



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES de 2014 do GRUPO COORDENADOR REGIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTENCIAS
ANTIMICROBIANAS - PPCIRA**

1. Introdução

O Grupo Coordenador Regional (GCR) do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências Antimicrobianas (PPCIRA) iniciou a sua atividade nos últimos meses de 2013 após a publicação do Despacho 15423 de 26 de novembro que mudou a política de controlo de infeção em Portugal. Foram assim definidas as grandes linhas de trabalho em controlo de infeção para os próximos anos em Portugal, a saber:

- Precauções Básicas em Controlo de infeção
- Vigilância Epidemiológica de Microrganismos Multirresistentes
- Prescrição de Antimicrobianos Adequada

Os primeiros meses foram de intenso trabalho de organização interna e planificação. Esta fase foi determinante e traduziu-se na elaboração do Plano de Atividades do grupo e no seu Regulamento.

Foi também o tempo da equipa se conhecer e integrar num projeto comum as diferentes expectativas profissionais, permitindo a fluidez de desempenho existente. A longa experiência em controlo de infeção de cada um dos membros do grupo, a sua vivência nos Grupos Coordenadores Locais (GCL) da instituição de origem, foi determinante para a elaboração dum plano e postura do GCR que se quis diferente, mais acessível aos GCL, compreendendo intrinsecamente as suas dificuldades, sem perder a assertividade necessária à sua coordenação.

Tendo por base a filosofia de facilitador ao invés de controlador, as primeiras atividades do GCR foram de apresentação do grupo e das suas linhas gerais de trabalho. Foram efetuadas reuniões com o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte (ARSN) com o Grupo Consultivo do GCR e com os diferentes responsáveis dos 3 níveis de cuidados de saúde que coordena. Tentou-se espelhar a Missão e Valores definidos no Plano de Atividades, operacionalizando os seus objetivos e metas para cada nível de cuidados.

2. Estrutura do GCR e do Controlo de Infeção na região Norte

O GCR foi formalmente aprovado pelo Conselho Diretivo da ARSN a 16 de outubro de 2013.

O organigrama do GCR foi alterado ao longo do ano de 2014, mercê da saída do Dr. David Peres e da passagem a consultor de ligação ao Departamento de Contratualização da ARSN do Dr. José Adão. Perdeu-se a colaboração dum elemento e de 10 horas de trabalho dedicado.

O cronograma de trabalho foi cumprido na íntegra.

Reuniu semanalmente, à 5ª feira de manhã, numa sala disponível nas instalações da ARSN. Desde dezembro de 2014 reúne numa sala dedicada, com os requisitos técnicos necessários à sua atividade. Destas reuniões são lavradas atas, numeradas e assinadas após aprovação, pelo seu redator e pela coordenadora do grupo.

Reuniu 1 vez com o seu Grupo Consultivo.

Efetuiu várias reuniões com os responsáveis dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e Hospitais e com os Grupos Coordenadores Locais (GCL) de cada instituição. Destas reuniões foi lavrada e assinada ata.

Reuniu 3 vezes com a direção do PPCIRA em Lisboa. Aqui viu definidas as grandes linhas de atividade em controlo de infeção.

Em cada unidade de saúde promoveu e formalizou a criação dos GCL e de Responsáveis Locais (RL) nos casos das UCCI, comprometendo a sua organização e composição às determinações do Despacho 15423 de 26 de novembro de 2013.

Em cada unidade empenhou-se na criação da figura do médico consultor em antimicrobianos, no caso dos hospitais normalmente uma equipa com vários elementos, de modo a acompanhar a prescrição destas drogas.

3. Atividade desenvolvida

3.1 Formação

- O GCR efetuou formação em controlo de infeção, nos módulos pré formatados pelo Departamento de Recursos Humanos - Área Funcional Formação e Desenvolvimento da ARSN – 2 cursos de 30 horas cada.
- Organizou a logística para a realização dos cursos de controlo de infeção do PPCIRA – 2 cursos de 7 horas cada.
- Colaborou na formação dos GCL com apoio logístico e módulos de formação estandardizados.

3.2 Apoio e Desenvolvimento

- Sendo imprescindível a um bom coordenador de controlo de infeção a experiência de trabalho de campo é por vezes difícil conciliar a atividade assistencial, muito absorvente e de grande proximidade com a abrangência e ambivalência do controlo de infeção. Esta situação já difícil nos Hospitais é problemática nos ACeS e, pelo próprio estatuto (entidade privada), de muito difícil aplicação nas UCCI. A própria estrutura de trabalho dessas unidades é vocacionada preferencialmente para as vertentes assistenciais, sem tempo de trabalho médico atribuído a tarefas de prevenção e formação.
- Conhecendo as dificuldades de comunicação existentes a nível local, a inércia ou retraimento dos primeiros contatos interinstitucionais, o GCR tomou a seu cargo a promoção do encontro de todas as instituições que na mesma região tratam os doentes nas diferentes fases de cuidados. Esta programação inovadora e estruturante constitui o desafio mais conseguido do GCR. Tendo por base a proximidade geográfica promoveu 8 reuniões convocando e obtendo a presença dos hospitais, ACeS e UCCI locais em Matosinhos; Bragança; Póvoa de Varzim; Braga; Vila Real; Penafiel; Santa Maria da Feira e por fim o Porto. Para o início de 2015 foram agendadas os 2 locais restantes.
A presença na mesma sala permitiu dar a conhecer o GCR a todas as estruturas que cuidam dos utentes na mesma região, facilitou o conhecimento dos diferentes interlocutores e o desbloquear de constrangimentos a uma cooperação mais frutífera.
- Efetuou um trabalho intenso de divulgação das temáticas mais relevantes de controlo de infeção: precauções básicas de controlo de infeção, vigilância epidemiológica e consultadoria em antimicrobianos.
- Deu a conhecer as referências de resistência antibiótica relativamente aos microrganismos isolados nos hospitais e os consumos de antimicrobianos hospitalares e na comunidade.
- Promoveu os sistemas de vigilância epidemiológica em que Portugal está envolvido, através da rede do *European Centre for Diseases Control* (ECDC): vigilância da infeção hospitalar do Local cirúrgico (*HAI – surgery*); vigilância das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS); vigilância das infeções adquiridas em Unidades de Cuidados Intensivos (*HAI- UCI*) e finalmente das infeções adquiridas nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (*HAI – UCIN*).
Estabeleceu metas de processo nalguns casos, noutros de resultado, mediante o grau de envolvimento pré existente, ajustando- as às reais capacidades de execução das unidades.

- Em reuniões setoriais desenvolveu temas técnicos mais específicos, fornecendo às diferentes estruturas as métricas pretendidas e as ferramentas de medição.

3.3 Avaliação

- O GCR forneceu os dados trabalhados de consumo de quinolonas em ambulatório da região, referentes ao ano de 2013, iniciando um padrão de aferição que se tentará consolidar nos próximos anos. Sendo uma prioridade nacional a diminuição do consumo destes antibióticos, o ênfase colocado neste tema pelo GCR, deve ser equacionado em cada ACeS e vertido nos planos de ação locais.
- Para que os Conselhos Clínicos e Diretores Executivos possam ter acesso a estes dados pediu e obteve junto do SIARS a prescrição de quinolonas em mapas diferentes do habitual de modo a que o cálculo da prescrição possa ser efetuado pela unidade de comparação a nível nacional e internacional que são os DDD: dose diária definida.
Este parâmetro poderá entrar numa futura lista de indicadores de qualidade dos ACeS, tal como é já efetuado para os hospitais.
- Trabalhou em conjunto com todos os GCL envolvidos, a grelha de avaliação dos indicadores hospitalares. Sendo a ARSN a única região de saúde que verte parte das ações do Programa PPCIRA num indicador regional de qualidade que integra o Índice de Desempenho Global (IDG) que concorre para o apuramento dos Incentivos Institucionais- componente variável do financiamento Hospital, a responsabilidade do GCR acresce às suas funções pedagógicas e de coordenação, a própria regulação. É intenção do GCR estruturar estes indicadores de forma a poderem ser comparados ao longo do tempo em cada instituição, a nível da região e desde logo em métricas suficientemente robustas e fidedignas para comparação nacional e internacional.
- É anexado o BI dos indicadores para 2014, as metas e a sua valorização respetiva.

4. Resultados

Os resultados da atividade do grupo serão avaliados em separado por cada tipo de unidade de saúde. Promoveu-se, numa ação realizada pelo gabinete da qualidade da ARSN junto dos hospitais, ACeS e UCCI, a realização duma avaliação das suas expectativas e necessidades e do seu relacionamento com o GCR.

A auto - avaliação positiva que fazemos do trabalho realizado resulta do empenho e dedicação de cada elemento e da progressiva consciencialização de todas as estruturas da saúde da necessidade de trabalhar em conjunto, de gerar consensos e metodologias de trabalho semelhantes e da adoção de métricas de avaliação adaptadas à sua realidade.

4.1 Hospitais

Os hospitais são portadores dum conhecimento em controlo de infeção, fruto duma longa tradição de trabalho e da recente imposição pela ARSN de indicadores de qualidade com contrapartida financeira. São as escolas de formação da maioria dos profissionais que trabalham na área. São, por isso, os parceiros naturais do GCR na difusão do controlo de infeção a outras unidades de saúde que em 2014, se pretendeu. A sua colaboração e as parcerias efetuadas permitiram ultrapassar constrangimentos que a distância a esses locais e gestão de tempo do GCR tornaria difíceis de ultrapassar.

Individualmente, foi avaliado o cumprimento dos indicadores contratualizados (tabela1).

A nível nacional, os resultados que dependem da DGS, são habitualmente divulgados no 2º semestre de cada ano.

Foram negociados para 2015 os respetivos indicadores que implicam uma extensão do programa de vigilância epidemiológica à *HAI - surgery*, a obrigação de estender o cumprimento dos indicadores a todas as camas hospitalares, a auditoria à profilaxia antibiótica pré – operatória e a implementação da norma do MRSA. No Plano de Atividades para 2015 serão apresentados.

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:	1 – MRSA		2 – INCS		3 – HIGIENE DAS MÃOS		4 –
	Proporção de Bacteriémia MRSA (%)	D. Incid. de Bacteriémia MRSA (‰)	Taxa de INCS associada a CVC (‰)	Índice de exposição a CVC (‰)	Taxa Global de Adesão à Hig. Mãos (%)	Taxa de adesão no 1º Momento (%) - Meta >60%	CHC/DDD Consumo Hospitalar Carbap. /DDD
1	41	0,21	8,2	0,05	60,8	45,1	7,89
2	52,17	0,34	4,67	12,23	89,1	91,6	12,78
3	25	0,07	3	0,02	74,2	80,7	4,53
4	33,3	0,11	1,26	48,5	68,6	53,4	36,2
5	33,3	0,037	3,87	300,75	78,9	69,8	11,04
6	51.53	1.60	2.21	0.11	58.25	41.44	29,72
7	57	0,26	10,9	23,2	67,4	57	5,80
8	40,3	0,25	1,6	0,07	79,6	73,5	6,68
9	55	0,32	2,2	0,08	62,4	56,4	4,32
10	38,4	0,16	9,26	5,9	71,36	63,05	13,05
11	37,5	0,18	7	9,1	73,6	57.2	1,8
12	59.15	0.18	0.87	214.61	71.6	64	0.627
13	44,4	0,39	1,56	16,4	77,2	71	6,46
14	39,2	2,88	0	0	66,0	60,9	Na
15	50	0,574	0	0,765	75,8	69,6	2,80
16	Na	Na	Na	Na	78,1	78,7	Na

Tabela 1- indicador regional de controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos - 2014

4.2 ACeS

O controlo de infeção nestas unidades está no seu início, não existindo estrutura, recursos humanos nem organização prévias. A gestão efetuada até recentemente estaria mais vocacionada para resultados quantitativos (produção) e não para a vertente da qualidade, na qual o trabalho dos GCL se insere.

Foi por isso uma tarefa eminentemente processual que decorreu durante o ano de 2014 e está ainda a decorrer. De facto, cabe aos Diretores Executivos dos ACeS perceber que a prevenção de infeções desnecessárias pode garantir a longo prazo as mais-valias que momentaneamente podem ficar prejudicadas pela alocação de recursos ao controlo de infeção.

O GCR vai acompanhar durante o ano de 2015 a organização dos GCL, a criação da figura do médico consultor em antimicrobianos (eventualmente não coincidente com o coordenador do grupo) e a sua atividade de acordo com o Despacho 15423 de 26 de novembro de 2013.

Vai continuar a promover a adesão de mais unidades à Campanha da Organização Mundial de Saúde (OMS) das Precauções Básicas em Controlo de Infeção (PBCI). Durante o ano de 2014 aderiram 11 das 24 unidades. Mais uma vez é a região Norte pioneira nesta atividade.

Vai continuar a controlar (e dar como informação de retorno) a prescrição de quinolonas pelos médicos de cada ACeS. No entanto, pode-se desde já afirmar que a situação está a mudar, se ao trabalho efetuado se pode atribuir a redução total desta prescrição em cerca de 20% (tabela 2).

ACeS	Nº Doentes ACeS	TOTAL 2013	TOTAL 2014	TOTAL REGIÃO 2013	TOTAL REGIÃO 2014
1	179.585	0,34	0,28	0,51	0,41
2	127.459	0,48	0,52		
3	158.227	0,73	0,71		
4	110.415	0,56	0,52		
5	271.202	0,44	0,49		
6	118.478	0,40	0,52		
7	120.895	0,41	0,42		
8	172.140	0,35	0,35		
9	150,800	0,40	0,34		
10	167,617	0,53	0,49		
11	215,900	0,50	0,46		
12	154,406	0,61	0,46		
13	188,255	1,44	0,45		
14	164,604	0,60	0,41		
15	180,141	0,57	0,50		
16	179,172	0,49	0,45		
17	158,935	0,44	0,41		
18	158,935	0,45	0,38		
19	96,657	0,94	0,50		
20	112,122	0,84	0,73		
21	75,657	0,74	0,50		
22	255,384	0,88	0,76		
23	175,441	0,53	0,44		
24	142,839	0,89	0,61		

Tabela 2- Prescrição de quinolonas por cada ACeS em 2013 e 2014

Vai ainda dar um enfoque especial ao diagnóstico e tratamento de feridas no domicílio.

Iniciou-se a discussão, apresentaram-se e por fim enunciaram-se os indicadores de acompanhamento para os ACeS:

- Organização do GCL segundo o Despacho 15423 de 26 de novembro de 2013;
- Elaboração de regulamento interno com horário, competências e responsabilidades de cada elemento do GCL ou do RL;
- Adesão à Campanha da OMS de PBCI
- Controlo de prescrição de quinolonas por DDD.

Apresentados como indicadores de acompanhamento pelo GCR, poderão no futuro, do mesmo modo que para os hospitais, ser a base de indicadores de qualidade institucionais a integrar na carteira de indicadores de desempenho.

4.3 UCCI

Tal como nos ACeS, nas UCCI o controlo de infeção não era uma realidade organizacional. Como dificuldade acrescida existe o facto de se tratarem de unidades de gestão privada com contratos centrais em que o controlo de infeção não está estabelecido pela tutela como uma prioridade. Apesar

desta dificuldade de controlo, numa forma geral a abertura para a colaboração com o GCR tem sido de realçar.

Aqui também os aspetos processuais estão a ser trabalhados com o fim de serem garantidos, sendo os indicadores de acompanhamento semelhantes aos dos ACEs, exceto o último dadas as características diferentes destas unidades (internamento e grande número de doentes com elevado grau de dependência):

- Organização do GCL segundo o Despacho 15423 de 26 de novembro de 2013;
- Elaboração de regulamento interno com horário, competências e responsabilidades de cada elemento do GCL ou do RL;
- Adesão à Campanha da OMS de PBCI
- Vigilância Epidemiológica (VE) das infeções adquiridas ou em tratamento na unidade.

Durante o ano de 2014, 12 UCCI formalizaram a sua adesão à Campanha das PBCI, esperando-se o aumento deste número durante o ano de 2015.

Cerca de 20 UCCI fizeram o registo da sua VE na base de dados elaborada pelo GCR nos 3 últimos meses de 2014. Este registo, igual para todos e com definições padronizadas, seguindo os critérios do ECDC, se efetuado por um número de UCCI significativo, poderá pela primeira vez em Portugal dar uma visão realística do panorama da infeção das UCCIs e dos consumos com antimicrobianos destas unidades. Este estudo foi apresentado, de forma preliminar, em reunião temática internacional, sendo considerado muito relevante e inovador. Foram efetuados pedidos no sentido de futuramente generalizar este estudo a outras regiões do país. Dele será dada informação de retorno a todas as UCCI.

	Unidade de Longa Duração	Unidade de Média Duração
Universo de camas	297	152
Nº de Infeções	166	86
Infeção mais frequente	ITU - 61	ITU - 54
Microrganismo mais frequente	E. coli	E. coli
Tratamento Empíricos	127	20
Tratamentos com duração excessiva	90% dos tratamentos	64,7% dos tratamentos
Espécimen mais frequente - urina	35	52
Resultado mais frequente	Cura – 65%	Transferência hospital – 72%

Tabela 3 – VE das UCCI

4.4 PPCIRA

O relacionamento institucional com o PPCIRA tem sido fácil, embora com cariz muito centralizador. O seu Conselho Científico tem produzido as orientações tendo por base sólida evidência científica, garantindo assim a aceitação das circulares normativas que tem emanado.

As reuniões efetuadas durante o ano de 2014 permitiram comparar e partilhar os meios utilizados em cada região para garantir o sucesso do programa nacional.

O GCR tem vindo, sempre que solicitado, ou quando sente que tal possa ser útil, a fornecer os aportes da sua experiência à direção do PPCIRA.

O GCR da ARSN tem vindo a ser solicitado a fornecer as suas abordagens e experiências, consideradas pelo PPCIRA como casos de sucesso, de modo a serem replicadas noutras ARS do país. São exemplo disso a abordagem do controlo de infeção nos 3 níveis de cuidados; a VE efetuada nas UCCI e a avaliação do consumo de quinolonas nos ACeS.

4.5 Avaliação dos GCL

A coordenação do Gabinete de Qualidade da ARSN, a pedido do GCR efetuou uma auscultação das necessidades e dificuldades dos GCL em cumprir o programa definido pelo GCR. Os resultados encontrados comprovaram a acessibilidade do GCR; a aceitação de necessidade de parâmetros de avaliação da atividade dos GCL (este factor mais relevante nos hospitais) sendo no entanto necessário harmonizar melhor os indicadores com as métricas conhecidas a nível da DGS e PPCIRA nacional; as propostas efetuadas pelos ACeS vão no sentido de maior apoio em auditoria e consultadoria e da necessidade de fornecimento de dados em períodos mais curtos (DDD das quinolonas trimestrais). Relativamente à formação foram referidas necessidades muito concretas e de temas com vertente eminentemente prática ministrados por formadores com experiência de trabalho no nível de cuidados em referência.

Estas propostas, analisadas e avaliadas no GCR como pertinentes fazem refletir na dimensão e âmbito da atividade do grupo e serão respondidas no Plano de Atividades de 2015.

5. Reuniões externas

Por solicitação da Direção da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar, o GCR organizou e participou nas suas jornadas anuais que decorreram em Viana do Castelo.

Tem marcado presença em várias reuniões científicas que abordam as áreas em que intervém. Assim, em representação do grupo, a sua coordenadora ou outro membro, esteve nas jornadas de infeção da Escola Piaget, na reunião nacional de controlo de infeção promovida pelo PPCIRA, Lançamento da Campanha das Precauções Básicas

6. Pareceres

O GCR tem respondido aos pedidos de parecer técnico quando solicitado. Em 2014 respondeu à Ordem dos Enfermeiros, ao Serviço de Segurança e Higiene do Trabalho e à assessoria do Conselho Diretivo sobre o Projeto Regional para Vigilância, Prevenção e Controlo da Infeção – HEPIC.

7. As dificuldades

Neste primeiro ano de atividade o GCR debateu-se com inúmeras dificuldades.

- **Logísticas** – Nos primeiros 11 meses de 2014, o GCR não teve local de reunião e trabalho fixos, arquivo, computador, nem impressora.

A região Norte, que coordena, abrange uma área muito grande para os meios humanos que possui.

Os Conselhos de Administração, Diretores Executivos ou Conselhos Clínicos não assumem o horário médico em controlo de infeção como uma prioridade, retirando efetivamente os doentes e / ou tarefas correspondentes a esse período.

- **Competências** – O GCR tem competência para o exercício de atividade executiva na área de abrangência do controlo de infeção, mas por outro lado, por ser uma comissão técnica de apoio, os seus pareceres podem ou não ser cumpridos. Esta indefinição tornou por vezes mais difícil a sua atividade. Se a nível das unidades de administração do Estado esta situação foi sendo desbloqueada, nas unidades de saúde privadas a nossa atividade tem sido problemática (no caso das UCCIs), minimamente marginal ou inexistente no caso de toda a medicina privada e lares da região.
- **Sensibilização** – A regulação dos cuidados de saúde vem dum longa tradição de avaliação por critérios quantitativos. A ARSN tem contratualizado com as diferentes estruturas de saúde inúmeros indicadores mais sensíveis para produção em sentido estrito e não em resultados de saúde. A escolha destes *out-puts* ao invés de resultados qualitativos que acrescentam valor, tem levado a que a produção seja sempre cada vez maior, mas nem sempre com os ganhos de saúde esperados.

O controlo de infeção assenta num novo paradigma – a prevenção da doença. Dificilmente será sentida como uma prioridade pelos gestores enquanto centralmente não for reconhecida e financiada como tal. A modificação da análise económica de custo benefício para uma de utilidade, com uma intervenção firme nesta externalidade, que é o controlo de infeção, poderá a breve prazo retribuir em unidades físicas ou monetárias e com escala. É necessário ajustar os indicadores a esta nova realidade.

8. Conclusão

Este primeiro ano de atividade permitiu impor a presença do GCR, no espaço que lhe é devido como interlocutor entre o PPCIRA e os GCL das unidades de saúde locais. Foi conseguida a credibilidade técnica e científica e o reconhecimento dos valores de transparência, responsabilidade e assertividade que norteiam a sua governação.

Nem sempre conseguimos dar a resposta mais adequada aos GCL que nos desafiam, a humildade de reconhecer os erros cometidos, a capacidade para ouvir as dificuldades com que se debatem, tem granjeado, porque genuína, o respeito pelo empenho com que trabalhamos.

Dentro da estrutura da ARSN, a atividade do grupo não tem ainda o impacto necessário. O posicionamento do GCR no Gabinete da Qualidade pode ser um passo para a mudança que nos move.

É necessário ainda, expressar um reconhecido agradecimento ao Dr. José Adão, que nos aconselha e orienta, com discernimento e clareza e também à Dr.ª Elsa Ramos pelo interesse sempre manifestado, pela empatia e partilha de ideias.

ARS Norte, 22 de Abril de 20 15

Paula Baptista