplo 2

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Altas taxas de Densidade de Incidência de PAV na UTI Adulto	Reduzir em 40% a DI de PAV na UTI Adulto (DI de 21,7 para 13,1 – redução de 8,6)	1. Realizar reunião com a equipe médica e enfermeiros da UTI Adulto para discussão dos problemas que estão impactando nas altas taxas de PAV	SCIH/ Equipes UTI	Jan/2019	-	Alcançado
		2. Revisar o protocolo de prevenção de PAV, validar, bem como realizar a capacitação das equipes assistenciais para o seu cumprimento	SCIH/ Chefias de Equipes UTI/ Educação Continuada	Jan a Fev/2019	Sala para reuniões, computador, impressão e outros	Alcançado
		3. Elaborar o check-list de prevenção de PAV, bem como implantar seu uso na UTI	SCIH/ Chefias de Equipes UTI	Fev /2019	Sala para reuniões, computador, impressão e outros	Em andamento
		4. Confeccionar um banner (impermeável) para a UTI com as principais orientações para prevenção de PAV para servir de lembrete às equipes assistenciais	SCIH	Mar/2019	Estimar valores para impressão do banner	Em andamento
		5. Instituir auditorias internas de rotina para verificação do cumprimento do protocolo de prevenção de PAV e da adesão ao uso do check-list e, conseqüentemente, avaliar o impacto das ações	SCIH	Mar a Dez/2019	Impressão de formulários	Em andamento
		6. Estabelecer indicadores de processo para monitoramento da adesão à aplicação do check-list de prevenção de PAV	SCIH	Mar/2019	Nenhum	Em andamento
		7. Instituir no quadro de avisos da UTI a divulgação mensal por meio de gráfico da Densidade de Incidência de PAV	SCIH	Jan a Dez/2019	Estimar valores	Não alcançado
		No decorrer do ano, novas ações podem ser inseridas de acordo com o andamento dos indicadores				

Obs: O PPCIH é flexível, ou seja, durante a sua vigência, novas ações podem ser propostas ou inseridas, a depender das demandas que podem surgir ao longo do período em que foi proposto (indicadores elevados, surtos). Devem ser periodicamente avaliadas necessidades de mudanças ou adequações.

## **7. AVALIAÇÃO DO PPCIH / ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DO PPCIH**

Ao final da vigência do PPCIH (anual), deve ser elaborado o Relatório Anual de Avaliação das Ações de Prevenção e Controle de Infecção propostas. Este relatório visa dar ciência e transparência às ações desenvolvidas pelo SCIH e constitui documentação importante do SCIH e da gestão hospitalar, devendo ser, socializado/disponibilizado, e uma cópia devidamente arquivada junto aos demais documentos da instituição. Este documento pode ser solicitado/requerido em fiscalizações, auditorias, demandas judiciais, dentre outros.

Sua elaboração ainda corrobora como base para a reprogramação das ações do PPCIH para o ano seguinte.

Como sugestão, o Relatório Anual de Avaliação do PPCIH pode contemplar:

- Identificação do documento (exemplo: Relatório de Avaliação do Serviço de Controle de Infecção do Hospital “X” Ano: XXXX)
- Breve relato de como se desenvolveu/vem se desenvolvendo o SCIH do hospital ao longo dos anos
- Metas alcançadas ou desenvolvidas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX
- Metas parcialmente alcançadas ou em andamento (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao alcance parcial do que foi proposto.
- Metas não alcançadas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao não alcance do proposto.
- Conclusão
- Data
- Equipe responsável pela sua elaboração

- Ciência da Alta Administração e demais setores do hospital com a data

Este Relatório deve ser assinado pelos membros executores do SCIH (com rubricas em todas as páginas e assinaturas e carimbos na última página) e encaminhado para a Gestão do estabelecimento, ao mesmo tempo em que deverá ser socializado entre os diferentes setores/atores do hospital.

#### Referências:

BRASIL. Congresso Nacional. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 48 de 02 de junho de 2000. Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

OPAS. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nível nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC By-NC-AS 3.0 IGO.

World Health Organization. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. 2016.