

Guimar Portugal de Macedo

**AVALIAÇÃO DAS CLÍNICAS DE CIRURGIA PLÁSTICA REFERENTE AS
COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

Belo Horizonte

2011

Guimar Portugal de Macedo

**AVALIAÇÃO DAS CLÍNICAS DE CIRURGIA PLÁSTICA REFERENTE AS
COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Célia Cristina Duarte Starling.

Belo Horizonte

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS INFECÇÕES

Prof. Clélio Campolina Diniz

Reitor

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Diretor do Hospital das Clínicas

Profa. Andréa Maria Silveira

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital das Clínicas da UFMG

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DIDÁTICA DO CURSO

Coordenadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Subcoordenadora: Profa. Edna Maria Rezende

Membros: Profa. Adriana Cristina de Oliveira

Profa. Wanessa Trindade Clemente

Representantes discentes: Andréia Maria Martins Melo

Guimar Portugal de Macedo

Belo Horizonte

2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais do controle de infecção, que precisam batalhar para implantar as práticas de controle de infecção nas clínicas de cirurgia plástica, sem terem apoio administrativo e com um mínimo de condições. Aos profissionais que se aventuram no assunto, sem saberem a gravidade e importância do mesmo. A falta de conhecimento, consciência e responsabilidade dos responsáveis pelos serviços.

AGRADECIMENTOS

As minhas colegas de trabalho Analice, Margareth e Frederica que foram solidárias e me ajudaram nessa jornada. As minhas filhas Thabata e Daniela com seu apoio e carinho constantes. Ao meu marido Ricardo, que com sua forma peculiar sempre me apoiou. A minha mãe Maria Augusta, um porto seguro nas tempestades. A Sra. Mara Machado Guimarães Corradi que prontamente me concedeu o acesso aos documentos internos do serviço de Vigilância Sanitária de Belo Horizonte. A minha orientadora pelas suas sugestões e orientações tão valiosas e sua enorme paciência.

RESUMO

A Cirurgia Plástica parece ser uma técnica nova e moderna, com tendência a ter cada vez mais, novos adeptos, mas os registros remontam há 3.500 a.c, sendo uma das práticas mais antigas da cirurgia. Aliado ao pouco controle ético, ao barateamento das cirurgias e por ser um país predominantemente tropical, nos tornamos o centro mundial das cirurgias plástica, sendo de interesse dos cirurgiões que o número de procedimentos seja cada vez maior, o que é preocupante, pois a cirurgia plástica não é um procedimento banal, envolvendo riscos, como infecção, embolia, entre outros. A grande maioria é realizada em estabelecimentos ambulatoriais em um devaneio de que se evita as infecções de ambiente hospitalar. O objetivo deste trabalho foi avaliar as Comissões de Controle de Infecção das Clínicas de Cirurgia Plástica do Município de Belo Horizonte. Realizou-se um estudo diagnóstico do antes e do depois, utilizando informações levantadas a partir de dados secundários da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte (VISA-BH). Foram incluídas as clínicas que possuíam dados sobre as Comissões de Controle de Infecção na primeira vistoria e vistoria de retorno, no período de março de 2009 a junho de 2011. O banco de dados foi confeccionado e analisado com uso do programa EPI INFO versão 3.5.3. Foram incluídas 19 das 23 clínicas de cirurgia plástica constantes no cadastro da VISA – BH. Houve uma redução das não conformidades, pois o percentual das clínicas que não possuíam Comissão de Controle de Infecção nomeada alterou de 84 para 26%, diferença esta estatisticamente significativa. Também houve um aumento da adesão às normas sanitárias em relação ao Programa de Controle de Infecções; Normas e Rotinas para prevenção e controle das infecções; registro de treinamento da equipe e padronização de antimicrobianos, respectivamente de 5 para 26%; 5 para 37%; 5 para 32% e 11 para 37%. Em relação aos Critérios de Infecção, encaminhamento de relatórios à VISA e realização de busca pós-alta e busca pós-alta de acordo com a RDC 08/09 verificou-se, respectivamente, um aumento de 0 para 5%, 32 para 74%, 16 para 37% e 0 para 68%. Sendo assim, este trabalho demonstrou as deficiências das Clínicas de Cirurgia Plástica na implantação e manutenção das práticas das Comissões de Controle de Infecção, significando que as clínicas precisam urgentemente se conscientizarem e se interarem do assunto, pois é fundamental a instituição de uma Comissão de Controle de Infecção e a implantação de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção para controlar os riscos associados aos

procedimentos da cirurgia plástica, assegurando uma melhor qualidade da assistência e segurança do trabalhador.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	10
2	Revisão de literatura.....	12
2.1	Legislações para um controle de infecção.....	12
2.2	Cirurgia plástica e o controle de infecção.....	14
2.3	Utilização de antimicrobianos (ATM).....	16
2.4	Critérios de infecção.....	18
3	Objetivo.....	21
4	Método.....	22
5	Resultados e discussão.....	23
6	Conclusão.....	31
	Referências.....	33
	Anexo	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos serviços que nomearam a Comissão de Controle de Infecção (CCI).....	23
Tabela 2: Distribuição dos dados referentes ao Programa de Controle de Infecção (PCI).....	25
Tabela 3: Distribuição dos dados referentes a Vigilância Epidemiológica.....	27
Tabela 4: Distribuição dos serviços que encaminham o relatório de Vigilância Epidemiológica para a Vigilância Sanitária.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APECIH – Associação Paulista de Estudos em Infecção Hospitalar
ASA – American Society of Anesthesiologists
ATM - Antimicrobianos
CCI - Comissão de Controle de Infecção
CDC – Centro de Controle de Doenças
CI – Controle de Infecção
EUA - Estados Unidos da América
GVES – Gerência de Vigilância Sanitária Estadual
IH - Infecção Hospitalar
ISC – Infecção de Sítio Cirúrgico
NNISS – National Nosocomial Infection Surveillance System
NHSN – National Healthcare Safety Network
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
PCI - Programa de Controle de Infecção
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada
RVFS – Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitária
SBCP – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SBCP MG– Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Regional Minas Gerais
SCI - Serviço de Controle de Infecção
SENIC – Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control
SHEA – Sociedade Norte Americana de Epidemiologia Hospitalar
VE – Vigilância Epidemiológica
VISA-BH - Vigilância Sanitária de Belo Horizonte

1-INTRODUÇÃO

É da natureza humana buscar sempre a perfeição, conseqüentemente, do cuidado com a imagem e todas suas formas de expressão. Neste contexto e no desenvolvimento da história da humanidade, que a cirurgia plástica surge. Sempre gerando controvérsias e oferecendo temas para discussões religiosas, políticas e sociais, sobre os estudos anatômicos e as cirurgias em geral. O avanço do estudo anatômico possibilitou maiores sucessos cirúrgicos e, conseqüentemente, uma melhor reputação das mesmas. A partir do século XX surgem os especialistas, que inicialmente eram cirurgiões gerais e devido a várias mutilações geradas durante as guerras mundiais, constatou-se a necessidade de formar profissionais qualificados, que pudessem realizar reparações corporais e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Paralelamente a este contexto, a mulher torna-se cada vez mais independente, e uma das faces desta independência, criada pela revolução industrial, é a valorização da pele bronzeada e conseqüentemente uma maior exposição corporal.

O Brasil atualmente é o segundo país em realização de cirurgias plásticas, reconhecido mundialmente como um dos mais conceituados na especialidade. Isso é um reflexo da sua tropicalidade e levando a uma maior valorização corporal, que está grande parte do tempo exposta. No país são realizados anualmente 700 mil cirurgias, sendo que em Minas Gerais ocorrem 15% deste montante, ficando apenas atrás de São Paulo (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Regional Minas Gerais– SBCP-MG, 2011). A Vigilância Sanitária de Belo Horizonte (VISA-BH) possui cadastradas em torno de 25 clínicas, exclusivamente de cirurgia plástica, sendo uma média de 1500 procedimentos mensais, ocorrendo um aumento de 30% nos meses de janeiro e julho (VISA-BH).

Os procedimentos mais realizados são implante de prótese de mama e lipoaspiração (SBCP, 2011). O paciente que realiza a plástica tem como meta a melhora da sua aparência e não de sua saúde, visando aumentar sua autoestima. A valorização da beleza física, a vaidade, o fácil acesso aos procedimentos e a qualidade dos médicos, são fatores determinantes para que ocorra um aumento das cirurgias plásticas.

Cada vez mais esses procedimentos são realizados nas clínicas com internação de curta duração, em sistema ambulatorial ou sistema hospital dia. Nos EUA, 52% das cirurgias hospitalares são realizadas em centros cirúrgicos ambulatoriais. Muitos profissionais de saúde e do controle de infecção consideram baixo o risco de infecção em cirurgias ambulatoriais, mas existem problemas importantes, tais como a falta de padronização de antibióticos e de infecções de sítio cirúrgico, de educação continuada da equipe e falhas na busca pós-alta (COUTO, 2009).

É importante a existência de uma Comissão de Controle de Infecção (CCI) formada por profissionais de saúde especializados no assunto e um Programa de Controle de Infecção (PCI), que têm como missão um atendimento assistencial à saúde com qualidade e segurança, pois vários surtos de doenças transmissíveis a nível ambulatorial, estão relacionados com a falta de recomendações às práticas de prevenção e controle de infecção, nestes serviços (BARIE, 2010). Como as infecções, na maioria das vezes, só são detectadas após a alta do paciente, torna-se crucial a instituição de um Serviço de Controle de Infecção para a realização de uma vigilância adequada. Os cirurgiões plásticos oferecem ao homem moderno, procedimentos cada vez mais rápidos, indolores e de baixo custo, não sendo acompanhados pelos avanços no controle e prevenção das infecções.

Este trabalho se propõe a avaliar as Comissões de Controle de Infecção (CCI) nas clínicas de cirurgia plástica, sobre controle de infecção ambulatorial, padronização de antibióticos e critérios de infecção de sítio cirúrgico (ISC), vigilância epidemiológica, através da coleta de dados compilados dos documentos lavrados em duas auditorias realizadas pela VISA-BH.

2-REVISÃO DE LITERATURA

2.1- Legislações para o controle de infecção

Os aspectos legais de um controle de infecção estão contemplados nas várias esferas da administração, federal, estadual e municipal. A Lei Orgânica da saúde 8080/90 define Vigilância Sanitária como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”, logo é fiscalizadora de todas as ações que, de um modo ou outro referem-se direta ou indiretamente à saúde. Esta norma também estabelece que Vigilância Epidemiológica é como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”, a qual presta-se a identificar surtos, os fatores e populações de risco, demonstrando se há eficácia das medidas do controle de infecção, sendo importante na redução das infecções. É a forma empregada, para conseguirmos informações sobre o estabelecimento e realizarmos as ações necessárias para sua adequação a uma boa qualidade da assistência.

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) foi inicialmente regulamentado pela Portaria MS 196/83, a qual foi substituída pela Portaria MS 930/92 e só cinco anos depois, publicou-se a Lei Federal 9431/97, a qual foi criada com o intento de garantir as bases legais do controle de infecção. Apesar de ter grande parte de seus artigos vetados, entre eles, o que obrigava a implantação de um Serviço de Controle de Infecção (SCIH), impôs aos hospitais a constituição de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e a manutenção de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), sendo regulamentada pela Portaria MS 2616/98, a qual passou a dividir a CCIH, em consultores, os quais determinam as ações de controle e prevenção de infecção hospitalar e os executores (SCIH) que realizam as ações determinadas pelo primeiro, contornando o veto ocorrido na Lei Federal 9431/97. Esta portaria apesar de se referir a vigilância e ao controle das infecções em hospitais, também é utilizada a nível ambulatorial, referente a composição mínima de uma Comissão de Controle de Infecção (CCI), que é de um médico e um enfermeiro, os quais devem ser capacitados para tal, para evitar a manutenção de circunstâncias de risco para a equipe e pacientes.

A nível estadual e municipal foram instituídas legislações através do Código Estadual de Saúde, artigo 88º§3º da Lei 13.317/99 e por meio da Lei 7031/96 artigo 30 respectivamente especificando uma vigilância epidemiológica e controle das infecções em estabelecimentos ambulatoriais. As legislações estaduais e municipais vieram definir a necessidade de uma CCI e um PCI a nível ambulatorial, reconhecendo os riscos inerentes a esses serviços, mesmo não sendo regulamentadas, ditam regras como a obrigação de controle das infecções nestes serviços, normatizando a implantação e manutenção de um sistema ativo de vigilância epidemiológica das infecções, a existência de consultores e executores numa CCI, a criação de um PCI, tendo como meta a redução de infecção, mantendo e disponibilizando os dados e informações nas auditorias e notificando os casos e surtos de infecção às autoridades sanitárias, tendo como parâmetros para avaliação do CI, o Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitário (RVFS), Anexo IV da Portaria Municipal 015/01 e a Portaria MS 2616/98 (BELO HORIZONTE, 1996; BRASIL, 1998; MINAS GERAIS, 1999).

Em 2000, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) publicou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 48/00, a qual instituiu um roteiro para realização de auditorias sobre as ações da CCI e o impacto do PCI no controle das infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde. Para tanto, devem ser registrados os problemas apontados e realizados os ajustes necessários para um melhor controle das infecções.

Devido aos surtos de micobactéria não tuberculosa em 2008, em pacientes hígidos submetidos a cirurgia plástica e a detecção de falhas no reprocessamento dos artigos médicos, foram publicadas pelo Estado de Minas Gerais a Notificação GVES 202/08 e a RDC 08/09 pela ANVISA para conter o aumento de casos de micobactérias não tuberculosas, melhorar o reprocessamento dos instrumentais e o controle pós-cirúrgico dos pacientes nas instituições. A notificação da GVES 202/08 proíbe a esterilização química de artigos médicos hospitalares por imersão, para os artigos invasivos onde há penetração de pele, tecido ou mucosa nas cirurgias por vídeo, abdominais, pélvicas convencionais, mamoplastias, lipoaspiração. A RDC 08/09 define a vigilância pós-alta 30, 60, 90 dias e orienta os pacientes a procurarem o serviço de saúde em até 24 meses, em caso de qualquer anormalidade na cirurgia. Além disso os estabelecimentos ficam obrigados a notificarem os casos suspeitos e confirmados de micobacterioses não tuberculosas, às autoridades sanitárias.

Em março de 2011 a ANVISA publicou o manual “Infecções em Cirurgia com Implantes/Próteses”, o qual trata dos critérios nacionais para definir e notificar infecções em cirurgia com implante/prótese relacionados aos procedimentos cardiovasculares, ortopédicos, em neurocirurgias e de cirurgia plástica. Este documento segue a classificação do manual “Sítio Cirúrgico – Critérios Nacionais de Infecção Relacionados à assistência à saúde”, acrescido da diferenciação por planos teciduais (incisional superficial, profunda e órgão/cavidade), acrescentando o conceito de prótese “todo corpo estranho implantado, não derivado de tecido humano, exceto drenos cirúrgicos, sistematizando a vigilância em ISC (infecção em sítio cirúrgico), contribuindo para a prevenção de infecções pós-operatórias nos serviços de assistência à saúde do Brasil. Estes manuais são orientações que tratam especificamente sobre infecções de sítio cirúrgico, com e sem implantes/próteses, em pacientes internados ou ambulatoriais, sendo relevante a sua criação para definir os critérios nacionais de ISC. Referente aos implantáveis, é importante ressaltar que alguns dados, são indispensáveis para o monitoramento e vigilância epidemiológica das infecções, tais como regularização dos produtos médicos junto ao órgão competente e questões relativas a rastreabilidade, conforme as regulamentações das resoluções da ANVISA. Estes dados também são importantes no auxílio de uma investigação de surto infeccioso (ANVISA, 2011).

A Vigilância Sanitária tem como uma de suas responsabilidades, o acompanhamento do PCIH nos serviços de assistência à saúde, assim como fiscalizá-los e oferecer auxílio técnico para o correto cumprimento e aplicação das diretrizes determinadas pela legislação sanitária vigente (GIUNTA e LACERDA, 2006).

2.2- Cirurgia plástica e o controle de infecção

A infecção em estabelecimentos de assistência à saúde é algo antigo e de ocorrência mundial, tendo grande impacto de morbimortalidade na população. O Ministério da Saúde realizou uma pesquisa, em 2000, onde a média das infecções hospitalares no Brasil girou em torno de 15%, enquanto na Europa e EUA foi uma média de 7%. No entanto, infectologistas de todo mundo afirmam que não há um índice de infecção aceitável, pois este depende das características dos pacientes, da microbiota local e da qualidade do atendimento (OPAS, 2000).

Já referente aos centros cirúrgicos ambulatoriais, existem poucos registros de dados específicos das infecções. Segundo Barie (2010), esta condição se deve ao pouco

conhecimento que se tem sobre a qualidade do atendimento ambulatorial, sendo as informações desconexas e os dados de péssima qualidade, principalmente das infecções pós-operatórias. Contudo, foram relatados casos de infecções por micobactérias, em serviços de cirurgia plásticas no Brasil e de hepatite C a nível ambulatorial nos EUA. Ainda que os riscos de infecção a nível ambulatorial, sejam geralmente considerados baixos, existem serviços importantes como os de diálise, de diagnóstico invasivo e os de cirurgia ambulatorial, onde é importante a prevenção das infecções. Entretanto, com o grande número de cirurgias plásticas e a pouca adesão as práticas de CI a nível ambulatorial, espera-se um aumento do número de infecções relativas a esses procedimentos nestes serviços, sendo importante a criação e implantação de uma comissão de controle de infecção (CCI) e de um programa de controle de infecção (PCI) adaptado as características destes estabelecimentos, tendo como meta proteger pacientes e funcionários com o melhor custo/benefício (APECIH, 2004).

Os membros de uma CCI devem ser conhecedores da prevenção e do controle de infecção, sendo bons observadores, preferencialmente especialistas no assunto e com perfil de liderança, para atingir as suas metas e objetivos (COOK, 2011).

A CCI de um estabelecimento é responsável pela criação, implantação e avaliação de um programa de controle de infecção (PCI), contemplando a elaboração, revisão e atualização das normas e rotinas para prevenção e controle das infecções; capacitação dos funcionários; instituição de uma política de utilização de antimicrobianos de acordo com os protocolos, baseados na literatura científica; padronização de produtos para saúde como saneantes, políticas de degermantes e antissépticos; instituição de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções, além da política de proteção do profissional de saúde. Os profissionais do controle de infecção (CI) têm como suas funções: a realização de auditorias e a vigilância epidemiológica (VE) das infecções, controlar surtos, elaborar os relatórios e divulgar seus dados para equipe, definindo quem e como será feita a coleta de dados, quais serão os numeradores e denominadores e por fim quais medidas serão adotadas para um efetivo controle de infecção.

Os pilares de um PCI são baseados em manuais de normas e rotinas atualizados regularmente, tais como higienização das mãos e limpeza de superfícies, na estruturação da VE, na padronização de antimicrobianos e dos critérios de infecções coerentes com a literatura científica; na educação continuada e supervisão sistemática dos processos. A espinha dorsal

de um PCI é um sistema de vigilância epidemiológica, uma coleta de dados adaptada às características do estabelecimento, tais como cirurgias eletivas ou não, número de procedimentos realizados, área física, quantidade e qualidade dos funcionários, natureza econômica e administração. A VE é a observação sistemática da ocorrência de um evento e a avaliação dos fatores que determinam a tendência de um aumento ou diminuição deste episódio. Podendo avaliar riscos específicos para os procedimentos, determinando prioridades e o seu impacto, monitorando e melhorando o controle de infecção. Além disso é um dos instrumentos do planejamento em gestão em saúde, permitindo identificar, selecionar, priorizar quais problemas serão sanados. Por fim, é notório que a Comissão de Controle de Infecção (CCI) e um PCI, têm papéis importantes em estabelecimentos ambulatoriais, pois a permanência dos pacientes é geralmente de 24h, sendo o contato da equipe de saúde com estes por pequenos períodos, relevando muitas vezes ao segundo plano as práticas de controle de infecção, podendo levar a ocorrência de surtos, já que as medidas adotadas em ambulatorios têm que ser as mesmas dos hospitais, só que em nível de complexidade diferente (APECIH, 2004). O PCI adequado a instituição e bem implantado, melhora a assistência, leva a uma melhor integração entre os diversos setores, diminui gastos e a taxa de infecção, sendo esse um indicador de qualidade da assistência (APECIH, 2007).

Um controle de infecção efetivo e um PCI bem implantado devem garantir segurança ao paciente no pré, trans e pós-operatório, além de uma boa adesão da equipe às práticas de controle de infecção. É necessário existirem condições mínimas para garantir a qualidade na prevenção de infecção, para poder trabalhar com taxa de infecção zero associada à assistência à saúde (APECIH, 2009).

2.3 - Utilização dos antimicrobianos (ATM)

A antibioticoprofilaxia no pré e transoperatório já é algo consolidado como adjuvante na prevenção e controle de infecções, com a utilização correta de ATM. Entretanto, devido ao grande número de medicamentos e a falta de conhecimento para sua utilização, ocorrem erros na prescrição, como a escolha da droga, duração do tratamento, dose, quando aplicar e o porquê tomar.

Segundo Machado (2001), paralelamente à profilaxia, ocorre o crescimento da microbiota resistente. Por isso, deve-se fazer um uso racional e justificado. Para tal, é importante ter um

bom conhecimento das características da clínica como tipos de cirurgia, pacientes atendidos e equipe cirúrgica.

A escolha do antibiótico deve ser baseada em características tais como, totalmente eficaz contra os patógenos do sítio cirúrgico, mais barato, menos tóxico, dose única na indução anestésica e repique só em cirurgias longas. Um bom protocolo deve contar com a experiência de anestesistas, cirurgiões e farmacêuticos aliados às bases científicas, estando sempre atualizados e disponíveis para a equipe (APECIH, 2007).

Segundo Machado (2001), é importante monitorar a antibioticoprofilaxia em relação à dose inicial do medicamento, 60 minutos antes da incisão da pele e o repique após a meia vida do antibiótico, sendo essencial que o nível sérico do ATM seja suficiente para cobrir a cirurgia enquanto dure e combater os patógenos quando da incisão da pele.

O uso correto de ATM profilático em cirurgia se faz por dois parâmetros. O primeiro considera o tempo de duração da ATM no pós-operatório, ideal ser no máximo 24h e inferior a 48h. O segundo, avalia a escolha da droga para o tipo de procedimento, dose, via de administração e, principalmente, quando foi aplicada a primeira dose (APECIH, 2007).

A adoção de uma política de antimicrobianos é muito importante, devendo ser constante nos protocolos de uma CCI, mas encontra dificuldades para sua padronização, necessitando maiores investimentos numa educação continuada da equipe médica, principalmente quando o corpo clínico é aberto. Frente a este quadro, podemos concluir que o problema será, no máximo, controlado; nunca erradicado (COUTO, 2009).

Segundo Franco (2006), a antibioticoprofilaxia em cirurgias plásticas, é indicada quando da colocação de próteses, utilização de enxertos ou se procedimento durar mais que três horas. Na grande maioria dos procedimentos onde é recomendada a profilaxia cirúrgica, a prescrição dos antimicrobianos no pós-operatório é desnecessária ou indesejada, pois seu prolongamento pode levar a efeitos adversos e colonização da microbiota residente (MACHADO, 2001). Nas clínicas de cirurgia plástica, a droga de primeira escolha é a cefalosporina de primeira geração, a qual tem boa atuação para cocos Gram-positivos como o *S. aureus* e para os bastonetes Gram-negativos como *E.coli*, *Proteus mirabilis* e *Klebsiella sp.* sendo encontradas em duas apresentações (parenteral e oral). A escolha entre elas vai depender do

custo/benefício e da comodidade posológica. O antibiótico de segunda escolha, é a clindamicina, sendo um anaerobicida muito bom, além de cobrir o *S.aureus* e estreptococos (COUTO, 2009).

Segundo Franco (2006), geralmente usa-se a cefazolina por ter boa penetração tecidual e maior meia vida do que a cefalotina. Porém, nas potencialmente contaminadas normalmente utiliza-se amoxicilina com clavulato de potássio. Nos pacientes alérgicos à penicilina, que podem apresentar reação cruzada com as cefalosporinas, prescreve-se clindamicina ou vancomicina. Nos casos de suspeita de micobactérias de crescimento rápido (MCR), a terapêutica convencional não consegue debelar o patógeno, sendo recomendável iniciar o tratamento empírico baseado nos guias terapêuticos (APECIH, 2009).

2.4- Critérios de infecção

A origem mais freqüente das infecções de sitio cirúrgico (ISC), de cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas é a microbiota residente ou transitória da pele do paciente e do local manipulado na cirurgia. O desenvolvimento de uma ISC depende de vários fatores predisponentes, os extrínsecos, vinculados ao ambiente cirúrgico e os intrínsecos, vinculados ao paciente, mas principalmente da virulência e quantidade do agente inoculado. Quanto maior o tamanho do inóculo, maior a chance de uma infecção, sendo crucial a imunidade do hospedeiro (sistêmica e local), o grau de injúria dos tecidos e a profilaxia bacteriana (FRANCO, 2006). Segundo Couto (2009), para começar uma infecção, o inóculo bacteriano pode ser bem menor, em presença de um corpo estranho, prótese/implante, os quais são susceptíveis à colonização bacteriana e formação de biofilme. Geralmente são ISC órgão/cavidade detectadas após uma ano de cirurgia; contudo, os contaminantes normalmente são inoculados no momento do procedimento, sendo uma causa menos frequente de ISC, um foco infeccioso à distância. Normalmente ocorre uma nova abordagem cirúrgica para a retirada dos implantáveis, pois uma vez formado o biofilme, fica difícil o sucesso do tratamento.

Os agentes epidemiológicos mais comuns são o *S.aureus* e *Staphylococcus* coagulase-negativo, principalmente nas cirurgias limpas; já nas potencialmente contaminadas são mais comuns os cocos gram negativos aeróbios e anaeróbios (COUTO, 2009). Nos últimos tempos, têm ocorrido casos de ISC por patógenos poucos usuais, como as micobactérias de

crescimento rápido (*Mycobacterium chelonae*, *M. abscessus* e *M. Fortuitum*), geralmente associadas a fatores exógenos como a equipe cirúrgica, soluções contaminadas, quebra nos princípios de assepsia e antisepsia e falhas no reprocessamento (COUTO, 2009).

Epidemiologicamente, a acepção de infecção de sítio cirúrgico tem que ser simples e sem duplo sentido, podendo ser empregada por diversos grupos, fornecendo dados consistentes permitindo uma comparação. Clinicamente, ISC é quando há presença de drenagem purulenta na incisão, com edema ou não, eritema, sensibilidade ou dor, deiscência da sutura ou formações de abscesso (COUTO, 2009). Nem sempre os sinais estão presentes ou quando eles estão, quer dizer infecção. À medida que aumenta o grau de contaminação do sítio cirúrgico, aumentam as chances de ISC; nas limpas é de 1-5%, nas potencialmente contaminadas 3-11%, nas contaminadas de 10-17% e nas infectadas mais que 27%.

Entre os dificultadores da coleta de dados estão os critérios de infecção de ISC não homogêneos e a falta de garantias de que toda cirurgia que infectou está no cálculo do numerador, sendo importante conhecer os fatores de risco de uma ISC, o que permite estratificar as cirurgias segundo o seu risco e implementar medidas que o minimizem. Necessário que todo serviço de uma CCI, assuma e normatize, com bases em evidências científicas, os melhores critérios para diagnóstico e notificação de ISC e método de vigilância pós-alta, considerando as características do estabelecimento (COUTO, 2009).

Culver et al (1991) criaram o índice básico NNISS do CDC, onde são determinadas faixas de risco, baseadas no nível de contaminação da ferida ou não, estado físico do paciente segundo a ASA (American Society of Anesthesiologists) e tempo de duração da cirurgia. Atualmente a classificação mais adotada é do NHSN do CDC, onde incisional superficial é aquela que ocorre até 30 dias pós cirurgia, envolvendo apenas pele ou subcutâneo; incisional profunda, é aquela que ocorre até 30 dias pós cirurgia ou 1 ano com implante de prótese, envolvendo músculos e fáscia e órgão/cavidade a qual ocorre até 30 dias pós cirurgia ou 1 ano com implante de prótese, envolvendo qualquer órgão/cavidade que não seja a incisão, a qual possui critérios mais uniformizados (COUTO, 2009).

Nas clínicas de cirurgia plástica pode-se utilizar no numerador, ISC diagnosticadas e no denominador as cirurgias realizadas no mesmo período, estratificando por tipo de

procedimentos, limpas ou potencialmente contaminadas e/ou por sítios anatômicos, por serem intervenções bastante heterogêneas (APECIH, 2009).

3-OBJETIVO

3.1- Geral

Avaliar as Clínicas de Cirurgia Plástica do Município de Belo Horizonte, referente as Comissões de Controle de Infecção.

3.2- Específicos

- Verificar a nomeação da Comissão de Controle de Infecções (CCI);
- Identificar a existência de Programa de Controle de Infecções: Normas e Rotinas Técnicas; Treinamento de Recursos Humanos; Padronização de antimicrobianos e Vigilância Epidemiológica;
- Averiguar o envio dos relatórios de CI (Controle de Infecção) à VISA - BH

4-MÉTODOS

Trata-se de um estudo diagnóstico do antes e do depois. As informações foram levantadas a partir de dados secundários da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte (VISA - BH) como os documentos lavrados (Autos de Infração, Termos de Intimação e Interdição) e os relatórios de inspeção emitidos pelos fiscais sanitários após as vistorias nas clínicas de cirurgia plástica. Na primeira vistoria foram levantadas as irregularidades e lavrados os documentos fiscais pertinentes solicitando as adequações dispostas na legislação. No retorno foi verificado o cumprimento das adequações solicitadas pela VISA – BH. Foram incluídas as clínicas que possuíam informações sobre as Comissões de Controle de Infecção na primeira vistoria e vistoria de retorno, no período de março de 2009 a junho de 2011.

Foi confeccionado um banco de dados, os quais foram processados no programa EPI INFO versão 3.5.3, analisados, utilizando-se estatística descritiva e representados por meio de tabelas.

Não foi necessária a aprovação da pesquisa pelo Conselho de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte, por se tratar de dados secundários, sem envolvimento de seres humanos. A autorização para utilização dos dados da VISA – BH foi fornecida pela Gerência de Vigilância Sanitária (ANEXO). Foram respeitados os princípios da Bioética e a confidencialidade dos serviços.

5-RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 19 das 23 clínicas constantes no cadastro da VISA – BH, por preencheram os critérios de inclusão.

Referente à quantidade de serviços com nomeação da Comissão de Controle de Infecção (CCI) verificou-se um aumento de 3 (16%) na primeira vistoria para 14 (74%) no retorno, diferença esta estatisticamente significativa, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da nomeação das Comissões de Controle de Infecção (CCI) das Clínicas de Cirurgia Plástica de Belo Horizonte no período de março de 2009 a junho de 2011.

Itens inspecionados	Primeira vistoria		Vistoria de retorno		Valor p
	Sim	Não	Sim	Não	
Nomeação da CCI	3 (16%)	16 (84%)	14 (74%)	5 (26%)	0,0011*

Fonte: Banco de dados da VISA-BH. * p<0,05

A Lei Municipal 7031/96 em seu artigo 30, estabelece que todos “os estabelecimentos de assistência à saúde que executarem procedimentos em regime de internação, ou procedimentos invasivos em regime ambulatorial, implantarão e manterão comissões e serviços de controle de infecção, conforme legislação vigente e normas técnicas especiais”, sendo importante que os membros de uma CCI sejam exclusivos do setor, em número suficiente, capacitados e com experiência na área; porém não basta ter uma Comissão de Controle de Infecção nomeada. É imprescindível que esta seja atuante e esteja implementada. Segundo Cook (2011) o infectologista tem a responsabilidade de realizar uma ampla e contínua melhoria da qualidade dos serviços, utilizando um programa de controle de infecção (PCI) e definindo resultados .

A constituição de uma CCI, a elaboração, implementação, manutenção e avaliação do PCI, adaptado a realidade do estabelecimento, avaliando a estrutura física local, os recursos humanos disponíveis e os processos realizados para prestação dos serviços, definindo suas metas e prioridades para diminuir ao máximo possível a gravidade e incidência das infecções, é ponto crucial na assistência à saúde (APECIH, 2007).

Nos serviços ambulatoriais é importante que os profissionais de saúde de uma CCI sempre reciclem os seus conhecimentos, para manterem as normas e rotinas técnico-operacionais de todas as suas atividades atualizadas e disponíveis para toda a equipe, visando sempre uma melhor qualidade da assistência, com vistas à redução das taxas de infecção. A falta de funcionários exclusivos e capacitados para realizar ações do controle de infecção, pode levar a subnotificações de casos e manutenção das condições de risco para profissionais e pacientes (BARIE, 2010).

Muitos centros cirúrgicos ambulatoriais visam aumento de lucros e a redução de custos, sendo os recursos humanos muitas vezes insuficientes para efetivar um programa de controle de infecção. Os funcionários responsáveis pelo CI, geralmente têm muitas outras funções, como o Bloco Cirúrgico, a Central de Material de Esterilização e não possuem formação especializada na área, sendo, na maioria das vezes, o número de equipamentos reduzido, a área física inadequada às atividades e grande o uso de medicamentos multidoses, por serem mais baratos, mas sem aderir às práticas de controle de infecção. Neste cenário, freqüentes surtos poderão ocorrer, devido ao grande aumento de atendimentos ambulatoriais e a grande competitividade do mercado (HERWALDT, 1998).

Um dos primeiros grandes desafios do profissional de controle de infecção é criar um PCI adaptado às características do seu estabelecimento. Para tal, o profissional precisa saber qual é a sua função como um controlador de infecção na instituição, para que serve o PCI e em que bases deve elaborá-lo. Um Programa de Controle de Infecção deve ser avaliado em relação ao alcance de suas metas, considerando sua flexibilidade, simplicidade e a adesão de todos os funcionários, além de ser um programa que permita uma boa retroalimentação de dados, a qual depende de confidencialidade, confiabilidade e comparabilidade, sendo representativos da clientela (APECIH, 2007). Segundo Cook (2011) um PCI tem a missão de prover um atendimento de qualidade na assistência à saúde, identificando e diminuindo os riscos, discernindo seus objetivos, esclarecendo para os setores quais são suas metas e como irão atingí-las.

Alguns aspectos do PCI são apresentados a seguir na Tabela 2. Apesar de um aumento nas CCI nomeadas, o número de clínicas com um PCI elaborado ficou bem aquém, passando de 1 (5%) estabelecimento na primeira vistoria para 5 (26%) no retorno.

Tabela 2 - Distribuição dos dados referentes ao Programa de Controle de Infecções (PCI) das Clínicas de Cirurgia Plástica de Belo Horizonte no período de março de 2009 a junho de 2011.

Itens inspecionados	Primeira vistoria		Vistoria de retorno		Valor p
	Sim	Não	Sim	Não	
Existência de PCI	1 (5%)	18 (95%)	5 (26%)	14 (74%)	0,1797
Normas e rotinas para prevenção e controle de infecções	1 (5%)	18 (95%)	7 (37%)	12 (63%)	0,0422*
Registro de treinamento da equipe	1 (5%)	18 (95%)	6 (32%)	13 (68%)	0,0896
Padronização de antimicrobianos	2 (11%)	17 (89%)	7 (37%)	12 (63%)	0,1244

Fonte: Banco de dados da VISA-BH. * $p < 0,05$

Ao se investigar, se o estabelecimento possuía Programa de Controle de Infecção (PCI), verificou-se que 74% das clínicas não o adotava, embora os estabelecimentos apresentassem a implementação de algumas ações ainda que de forma aleatória. O Projeto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) relacionou quatro componentes importantes para um eficiente programa de prevenção e vigilância das infecções, baseado num PCI ativo, incluindo melhores práticas de esterilização, desinfecção, assepsia e limpeza de artigos médicos; auditorias com retorno para os funcionários; enfermeiro especialista em CI para supervisionar o PCI e um médico epidemiologista ou microbiologista, especialista em controle de infecção (COOK, 2011). Os resultados apresentados na Tabela 2, já eram esperados, devido ao pouco conhecimento, a falta de especialização e experiência na área, dos membros das Comissões de Controle de Infecção, impactando na qualidade dos serviços oferecidos, expondo pacientes e funcionários aos riscos de infecção.

Quanto a existência no estabelecimento de Manual de Normas e Rotinas, visando a prevenção e controle das infecções, apenas 5% (1 clínica) na 1ª vistoria e 37% (7 clínicas) na vistoria de retorno, demonstraram possuí-lo; referente a todas as atividades desenvolvidas. Esperava-se melhores resultados. Contudo mesmo sendo pequeno o número de clínicas adequadas à legislação, este aumento foi significativo. Muitos dos serviços possuem os manuais, mas ou

estão incompletos ou desatualizados ou não são adaptados a sua realidade, podendo levar a processos inadequados e falhas no controle de infecção. Normas e rotinas são um dos pilares do PCI e têm as mesmas bases científicas tanto para hospitais como para as clínicas ambulatoriais, que só se diferenciam em nível de complexidade de alguns procedimentos, muitas vezes menores (médio e pequeno porte), mas não menos importantes, pois os manuais instituem normas que visam à padronização de todos os procedimentos tendo como meta minimizar a exposição de pacientes e de profissionais de saúde aos riscos inerentes a esses ambientes (APECIH, 2004)

Segundo Herwaldt (1998) poucos estabelecimentos dão prosseguimento aos programas que permitem identificar as infecções pós-alta, além da falta de uma educação continuada e a grande rotatividade dos profissionais de saúde, sendo obstáculos importantes para existência e manutenção de um padrão de qualidade no controle de infecção.

No que diz respeito ao treinamento dos funcionários, apenas uma clínica (5%) na 1ª vistoria e 6 clínicas (32%) na vistoria de retorno, apresentaram comprovantes de treinamento de seus funcionários. Os achados demonstram a pouca preocupação dos responsáveis pelos estabelecimentos, com a prevenção e controle de infecção. Como agravante temos muitas vezes um corpo médico aberto e uma equipe de enfermagem frequentemente alterada. Apesar da educação continuada geralmente ser realizada informalmente, o seu registro é importante para que os funcionários tenham mais responsabilidades e consciência, referentes as suas ações no CI, na qualidade da assistência ao paciente e na sua segurança no trabalho. Importante salientar, que a educação continuada dos funcionários, priorizando os problemas que mais afetam um controle de infecção, conseqüentemente melhoram o atendimento do paciente e a adesão dos funcionários, com melhores resultados dos processos. Salutar que toda a equipe de saúde, cuidadores não médicos e pacientes tenham treinamento de qualidade, educação e informações adequadas, relativas a prevenção e controle de infecção. Desta forma os profissionais de saúde passam a ser parceiros dos membros da Comissão de Controle de Infecção (COOK, 2011; FRIEDMAN, 1999; GOODMAN e SOLOMON, 1991).

Quanto à adoção de uma Política de Utilização de Antimicrobianos (ATM), ficou constatado que somente 11% (2 clínicas) na 1ª vistoria e 7 clínicas (37%) na vistoria de retorno, padronizaram o uso dos ATM, sendo um dado preocupante, principalmente quando o corpo clínico é aberto, pois não há protocolos por tipo de cirurgia, por potencial de contaminação,

com suas dosagens, indicações e duração do tratamento, além de tudo a grande maioria das clínicas prescreve ATM de forma profilática e terapêutica, mesmo quando não indicado, o que poderá levar ao aparecimento de patógenos resistentes as cefalosporinas de primeira geração. Segundo Franco (2006) o uso excessivo dos ATM acontece, porque a ocorrência de uma infecção em cirurgia estética, é visto como um desastre.

O uso racional dos antimicrobianos envolve entre outras coisas, a escolha de uma droga que não seja usada em infecções graves, considerando suas interações medicamentosas, por que o uso inadequado pode ter como conseqüência, o aumento de efeitos adversos, seleção e aumento da flora, desencadeando o surgimento de patógenos resistentes e pouco comuns como os fungos (COUTO, 2009).

Segundo Barie (2010) a antibioticoprofilaxia deve ser pontual e criteriosa, levando em consideração quando administrar ATM e a sua não utilização quando o mesmo não é indicado. Muitas cirurgias limpas não têm indicação de antibioticoprofilaxia. Ainda assim os cirurgiões prescrevem, o que sugere ser devido a uma avaliação subjetiva destes, quando o tempo de cirurgia foi maior; aconteceram problemas técnicos; o procedimento foi mais difícil; são maiores as chances de complicação; ocorreu quebra na esterilidade; esta percepção pessoal dos médicos, ainda não evoluiu (COMPTE, 2001). Nas cirurgias limpas com colocação de prótese e nas potencialmente contaminadas há indicação de ATM, mas prolongar a antibioticoterapia após a alta do paciente, não é recomendado pela literatura e nem pelos infectologistas (APECIH, 2007).

Tabela 3 - Distribuição dos dados referentes a Vigilância Epidemiológica das Clínicas de Cirurgia Plástica de Belo Horizonte no período de março de 2009 a junho de 2011.

Itens inspecionados	Primeira vistoria		Vistoria de retorno		Valor p
	Sim	Não	Sim	Não	
Definição dos critérios de infecção	-	19 (100%)	1 (5%)	18 (95%)	1
Busca pós – alta	3 (16%)	16 (84%)	7 (37%)	12 (63%)	0,2690
Busca pós – alta RDC 8	-	19 (100%)	6 (32%)	13 (68%)	0,0196*

Fonte: Banco de dados da VISA-BH. * p<0,05

O sucesso de um programa de vigilância epidemiológica depende da padronização dos critérios de infecção, métodos de vigilância efetivos e estratificação das taxas de ISC associadas aos fatores de risco para desenvolvimento de uma infecção, sendo um ponto importante, o retorno das informações para a equipe cirúrgica, para diminuir as taxas de ISC (COUTO, 2009; SMYTH e EMERSON, 2000).

A implantação de uma VE depende do tipo de serviço, clientela, características da instituição, infra-estrutura e recursos humanos disponíveis para sua execução; mesmo sendo crucial para um CI, nem sempre é fácil implantá-la. A vigilância pós-alta geralmente é feita por meio de egresso cirúrgico em consultórios, sendo mais comum em estabelecimentos autônomos, e/ou contato telefônico, utilizando um impresso previamente testado pelo CI; ambos devem ser realizados por profissional treinado e com experiência na área. Importa que se faça mais de um contato telefônico, mesmo após a detecção de ISC, para confirmar o sítio cirúrgico e acompanhar sua evolução (OLIVEIRA e CIOSAK, 2003). Segundo a SHEA (Sociedade Norte Americana de Infecção Hospitalar), uma boa Vigilância Epidemiológica (VE) tem que ter definido quais pacientes e eventos serão acompanhados, como serão feitas as buscas de dados, sendo ideal a ativa e quais serão os numeradores e denominadores (APECIH, 2007). Importante se considerar a conduta do cirurgião, quando este amplia ou introduz antibioticoterapia e/ou cuidados locais prescritos, mas não diagnostica uma infecção, podendo levar a suspeitar de uma ISC (APECIH, 2009).

Quanto à Vigilância Epidemiológica, constatou-se na 1ª vistoria, que 100% das clínicas, não possuíam definição de critérios de infecção, baseados na literatura científica e nem realizavam a busca pós-alta segundo a RDC 08/09 e apenas 3 clínicas (16%) faziam a busca pós-alta com 30/60 dias, mas sem critérios definidos. Na vistoria de retorno, verificou-se que 1 clínica (5%) passou a ter a definição dos critérios de infecção, 7 clínicas (37%) realizavam a busca pós-alta e destas, apenas 6 clínicas (32%) faziam a busca de acordo com a RDC 08/09. Constatou-se um valor de p significativo referente à busca pós-alta, de acordo com a RDC 08/09; no entanto a padronização de critérios de infecção não acompanhou essa melhoria, portanto os dados coletados não são confiáveis e não refletem a realidade do local. O que é muito preocupante, pois é de conhecimento dos profissionais da área, que o Sistema de Vigilância Epidemiológica é o cerne de um controle de infecção, tendo como função detectar surtos, identificar os pontos críticos do estabelecimento, priorizando as questões que mais afetam o controle de infecção (CI), realizando treinamentos dos funcionários e consequentemente com

uma melhor adesão dos funcionários às práticas de CI, com melhores resultados dos processos e uma melhora no atendimento do paciente, sendo fundamental na redução da incidência de infecções (COUTO, 2009).

As instituições de assistência à saúde podem utilizar a Vigilância Epidemiológica como marketing para ampliar a credibilidade dos serviços dispensados, demonstrando que a vigilância pós-alta só tem valor quando é utilizada como mecanismo para uma melhoria contínua da qualidade de atendimento prestado aos pacientes, sendo portanto um controle da assistência oferecida pelo estabelecimento (COOK, 2011; OLIVEIRA e CIOSAK, 2003).

Tabela 4 - Distribuição dos dados das Clínicas de Cirurgia Plástica de Belo Horizonte que enviam o relatório de Vigilância Epidemiológica para a Vigilância Sanitária no período de março de 2009 a junho de 2011.

Itens inspecionado	Primeira vistoria		Vistoria de retorno		Valor p
	Sim	Não	Sim	Não	
Encaminha relatório para VISA	6 (32%)	13 (68%)	14 (74%)	5 (26%)	0,0229*

Fonte: Banco de dados da VISA-BH. * $p < 0,05$

O feito de 14 clínicas (74%) enviarem relatórios de Vigilância Epidemiológica e de Investigações Epidemiológicas à Gerência de Vigilância Sanitária, sendo que antes apenas 6 clínicas (32%) encaminhavam e ainda com o valor de p significativo, seria louvável, se não fosse o fato de não haver um Sistema de Vigilância Epidemiológica implantado. Sem a padronização dos critérios de infecção, os dados enviados, passam a ser um reflexo do olhar individual do controlador de infecção; sendo assim, questiona-se a qualidade e veracidade dos relatórios encaminhados, sugerindo possíveis subnotificações e impedindo a correção das deficiências no controle de infecção.

A ocorrência das subnotificações, se deve muitas vezes, a existência de um corpo clínico aberto, sendo que o egresso cirúrgico, na grande maioria dos casos, ocorre nos consultórios médicos, além de uma falta de padronização dos critérios de infecção, o que dificulta a vigilância pós-alta. As subnotificações, impedem que sejam tomadas medidas eficientes e eficazes adaptadas a realidade do estabelecimento, para um efetivo controle e prevenção das infecções (OLIVEIRA e CIOSAK, 2003).

A implantação e manutenção de um Programa de Controle de Infecção (PCI), depende do apoio da administração das instituições, por meio da persuasão, mostrando os efeitos benéficos de se investir em atividades do CI com uma melhora da qualidade nos cuidados dos pacientes e diminuição de custos, sendo conveniente não superestimar os benefícios e a rapidez dos resultados ou subestimar recursos humanos, os quais dependem da amplitude e alcance do PCI, gastos e os esforços necessários para o sucesso do PCI. Essencial demonstrar a realidade do serviço, para que as auditorias na aplicação dos recursos financeiros, fornecidos a curto prazo, não possa prejudicar a longo prazo, os esforços e a confiança depositados no programa (COOK, 2011).

6-CONCLUSÃO

O estudo em questão possibilitou vislumbrar as falhas nas Comissões de Controle de Infecção em clínicas de cirurgias plástica de Belo Horizonte. Na primeira vistoria grande parte dos estabelecimentos não se enquadravam nas normas de Vigilância e Controle de Infecção vigentes, percebendo-se algumas melhorias no retorno, algumas com significância estatística, mas que ficaram bem aquém do esperado para um efetivo controle de infecção.

A falta de uma Comissão de Controle de Infecção atuante, com recursos humanos insuficientes e não capacitados, a ausência de uma Vigilância Epidemiológica efetiva, com deficiências na busca pós-alta e a falta de padronização dos critérios de infecção, pode levar a taxas de infecção subnotificadas. Somando-se a isto, as normas e rotinas são incompletas ou não refletem a realidade do serviço, sendo os treinamentos deficientes e quando ocorrem não há registros, levando à falhas na padronização dos procedimentos. A carência de padronização dos ATM, sendo utilizados rotineiramente de forma profilática e terapêutica em todas as cirurgias plásticas, podem levar aos efeitos adversos e ao aparecimento de patógenos resistentes e/ou oportunistas. Portanto a falta de conhecimento e de responsabilidade dos profissionais de saúde, referente à adesão às medidas de prevenção e controle das infecções, são alguns dos fatores encontrados, os quais favorecem a transmissão destas nas clínicas de cirurgia plástica. O envio dos relatórios de Vigilância Epidemiológica para VISA-BH sugere ser apenas o cumprimento da legislação, pois não refletem as deficiências encontradas neste estudo. Acredita-se, portanto, que as clínicas não adotam medidas adequadas à realidade do seu estabelecimento, sendo que a adesão as práticas de CI é inerente ao funcionamento de qualquer centro cirúrgico independente da dimensão ou risco de qualquer operação.

Acredita-se que a falta de profissionais qualificados para um controle de infecção, a pouca adesão da equipe as práticas de CI, o uso indiscriminado de antibióticos nas instituições, além dos deslizes acima apontados ocorram devido a uma deficiência de entendimento sobre o assunto, a banalização dos procedimentos estéticos e a uma contenção equivocada de custos. Entende-se, que o tema necessita de discussões mais aprofundadas, sendo imprescindível conscientizar toda a equipe da assistência, sobre a importância e responsabilidades do assunto, para que o cumprimento das normas do controle de infecção se torne algo tão natural, como o ar que respiramos.

É importante que os administradores destes serviços, cirurgiões e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) apóiem o CI; que as equipes tenham cada vez mais conhecimentos das práticas de prevenção e controle de infecção, com programas adequados de educação continuada e uma conscientização de que investir neste assunto reduz a morbimortalidade, custos com processos na justiça e melhoram a reputação da instituição.

Seria interessante, que o governo elaborasse e pusesse em prática políticas de incentivo aos serviços de assistência à saúde, baseadas em programas de controle de infecção, sendo estas coerentes em conteúdo e intenção com os procedimentos em estabelecimentos de serviço ambulatorial, contribuindo para uma melhoria na segurança do trabalhador, na qualidade da assistência e nas instalações das instituições em um competitivo mercado de trabalho.

A VISA-BH, no seu dia a dia, fiscalizadora de todos os processos, os quais direta ou indiretamente são de interesse à saúde, está sempre atenta e alerta para melhorar e manter a qualidade dos atendimentos e procedimentos realizados nos estabelecimentos de assistência à saúde, sendo importante enfatizar que, no exercício de suas funções, a fiscalização tem sempre como meta, a atualização de seus conhecimentos, aprimorando o seu olhar, para cada vez mais, resguardar os pacientes, assim como os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BARIE, S. P. Infection control practices in ambulatory surgical centers. **JAMA**, New York, v.303, n.22, p.2295-2297, jun. 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Lei Municipal nº 7031, de 12 janeiro de 1996. Dispõe sobre a normatização complementar dos procedimentos relativos à saúde pelo Código Sanitário Municipal e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Belo Horizonte**, Poder executivo, Belo Horizonte, MG, 12 jan. 1996.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA-SUS/BH nº 015, de 19 julho de 2001. Dispõe sobre roteiros de Vistoria Fiscal Sanitária da Gerência de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município de Belo Horizonte**, Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, Ano VII, n. 1421, 24 jul. 2001.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA-SUS/BH nº. 024, de 24 março de 1999. Dispõe sobre Norma Técnica Especial a ser observada pelos Estabelecimentos de Assistência à Saúde sediados no Município de Belo Horizonte, nos termos que menciona e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Belo Horizonte**, Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 24 mar. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 930, de 27 agosto de 1992. Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 9431, de 06 de janeiro de 1997. Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de jan. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2616, de 12 maio de 1998. Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 mai. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 48, de 2 junho de 2000. Fica aprovado o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cirurgias com Implantes e Próteses: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, mar. 2011.

COMPTE, D. V. et al. Surgical site infections in ambulatory surgery: A 5-Year experience. **American Journal Infection Control**, New York, v.29, n.02, p.99-103, abr. 2001.

COOK, E; MARCHAIM, D.; KAYE, K. S. Building a successful infection prevention program: key components, processes and economics. **Infection Disease Clinics of North American**, Philadelphia, v.25, n.01, p.1-19, mar. 2011.

CORRÊA, L. Como avaliar e atuar nas grandes áreas: uso racional de antimicrobianos - antibioticoterapia. In: RAMALHO, M. A. **Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: APECIH, 2007, p.180-183.

COUTINHO, A. P. Controle de Infecções associadas à assistência médica extra – hospitalar: ambulatoriais hospitalares de retaguarda e assistência domiciliar. In: PEREIRA, C. R., COUTINHO, A. P., FEIJO, R. D. **Prevenção e Controle de Infecções Associadas à Assistência Médica Extra-Hospitalar: ambulatoriais, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência**. São Paulo: APECIH, 2004, p.10-19.

BISCIONE, F. M. Prevenção das Infecções do Sítio Cirúrgico In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; AMARAL D. B. do; CUNHA, A. F. A. **Infecção Hospitalar e Outras Complicações não Infeciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, cap.23, p.456-474.

RICARDO, S. B. Bactérias Multirresistentes. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; AMARAL D. B. do; CUNHA, A. F. A. **Infecção Hospitalar e Outras Complicações não Infeciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, cap.26, p.497-515.

COSTA, M. H. M. da; CARVALHO, E. A. de A. Controle de Infecção em Ambulatórios. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; AMARAL D. B. do; CUNHA, A. F. A. **Infecção Hospitalar e Outras Complicações não Infeciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, cap.34, p.579-594.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; FONSECA, V. P. Auditoria de Antimicrobianos. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; AMARAL D. B. do; CUNHA, A.F. A. **Infecção Hospitalar e Outras Complicações não Infeciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, cap.38, p.644-650.

COUTO, R. C. et al. Uso Racional de Antibiótico profilático e terapêutico. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; AMARAL D. B. do; CUNHA, A. F. A. **Infecção Hospitalar e Outras Complicações não Infeciosas da Doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, cap.39, p.651-706.

CULVER et al. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure and patient risk index. **The American Journal of Medicine**, New York, v.91, n.03, p.S152-S157, sep. 1991.

DESTRA, A. S.; SASSI, S. J. G. Entendendo a infecção do sítio cirúrgico. In: Grinbaum, R. S. **Prevenção de infecção do sítio cirúrgico**. São Paulo: APECIH, 2009, p.01-12

DIAS, M. B. G. S. Profilaxia cirúrgica. In: Grinbaum, R. S. **Prevenção de infecção do sítio cirúrgico**. São Paulo: APECIH, 2009, p.29-54

FRANCO, D.; CARDOSO, F. L. P.; FRANCO, T. Uso de antibióticos em cirurgia plástica. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v.21, n.02, p.112-115, abr./mai./jun. 2006.

FRIEDMAN, C. et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in out-of-hospital settings: a consensus panel report. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Chicago, v.20, n.10, p.695-705, 1999.

GALVANESE, F. A. C. Aspectos legais do controle de infecções associadas a serviços de saúde. In: RAMALHO, M. A. **Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: APECIH, 2007, p.211-225.

GARCIA, C. P. Estabelecendo prioridades. In: RAMALHO, M. A. **Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: APECIH, 2007, p.05-07.

GIUNTA, A. P. N.; LACERDA, R. A. Inspeção dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos Serviços de Saúde pela Vigilância Sanitária: diagnóstico de situação. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.40, n.01, p.64-70, 2006.

GOODMAN, R. A.; SOLOMON, S. L. Transmission of infectious diseases in outpatient health care settings. **JAMA**, Chicago, v.265, n.18, p.2377-2381, mai. 1991.

GRINBAUM, R. S. Como avaliar e atuar nas grandes áreas: serviços de cirurgia. In: RAMALHO, M. A. **Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: APECIH, 2007, p.145-156.

GRINBAUM, R. S. Como avaliar a ocorrência de ISC no hospital. In: **Prevenção de infecção do sítio cirúrgico**. São Paulo: APECIH, 2009, p.01-12.

HALLAGE, N. M.; FERREIRA, S. A. Parâmetros para garantia da qualidade em prevenção de infecção de sítio cirúrgico. In: GRINBAUM, R. S. **Prevenção de infecção do sítio cirúrgico**. São Paulo: APECIH, 2009, p.86-92.

HERWALDT, L. A.; SMITH, S. D.; CARTER, C. D. Infection control in the outpatient setting. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 19, n. 01, p. 41-74, jan. 1998.

MACHADO, A. et al. Prevenção da Infecção Hospitalar. **Sociedade Brasileira de Infectologia** Disponível em: <http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/065.pdf>. Acesso em 06 junho de 2011.

MANGINI, C. Como avaliar e atuar nas grandes áreas: uso racional de antimicrobianos - antibioticoprofilaxia. In: RAMALHO, M. A. **Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: APECIH, 2007, p.180-183.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. Lei n.13.317/99. **Imprensa Oficial**. Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 24 set. 1999.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Sanitária. Republicação da Notificação da Gerência Colegiada da Superintendência de Vigilância Sanitária Nº 202/2008/GVES. **Imprensa Oficial**. Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 02 out. 2008.

OLIVEIRA, A. C.; CIOSAK, S. I. Infecção de sítio cirúrgico no seguimento pós-alta: impacto na incidência e avaliação dos métodos utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n.04, p.379-385, out. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAUDE (OPAS) (2000). Infecção hospitalar Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/hospitala1.PDF>> Acesso em 13 de junho de 2011.

PADOVEZE, M. C. Infecções causadas por micobactérias de crescimento rápido. In: Grinbaum, R. S. **Prevenção de infecção do sítio cirúrgico**. São Paulo: APECIH, 2009, p.93-102

PAVANELLO, C. R. C et al. A Problemática do monitoramento das infecções de sítio cirúrgico e a necessidade de padronização de critérios para seu diagnóstico e notificação. **Enfermería Global**, Murcia, v. 04, n.07, nov. 2005.

PEREIRA, C. R. Assistência médica fora de hospitais para pacientes agudos. In: **Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência médica extra-hospitalar**: ambulatórios serviços diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: APECIH, 2004, p.01-04

PEREIRA, C. R. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e de outros eventos adversos em serviços de saúde. In: RAMALHO, M. A. **Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: APECIH, 2007, p.08-46.

RAMALHO, M. A. Para que serve um programa de controle de infecção hospitalar. In: **Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: APECIH, 2007, p.01-03.

SBCP – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, fundada em 1948. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/index.php?option.>> Acesso em: 27 de abril de 2011.

SBCP - MG Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Regional Minas Gerais, fundada em 01 de dezembro de 1964. Disponível em: <<http://www.sbcpmg.org.br/index.php?action=Edita&idCorrente=1114.>> Acesso em: 27 de abril de 2011.

SMYTH, E. T. M.; EMMERSON, A. M. Surgical site infection surveillance. **Journal of Hospital Infection**, London, v.45, p.173-184, jan. 2000.

ANEXO I

Belo Horizonte, 01 de novembro de 2010

At.: Sra. Mara Machado Guimarães Corradi- Gerente da Vigilância Sanitária de Belo Horizonte

Assunto: Autorização para utilização de dados em projeto de pesquisa.

Projeto: Avaliação das Comissões de Controle de Infecção das clínicas de cirurgia plástica de Belo Horizonte.

Objetivo: Demonstrar o nível de adesão das clínicas de cirurgia plástica do município de Belo Horizonte as práticas da vigilância epidemiológica e controle de infecção, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista no Curso de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções, promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação de Célia Cristina Duarte Starling.

Prezada Senhora

Considerando a crescente demanda de cirurgias em estabelecimentos de saúde extra hospitalar, o aumento da complexidade dos procedimentos e os relatos de surtos de infecção nesses estabelecimentos, a pesquisadora se propõe a evidenciar o nível de adesão das clínicas de cirurgia plástica a práticas de vigilância e controle de infecção.

Venho portanto, conforme instruções do Conselho de Ética da PBH, por se tratar de projeto institucional, realizado por funcionário da Secretária Municipal de Saúde – PBH, por não envolver seres humanos, solicito autorização de V.Sra. para utilização de dados abstraídos de documentos fiscais utilizados em inspeções nas clínicas de cirurgia plástica, no período de março de 2009 a junho de 2011, no trabalho referenciado.

Atenciosamente,

Guimar Portugal de Macedo

Fiscal Sanitário – BM 74121-7

*se acordo
30/11/10
Mara*