



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**PROGRAMA NACIONAL DE
PREVENÇÃO E CONTROLE DE
INFECÇÕES RELACIONADAS À
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

(2013 – 2015)

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES

Brasília, Setembro de 2013



**Agência Nacional de
Vigilância Sanitária**

Diretor-Presidente
Dirceu Brás Aparecido Barbano

Diretores
Jaime César de Moura Oliveira
Renato Alencar Porto
Ivo Bucaresky

Adjuntos de Diretor
Doriane Patrícia Ferraz de Souza
Luiz Roberto da Silva Klassmann
Luciana Shimizu Takara
Neilton Araújo de Oliveira
Trajano Augustus Tavares

Chefe de Gabinete
Vera Maria Borralho Bacelar

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES
Magda Machado de Miranda Costa

Equipe técnica:
André Anderson Carvalho
Ana Clara Bello
Fabiana Cristina de Sousa
Heiko Thereza Santana
Helen Norat Siqueira
Suzie Marie Teixeira Gomes

Responsável pela elaboração do documento: CNCIRAS - Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde

Coordenação

Magda Machado de Miranda Costa

Relatoria

Maria Clara Padoveze

CNCIRAS - Membros Titulares

Representantes da GVIMS

Fabiana Cristina de Sousa

Magda Machado de Miranda Costa

Representantes do Ministério da Saúde

Coordenação Geral de Hospitais (CGHOSP/SAS/MS):

Ana Paula Cavalcante

Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB/SVS/MS)

Leandro Queiroz Santi

Coordenações Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar

Região Sudeste

Denise Brandão de Assis (SP)

Região Sul

Ida Zoz de Souza (SC)

Região Nordeste

Fátima Maria Nery Fernandes (BA)

Região Norte

Maria das Graças Guerreiro Pereira (PA)

Região Centro Oeste

Eulina M. do N. M. Ramos (DF)

Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar

Região Sudeste

Rosana Maria Rangel dos Santos

Região Centro Oeste

Zilah C. P. das Neves

Instituições de Ensino e Pesquisa

Universidade de São Paulo (USP)

Maria Clara Padoveze

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Ricardo de Souza Kuchenbecker

Entidades Representativas

Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH).

Luis Fernando Waib

Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)

Marcos Antonio Cyrillo

CNCIRAS - Membros Suplentes

Coordenações Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar

Região Sudeste

Angela Lourenço Lopes Rodrigues (ES)

Região Sul

Ana Luiza Rammé (RS)

Região Nordeste

Nirley Marques de Castro Borges (SE)

Região Norte

Tatyana Costa Amorim Ramos (AM)

Região Centro-Oeste

Ana Maria Viegas Tristão (MS)

Colaboradores

Adriana Cristina de Oliveira (UFMG)

Ariany de Araújo Queiroz Gonçalves (SES-DF)

Mariana Pastorello Verotti (Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB/SVS/MS)

Sumário

		Pag
1.	Antecedentes	6
2.	Avaliação do Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS	9
2.1.	Objetivo da avaliação	9
2.2.	Métodos	9
2.2.1.	Instrumento de avaliação	9
2.2.2.	Avaliadores	9
2.2.3.	Forma de avaliação	10
2.2.3.1.	Avaliação preliminar	10
2.2.3.1.1.	Preenchimento da planilha para avaliação preliminar	10
2.2.3.1.2.	Consolidação da avaliação preliminar	10
2.2.3.2.	Avaliação de consenso	11
2.2.	Análise dos dados	11
2.3.	Resultados	11
2.3.1.	Avaliação por componentes	11
2.3.2.	Sumário da avaliação	11
2.3.	Considerações finais sobre a avaliação	12
3.	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde (PNPCIRAS)	13
3.1.	Objetivos do PNPCIRAS	13
3.1.1.	Objetivo geral	13
3.1.2.	Objetivos específicos para o período (2013-2015)	13
3.3.	Metas e ações estratégicas	13
3.3.1.	Estratégias para a redução de IPCS e ISC	14
3.3.2.	Estratégias para o estabelecimento de mecanismos de controle da Resistência Microbiana (RM) em serviços de saúde	15
3.3.3.	Estratégias para a organização do PNPCIRAS	16
4.	Referencias	18

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS A SERVIÇOS DE SAÚDE (PNPCIRAS)

1. Antecedentes

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o fenômeno das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde (IRAS) como um problema de saúde pública e preconiza que as autoridades em âmbito nacional e regional desenvolvam ações com vistas à redução do risco de aquisição. Os objetivos devem ser estabelecidos em âmbito nacional ou regional em consonância com demais objetivos de saúde nestas esferas (WHO, 2002; WHO, 2004).

Há um consenso claro dos especialistas na área quanto a necessidade de tomada de ações estratégicas para a redução das IRAS. A proposta, segundo Cardo et al (2010) é que estas ações ocorram no sentido de eliminar as IRAS. O conceito de eliminação é considerado, como em outras doenças infecciosas: *“a máxima redução de doença infecciosa causada por um agente específico em uma área geográfica definida como resultados de esforços deliberados; ações continuadas para a prevenção do re-estabelecimento da doença são necessários”* (Cardo et al, 2010). Ponderando que lições foram aprendidas em função de recentes sucessos, estes autores propõem que a eliminação de IRAS irá depender de quatro pilares estratégicos de ações: 1) promover a adesão a práticas baseadas em evidência, educando, implementando e realizando investimentos; 2) aumentar a sustentabilidade por meio de alinhamento de incentivos financeiros e reinvestimento em estratégias que demonstrarem sucesso; 3) preencher as lacunas de conhecimento para responder a ameaças emergentes por meio de pesquisas básicas, epidemiológicas e translacionais; 4) coletar dados para direcionar esforços de prevenção e mensurar os progressos.

No Brasil, as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) surgiram na década de 1960 (Fernandes, 2000). Com as ações destas CCIH e o movimento contínuo de profissionais envolvidos na área evoluiu-se gradativamente para a concepção das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS) como um problema de saúde pública e em 1988 foi instituído o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, por meio da Portaria no. 232/98, no âmbito do Ministério da Saúde.

Em decorrência deste, foi criada a Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (Portaria no. 666/90) (Anvisa, 2004).

Em 1983 e 1992, foram publicadas respectivamente as Portarias no. 196 e no. 930, visando normalizar as ações de prevenção e controle de IRAS no país (Brasil, 1983; Brasil, 1992). Na atualidade, as legislações e normativas que determinam as diretrizes gerais para a prevenção e controle de IRAS são a Lei no. 9.431 de 1997, a Portaria no. 2.616 de 1998 e a RDC no. 48 de 2000 (Brasil, 1997; Brasil, 1998; Anvisa, 2000).

Embora com grandes avanços ocorridos no período, até o presente momento, a única avaliação de amplitude nacional de que se tem conhecimento no Brasil é o estudo de Prade et al (1995), que em 1994 realizou uma identificação da prevalência em 99 hospitais terciários, concluindo por 15% de taxas de IRAS.

Em 1999, foi oficialmente constituída a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar foi transferido do Ministério da Saúde, por meio da Portaria no. 1.241, de 13 de outubro de 1999, que repassou as atividades de controle de infecções hospitalares para a então Gerência de Controle de Riscos à Saúde, da Diretoria de Serviços e Correlatos. A Anvisa, assumiu então, as atribuições e interfaces com órgãos de vigilância sanitária Estaduais e Municipais (Brasil, 1999).

No ano de 2003, foi criada a Unidade de Controle de Infecção Hospitalar (UCISA) que passou a ser denominada como Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (GIPEA) (Anvisa, 2003). Em 2011 uma nova reformulação na estrutura organizacional da ANVISA ocorreu, passando o programa nacional a ser conduzido pela então criada a Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) (Anvisa, 2011d).

A partir de 2001, a ANVISA iniciou um projeto de diagnóstico do controle de IRAS no Brasil (Anvisa, 2005; Santos, 2006). A pesquisa utilizou a aplicação de questionários para as instituições hospitalares e municípios, a partir da estrutura das vigilâncias sanitárias locais. O estudo teve uma resposta importante de 61,8% das instituições inquiridas (4.148 de 6.714 questionários), mas com variação de resposta relevante entre os diferentes Estados – de 92% no Espírito Santo a 22% em Rondônia. Identificou-se que aproximadamente 20% dos hospitais do país localizavam-se nas capitais. Com relação ao porte das instituições, 50% dos hospitais possuíam de até 50 leitos, enquanto 70% dos hospitais possuíam até 100 leitos. A rede privada representou

64% dos serviços. Dentre hospitais públicos, a maior parte se encontrava na esfera de gestão municipal (22% do total). Dentre os hospitais com serviços de UTI, 72% eram privados (Anvisa, 2005; Santos, 2006).

Outros achados apontaram as questões de fragilidade estrutural para o controle de IRAS: um terço dos hospitais não possuíam suporte de laboratório de microbiologia, sendo esta proporção mais acentuada no Nordeste (46%) e menos acentuada no Sudeste (24%). Os hospitais sob o nível de gestão Federal eram mais propensos a possuir laboratório de microbiologia, quando comparado aos hospitais com gestão municipal. Requisitos essenciais não eram atendidos por todas as instituições, como ter a CCIH nomeada (76%), realizar vigilância epidemiológica (77%), possuir um programa de controle de IRAS (77%), realizar treinamentos específicos (44%) e aplicar medidas de contenção de surtos (33%).

Em 2002, em parceria com a OPAS, foi desenvolvido um inquérito nacional sobre a adequação dos laboratórios de microbiologia do Brasil, quanto a infra-estrutura, recursos humanos e insumos e equipamentos, procedimentos, biossegurança e controle de qualidade. Este estudo classificou os laboratórios em níveis de qualidade, de zero a cinco, sendo que a maior proporção (85,4%) atingiu apenas o nível zero, o que significou que estes laboratórios não possuíam nem ao menos mínimas condições de funcionamento (Anvisa, 2007; Costa et al, 2013).

Em 2009 a ANVISA lançou um documento dirigido para situações de pacientes em UTI e determinando a meta nacional de redução da Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) associada ao cateter venosa central (CVC) (Anvisa, 2009). Para atingir este objetivo, um sistema de vigilância foi iniciado, visando identificar a magnitude destas infecções, conhecer o seu perfil epidemiológico e oferecer resposta às ocorrências infecciosas (Anvisa, 2011a; Anvisa, 2011 b; Anvisa, 2011c; Anvisa, 2012a; Anvisa, 2012b).

Em 2011, a RDC/Anvisa nº 63 determina o estabelecimento de estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, incluindo a prevenção de IRAS (Anvisa,2011) .

No ano de 2012, foi instituída a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (CNCIRAS) por meio da Portaria 158 (Anvisa, 2012), com a finalidade de assessorar a Diretoria Colegiada da ANVISA na elaboração de diretrizes, normas e medidas para prevenção e controle de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde (IRAS).

Em abril de 2013 foi publicada a Portaria MS/GM nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) o qual contempla no seu escopo as IRAS (Brasil, 2013). Posteriormente, em julho do mesmo ano foi publicada a RDC /Anvisa nº 36 que Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dentre as quais aquelas voltadas para a prevenção e controle das IRAS (Anvisa, 2013). Desta forma, entende-se que o programa aqui apresentado é integrante do PNSP.

2. Avaliação do Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS

Com vistas a direcionar a elaboração do programa e favorecer a priorização de estratégias a serem adotadas, em reunião realizada no dia 18 de outubro de 2012, a CNCIRAS optou por aplicar uma avaliação do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Serviços de Saúde. Para esta atividade, optou-se por utilizar como parâmetro o documento elaborado com esta finalidade pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011).

2.1. Objetivo da avaliação

Avaliar o PNPCIRAS no que se refere aos seus componentes essenciais, segundo a Organização Mundial de Saúde.

2.2. Métodos

2.2.1. Instrumento de avaliação

Foi utilizada a planilha de cálculo Excel (documento “*IPCAT National Aug 2011 – template.xls*”), elaborada pela Organização Mundial de Saúde, contendo 8 componentes essenciais para o PNPCIRAS, a saber: 1) Organização do Programa; 2) Guias de recomendação técnica; 3) Recursos humanos; 4) Vigilância de IRAS; 5); Suporte de laboratório de microbiologia; 6) Ambiente; 7) Monitoramento e Avaliação; 8) Ligações com saúde pública e outros serviços.

2.2.2. Avaliadores

Os avaliadores foram os membros constituídos da CNCIRAS, segundo a Portaria 158 (Anvisa, 2012).

2.2.3. Forma de avaliação

2.2.3.1. Avaliação preliminar

Cada avaliador foi convidado a realizar uma avaliação preliminar independente, tendo como base o seu conhecimento sobre a situação atual do PNPCIRAS. Foi altamente recomendado que os avaliadores não trocassem informações entre si ou com a coordenação do PNPCIRAS nesta etapa de avaliação. A avaliação preliminar não foi realizada pela equipe da GVIMS, Anvisa.

2.2.3.1.1. Preenchimento da planilha para avaliação preliminar

O preenchimento da planilha de avaliação atendeu aos seguintes critérios, de acordo com a orientação contida no próprio formulário:

- a) na planilha “*Title*” foram preenchidos, os campos referentes à “*details of person responding the questionnaire*”.
- b) nas planilhas subseqüentes (“*1.Organization; 2.Guidelines; 3.HR; 4. Surveillance; 5.Micro lab; 6. Environment; 7. M&E; 8. Links*”), foi preenchida a coluna J, indicando, para cada item: *número 0 = não atende ao item ou atende parcialmente; número 1 = atende ao item*. O escore de porcentagem foi automaticamente obtido a partir dos preenchimentos dos campos numéricos.
- c) ao final do preenchimento de cada coluna segundo o componente, na planilha “*Summary*” observou-se o escore percentual sumarizado para cada elemento essencial avaliado (soma dos itens avaliados). Um gráfico demonstrativo do escore de porcentagem para cada componente essencial foi automaticamente obtido, a partir das informações registradas nas planilhas anteriores.

2.2.3.1.2. Consolidação da avaliação preliminar

As avaliações preliminares foram encaminhadas a um dos membros da CNCIRAS, para compilação de dados. Foi assegurada a confidencialidade da avaliação preliminar individual.

2.2.3.2 Avaliação de consenso

Durante a reunião extraordinária da CNCIRAS, em Brasília, em dezembro de 2012, foi apresentado o resultado das avaliações preliminares, visando identificar o grau de consenso nos diversos itens, pelos avaliadores. A partir da discussão destes dados, foi realizada uma avaliação final de consenso. Os elementos só foram considerados como presentes nas situações em que estivessem claramente documentados, disponíveis, e no caso de elementos externos da Anvisa, referendados pelo PNPCIRAS de maneira formal.

2.2. Análise dos dados

Os resultados finais obtidos a partir da avaliação de consenso foram discutidos na CNCIRAS, visando direcionar as estratégias de planejamento para a elaboração do PNPCIRAS. Ao critério da CNCIRAS, uma avaliação periódica (ex.: anual) será realizada utilizando-se a mesma estratégia, para identificar os progressos e eventuais dificuldades na execução do plano de ação do PNPCIRAS.

2.3. Resultados

2.3.1. Avaliação por componentes

Os componentes parciais foram analisados e são apresentados nos Quadros 1 a 8 (**Apêndice 1**). Verificou-se grande variação de acordo com os elementos sugeridos para avaliação pela OMS, sendo que os índices de conformidades para os componentes parciais variaram de 0% a 100%.

2.3.2. Sumário da avaliação

O Sumário da avaliação dos oito componentes essenciais para o PNPCIRAS é apresentada no **Quadro 9**.

Quadro 9. Sumário da avaliação do PNPCIRAS, segundo os componentes essenciais.

Componente	Elementos em conformidade Porcentagem*
1. Organização do PCIRAS	19,00%
2. Guias técnicos	23,00%
3. Recursos humanos	17,00%
4. Vigilância	59,00%
5. Suporte de laboratórios de microbiologia	7,00%
6. Ambiente	20,00%
7. Monitoramento e avaliação	0,00%
8. Vínculos com a saúde pública	0,00%

*** porcentagem em relação ao total de elementos do componente respectivo**

2.1.Considerações finais sobre a avaliação

Identificou-se que os componentes essenciais de um PNPCIRAS que estão em maior proporção de conformidade no que se refere ao atendimento aos seus elementos são: vigilância, guias técnicos e ambiente. Os componentes de monitoramento e avaliação e vínculos com a saúde pública são os que não atenderam a nenhum dos seus elementos.

Verificou-se, durante o processo de avaliação, que o não atendimento a muitos elementos se referem a falta de documentação e publicidade de ações existentes ou em andamento. Outra situação verificada foi a falta de estabelecimento documentado de vínculos com outras instâncias tanto na Anvisa, como no Ministério da Saúde,

particularmente no que se refere à normas atualmente existentes no escopo destes outros órgãos e que atendem às necessidades do PNPCIRAS.

3. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (PNPCIRAS) para o período 2013-2015

O PNPCIRAS foi elaborado considerando os antecedentes e a avaliação da situação atual, conforme apresentados acima. O PNPCIRAS aqui apresentado é definido para o período de 2013 a 2015, devendo ser submetido a avaliações periódicas para o monitoramento da sua evolução.

3.1. Objetivos do PNPCIRAS

3.1.1. Objetivo geral

O objetivo geral do PNPCIRAS é diminuir, em âmbito nacional, a incidência de IRAS.

3.1.2. Objetivos específicos para o período (2013-2015)

Para o alcance do objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram estabelecidos, considerando-se o período de 2013-2015:

- I. Reduzir Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS);
- II. Reduzir Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC);
- III. Estabelecer mecanismos de controle sobre a Resistência Microbiana (RM) em Serviços de Saúde e,
- IV. Aumentar o índice de conformidade do PNPCIRAS, segundo os critérios da OMS.

3.3. Metas e ações estratégicas

A definição de metas é apresentada a seguir, em referência a cada um dos objetivos específicos a serem atingidos. Para o alcance das metas foram definidas ações estratégicas.

As estratégias de atuação serão o desenvolvimento de atividades junto às Coordenações Estaduais e Distrital de Prevenção e Controle de IRAS.

3.3.1. Estratégias para a redução de IPCS e ISC

Para o alcance dos objetivos I e II, as seguintes estratégias são propostas:

a) Consolidação do sistema de vigilância epidemiológica das IPCS em todo serviço de saúde que possui unidade de terapia intensiva .

Metas:

- 1) melhoria da adesão ao sistema para até 2015, 80% de 1.887 hospitais*, com regularidade de notificação de 12 meses;
- 2) redução dos índices de IPCS, definido como meta nacional a redução em 15% do indicador de IPCS, tendo como valor de referência ao percentil 90* em 2012.

*Número de hospitais com leitos de UTI, segundo avaliação do CNES, em 17 de julho de 2013.

*Os estados que não possuem hospitais no percentil 90 tendo por base os dados enviados em 2012, deverão focar seus esforços na meta de adesão ao sistema de vigilância conforme descrito no item 1.

b) Implantação de sistema de vigilância epidemiológica de ISC, com o escopo definido para infecções em parto cesáreo, tendo como alvo preliminar os serviços de saúde que já notificam IPCS.

Metas:

- 1) melhoria da adesão ao sistema para atingir até 2015, 80% de 973 hospitais*que possuem leitos de terapia intensiva e realizam parto cesáreo , com regularidade de notificação de 12 meses;
- 2) redução dos índices de ISC, definido como meta nacional a redução em 15% do indicador de ISC, tendo como valor de referência a o percentil 90 dos dados obtidos em 2014.

*Número de hospitais com leitos de UTI e que realizam parto cesáreo, segundo avaliação do CNES, em 17 de julho de 2013.

*Os estados que não possuem hospitais no percentil 90 tendo por base os dados enviados em 2014, deverão focar seus esforços na meta de adesão ao sistema de vigilância conforme descrito no item 1

Ações: as ações foram propostas seguindo um cronograma anual de execução (**Apêndice 2**), considerando:

Em 2014:

- c) Elaborar manual operacional, contemplando os fluxos e definições para o sistema de vigilância de IRAS .
- d) Atuar em parceria com os Estados, nas ações junto aos hospitais que se encontram no percentil 90 e acima, tendo como referência os dados de IPCS do ano de 2012.
- e) Realizar atualização de guia específico de prevenção IPCS.
- f) Realizar eventos regionais para capacitação e coordenação das ações de melhoria de processo para os hospitais-alvo.
- g) Propor a implantação de pacotes de medidas para prevenção de IPCS.
- h) Realizar atualização de guia específico de prevenção de ISC.

Em 2015:

- i) Atuar em parceria com os Estados, as ações hospitalares que se encontram no percentil 90 e acima, tendo como referência os dados de ISC do ano de 2014.
- j) Realizar eventos regionais para capacitação e coordenação de ações de melhoria de processo referentes a prevenção de ISC
- k) Propor a implantação de pacotes de medidas para prevenção de ISC, com especificidade em parto cesáreo.
- l) Realizar atualização de guia específico de prevenção de ISC.
- m) Realizar evento com debate com especialistas e coordenações para discutir os resultados obtidos e indicadores coletados.

No período de 2013 a 2015:

- n) Realizar e apoiar eventos para divulgação e retroalimentação de dados.
- o) Divulgar boletins anuais por internet.

- p) Promover mecanismos de divulgação das ações realizadas em parceria com as Coordenações Estaduais e Distrital de PCIRAS.

3.3.2. Estratégias para o estabelecimento de mecanismos de controle da RM

Para o alcance do objetivo específico III, são propostas as seguintes estratégias.

Metas:

1. Identificar a situação epidemiológica dos agentes etiológicos causadores de IPCS nos hospitais participantes do sistema de vigilância epidemiológica

Ações estratégicas:

- Consolidar o monitoramento de microrganismos de IPCS.
- Avaliar a utilização do sistema de Gerenciamento de Análises Laboratoriais (GAL) para monitoramento de microrganismos MDR.
- Instituir um encontro anual de avaliação e alinhamento das instâncias CATREM e CNCIRAS visando estabelecer uma interlocução ativa entre as duas comissões.

3.3.3. Estratégias para a Organização do PNPCIRAS

Para o alcance do objetivo específico IV, são propostas as seguintes estratégias:

Meta:

- 1) 100% dos Estados com um plano operativo para alcance das metas pactuadas até 2014.

Ações estratégicas:

- Estruturar reuniões ordinárias da CNCIRAS trimestralmente, para acompanhamento do PNPCIRAS.
- Estabelecer monitoramento anual do PNPCIRAS (nos meses de fevereiro).
- Desenvolver pró-atividade em relação aos parceiros institucionais públicos, desenvolvendo a parceria com órgãos do Ministério da Saúde que possuem maior interface com as questões de prevenção e controle de IRAS, tendo prioridade a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS), e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

- Definir como guias complementares prioritários para o período 2013-2015 os seguintes documentos: 1) precauções para transmissão de doenças em serviços de saúde (proposto para dezembro de 2013); 2) precauções para prevenção de IRAS no atendimento extra-hospitalar (proposto para junho de 2014).
- Identificar documentos e recomendações relacionadas a IRAS em outros parceiros governamentais, elencados a seguir:
 - Saúde ocupacional
 - Risco biológico ocupacional
 - Imunização do profissional de saúde
 - Questões ambientais: Água, Ventilação
 - Higiene das mãos
 - Manejo de resíduos sólidos em Serviços de Saúde
- Encaminhar junto ao Comitê de Segurança do Paciente a proposta de conteúdo de controle de infecção para introdução de conteúdos nos cursos de graduação de saúde, segundo o preconizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPS, 2007)
- Estimar orçamento para as atividades planejadas.

Referências

- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar. RDC n. 48, de 2 de junho de 2000. Brasília: *Diário Oficial da União*, 6 de julho de 2000. Seção I, p. 1415.
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria no. 385, de junho de 2003. Atualiza o Regimento interno da ANVISA. Brasília: *Diário Oficial da União*; 2003.
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3): 47-8.
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diagnóstico do controle de infecção hospitalar no Brasil. Brasília: Anvisa; 30 de maio de 2005. Disponível em: www.anvisa.gov.br [acesso em 02/02/2013].
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Análise do Inquérito Nacional sobre infra-estrutura, recursos humanos, equipamentos, procedimentos, controle de qualidade e biossegurança nos Laboratórios de Microbiologia. Brasília: Anvisa; julho de 2007.
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Corrente sanguínea - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde. Brasília: Anvisa; setembro de 2009. disponível em www.anvisa.gov.br [acesso 02/02/2013]
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicador Nacional das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde* 2011; 1(3): 1-5. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> [acesso em 02/02/2013. (a)]
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. *Boletim informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde* 2011; 1(1): 1-12. Disponível em: www.anvisa.gov.br [acesso em 02/02/2013] (b)
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prevenção e controle das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde* 2011; 1(2): 1-11. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> [acesso em 02/02/2013. (c)]

- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Serviço no. 39, de 02/08/2011. Portaria n. 1.077/ANVISA de 1o. de agosto de 2011. Altera a Portaria n. 355, de 11 de agosto de 2006, que aprova e promulga a estrutura organizacional interna complementar ao funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA (d)
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Análise dos dados das notificações para o Indicador de Infecção em Corrente Sanguínea em Unidade de Terapia Intensiva – 1º semestre 2011. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde* 2012; 1(4): 1-22. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> [acesso em 02/02/2013]. (a)
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicador de Infecção Primária em Corrente Sanguínea: Análise dos dados das Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras no ano de 2011. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde* 2012; 1(5): 1-22. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> [acesso em 02/02/2013]. (b)
- Anvisa. Portaria n. 158, de 15 de agosto de 2012. Institui a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (CNCIRAS). Brasília: Diário Oficial da União, Seção 2, 15 de agosto de 2012.
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução nº36 , de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> [acesso em out/2013].
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução nº63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> [acesso em out/2013].
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 196 de 24 de junho de 1983. Dispõe sobre instruções para o controle e a prevenção das infecções hospitalares. Brasília: *Diário Oficial da União*; 1983.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 27 de agosto de 1992. Expede, na foram dos anexos, normas pra o controle das infecções hospitalares. Brasília: *Diário Oficial da União*; 1992.

- Brasil. Lei no. 9.431, de 06 de Janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do país. Brasília: *Diário Oficial da União*, 06 de janeiro de 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998. Brasília: *Diário Oficial da União*; 13 de maio de 1998. Seção 1, p. 133.
- Brasil. Lei no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: *Diário Oficial da União*; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> [acesso em out/2013].
- Cardo D, Dennehy PH, Halverson P, Fishman N, Kohn M, Murphy CL, Whitley RJ, e grupo de relatores do documento para eliminação de IRAS. Moving toward elimination of healthcare-associated infections: a call to action. *Am J Infect Control* 2010; 1-3.
- Costa LB, Cardoso MRA, Ferreira CG, Levy CE, Borba HM, Sallas J, Santana HT, Lima RS, Ferraz LR, Reis JDP, Santi LQ, Levin AS. National prevalence survey in Brazil to evaluate the quality of microbiology laboratories: the importance of defining priorities to allocate limited resources. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(1): 73-8.
- Fernandes AT. O desafio da infecção hospitalar: a tecnologia invade um sistema em desequilíbrio. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. *Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. cap 8. p. 129-59.
- OPS. Organizacion Panamericana de la Salud. Guía para prevención y el control de las infecciones en servicios de salud dirigida a estudiantes de las carreras de ciencias de la salud - La Paz: OPS/OMS, 2007. 50p.
- Prade SS et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospital terciário. *Rev Cont Inf Hosp*, 1995. Brasília, Ministério da Saúde: 2 (2):11-24.
- Santos AAM. O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? Dissertação (mestrado). Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2006.
- WHO. World Health Organization. Core components for infection prevention and control programs. Assessment tools for IPC programmes. Geneve, WHO: 2011.

World Health Organization (WHO). Practical Guidelines for Infection Control in Healthcare Facilities. WHO, 2004. Disponível em: http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/infcontrol/en/index.html [acesso em 04/12/2012]

World Health Organization (WHO). Prevention of hospital-acquired infections. Disponível em: <http://WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12>. [acesso em 02/09/2005]