

Infecção em cuidados de saúde – Perspectiva actual

Health care infection – an overview

Henrique Lecour*

Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa

Resumo

Após uma breve resenha sobre a história da infecção nosocomial e sobre seu conceito actual, é chamada atenção para a relevância que a infecção associada à prestação de cuidados de saúde actualmente assume, mostrando-se a sua prevalência em países ocidentais, de elevado nível de desenvolvimento, onde a infecção nosocomial mostra valores preocupantes, com graves consequências sociais e económicas, pelo aumento da morbilidade e da mortalidade que condiciona, e naturalmente maior sofrimento humano. A instituição de normas de prevenção adequadas e o seu cumprimento estrito podem reduzir a taxa de infecção nosocomial, cujo âmbito é hoje mais vasto, pois abrange toda a infecção que resulte da prestação de cuidados de saúde, qualquer que seja o local em que sejam praticados. Referem-se o tipo de infecções mais comuns, bem como os factores que podem propiciar a sua ocorrência. De igual modo se realça a crescente eclosão das resistências microbianas e as normas que devem ser seguidas na prescrição de antibióticos. É chamada a atenção para a importância das funções que competem às Comissões de Controlo da Infecção, pilar fulcral nessa luta. A situação vivida em Portugal e a análise dos vários inquéritos realizados pela Direcção Geral da Saúde são também focadas.

Palavras-chave: infecção nosocomial; infecção hospitalar; infecção associada a cuidados de saúde ◀◀

Os avanços registados na prestação dos cuidados de saúde registados a partir da segunda metade do século passado, aliados à melhoria das condições de vida das populações, levaram a que nos países desenvolvidos, com um padrão económico elevado, a esperança de vida e o nível de saúde alcançassem valores nunca anteriormente atingidos. Mas simultaneamente a essa evolução verificou-se a ocorrência de uma taxa de infecções associadas

Abstract

After a short review on the history of nosocomial infection and its current concept, the relevance assumed nowadays by healthcare-associated infections is enhanced. Worrying nosocomial infection rates are registered in developed Western Countries, with serious socio-economics repercussions, as a consequence of the increase in morbidity and mortality rates. Programmes for the prevention of nosocomial infection and their strict compliance can reduce its rate. The scope of nosocomial infection is greater nowadays, as it covers all healthcare-associated infections independently of the location where the healthcare is rendered, including health centres and nursing homes. The more common nosocomial infections and their etiologic agents, as well as the conditions which can favour their occurrence are pointed out. The increase of antimicrobial resistance and the need of guidelines for a correct use of antibiotics are also enhanced. The fundamental role of the Health Services for Infection Control is noted.. Finally, the Portuguese situation and the national surveys on nosocomial infection prevalence, carried out by the Directorate-General of Health, are also analyzed.

Key words: nosocomial infection; hospital-acquired infection; healthcare associated infection ◀◀

à prestação de cuidados de saúde cada vez mais comum, levantando por isso novas e sérias preocupações entre os prestadores desses cuidados, já que isso era razão de taxas de morbilidade e de mortalidade crescentes, além de sofrimento humano e de custos económicos elevados.

A prescrição inadequada e exagerada de medicação antibiótica, a utilização cada vez mais comum de fármacos depressores da imunidade e de técnicas

* henrique.lecour@netcabo.pt

invasivas de diagnóstico e tratamento, aliados ao envelhecimento da população, constituem no seu todo os principais factores contribuintes para o incremento dessas situações, ao possibilitarem a criação de condições para que muitos agentes microbianos assumissem um papel patogénico, sendo por isso denominados de agentes oportunistas.

Desde tempos imemoriais era conhecido que a arte de cuidar doentes poderia ser causa de outras doenças, conceito já mencionado, quer na literatura médica oriental, quer posteriormente, nos tratados escritos por Hipócrates e por Galeno. Mas foi com Semmweiss, médico húngaro e professor da Escola Médica de Viena, que em meados do século XIX, foi pela primeira vez demonstrado o risco de infecção em cuidados de saúde. Semmweiss notou que as parturientes internadas na 1ª Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Viena tinham uma taxa de mortalidade por infecção puerperal muito superior à das parturientes internadas na 2ª Clínica Obstétrica, onde apenas se fazia o ensino das parteiras, enquanto na 1ª Clínica se fazia o ensino médico, facto que o levou a atribuir à circunstância de os médicos e os alunos de Medicina virem para a enfermaria após procederem a autópsias sem cuidados de assepsia. Ordenou então que antes de iniciarem o seu trabalho na enfermaria, os médicos e os alunos teriam de lavar as suas mãos com uma solução clorada, o que teve como consequência uma baixa notória da taxa de mortalidade por infecção puerperal. Embora essa medida de higiene hospitalar tomada em 1847 se revestisse de um evidente benefício, ela não foi bem aceite pelos médicos da sua Escola, só anos mais tarde sendo divulgada por discípulos seus em outros centros europeus.

Florence Nightingale, figura maior da Enfermagem, no seu livro “Notes on Hospitals”, publicado em 1860, deu conta de maior mortalidade nos doentes tratados nos hospitais, em comparação com a mortalidade pelo mesmo tipo de doenças registada nos doentes tratados fora dos hospitais, fruto das condições aí existentes. As suas conclusões foram evidenciadas com a representação gráfica dos dados obtidos, sendo pois pioneira na utilização da estatística para demonstração dos resultados, fruto do interesse que sempre teve pela matemática. A importância das medidas sanitárias a implementar nos hospitais era assim evidenciada.

Pasteur, um dos grandes nomes da história da Bacteriologia, provou a importância da esterilização pelo calor. Uma sua afirmação, proferida em Abril de 1873, na Academia Francesa de Medicina, merece

ser citada pelo que revela de conhecimento. Dizia Pasteur “... se tivesse o privilégio de ser cirurgião apenas usaria instrumentos limpos, lavaria as minhas mãos, usaria só esponjas esterilizadas por calor e teria em atenção os germes em suspensão e em redor do leito do doente”, afirmação que revela bem o conhecimento da infecção na época resultar frequentemente de práticas cirúrgicas sem cuidados de assepsia.

Joseph Lister, médico britânico, marcado pelos trabalhos de Pasteur, descobriu em 1865 que o fenol (ácido carbólico) era um potente antisséptico, dois anos depois realizando a primeira cirurgia asséptica com o uso de formol. Embora poucos anos mais tarde a antisepsia fosse substituída pela assepsia, Lister é considerado o pai da moderna cirurgia.

Foram diversos os passos que se seguiram para tornar a cirurgia mais “limpa” e reduzir o risco de infecções contraídas no meio hospitalar. Assim, Gustav Neubar, em 1883, introduziu o uso do avental cirúrgico, Mikulicz a máscara de gaze e Halsted, o grande cirurgião americano da viragem do século XIX, é também referência por ter adoptado o uso de luvas de borracha.

Carl Flugge, médico e higienista alemão, mostrou a importância da transmissão aérea de muitos agentes infecciosos. No entanto, é de salientar que só a partir do 2º quartel do século XX se dedicou particular atenção à concepção das salas de operação e à necessidade da sua ventilação em condições de assepsia.

A infecção associada à prestação de cuidados de saúde é vulgarmente designada como infecção associada a cuidados de saúde. A denominação de infecção nosocomial, palavra derivada do grego *nosokomeion* – *nosos* (doença) + *komeion* (cuidar de) – é muito aplicada no sentido de infecção hospitalar, mas o seu âmbito é hoje muito mais lato, abrangendo qualquer infecção não só contraída num hospital, qualquer que seja o seu campo de acção – hospital de agudos, de cuidados continuados, de cuidados paliativos ou outro –, mas também em qualquer outro local em que sejam prestados cuidados de saúde, sejam centros de saúde, lares de idosos e de incapacitados, infantários ou quaisquer outras instituições, desde que a infecção resulte da prestação desses cuidados, não estando portanto presente ou em incubação no momento da admissão, e inclui também as situações que surgem já após a alta do estabelecimento de saúde, desde que aí tenham sido contraídas. Um outro ponto que interessa sublinhar é que o conceito abrange também a sua ocorrência

no pessoal encarregado da prestação dos cuidados, sempre que resulte do exercício da sua actividade profissional. Esta alteração ao conceito tradicional de infecção hospitalar permite cobrir um leque alargado de situações que anteriormente não era considerado neste âmbito, embora na realidade resultassem da prestação desses cuidados.

A título de exemplo da importância que este problema assume, refira-se um estudo da Organização Mundial da Saúde, que abrangeu 55 hospitais de catorze países, pertencentes a quatro das seis regiões da OMS, que mostrou uma incidência média de infecção nosocomial de 8,7 %. Particularizando a relevância destas infecções, diga-se que nos Estados Unidos da América, se estima que 1 em cada 10 doentes hospitalizados contrai uma infecção nosocomial durante o seu internamento por outras causas, o que corresponde anualmente a cerca de dois milhões de doentes; a gravidade desse facto pode ser evidenciada pelo conhecimento da infecção nosocomial ser uma das principais causas de morte. Um outro estudo, incidindo em 27 países europeus revelou uma prevalência de média de 7,7 %, correspondendo a três milhões de casos de infecção nosocomial e a 50 mil óbitos.

A relevar essa importância, refiram-se os valores registadas em alguns dos países da Europa Ocidental em que nos inserimos. Assim, em França, a prevalência da infecção hospitalar foi de 6,7 % em 1990 e de 5,0 % em 2006, em Itália de 6,7 % em 2000, o que corresponde a um total entre 450 mil e 700 mil casos e a um número de mortes estimado entre 4500 e 7000, na Suíça, em 2004, a taxa de infecção hospitalar foi de 7,2 %, enquanto em Espanha essa taxa de infecção foi de 6,8 % em 2005. Na Inglaterra, onde em 2006 essa taxa foi de 8,2 %, os doentes com infecção nosocomial têm em média mais 11 dias de hospitalização, o que acarreta um custo cerca de 2,8 vezes superior ao dos doentes sem infecção. Deve contudo, sublinhar-se que a não uniformidade dos critérios de definição e de avaliação da infecção hospitalar a que obedeceram os inquéritos realizados nesses países, cria alguma dificuldade na comparação das taxas, facto a ter em atenção na sua apreciação e interpretação.

Interessa ainda referir que se estima que cerca de um terço das infecções nosocomiais, cujo custo orça entre 3 e 8 mil milhões de euros, poderia ser evitado com o cumprimento estrito de medidas de controlo e com programas de vigilância. De frisar a propósito, a importância da mera lavagem de mãos na prevenção da infecção hospitalar.

Todos estes números revelam bem o impacto crescente deste flagelo, que embora mundialmente espalhado, tem naturalmente maior incidência nos países em desenvolvimento, onde as condições sanitárias são deficientes.

A infecção nosocomial condiciona implicações diversas, pois não só diminui a qualidade de vida dos doentes por ela afectados, ao ser responsável por maior morbidade e mortalidade, e por isso mesmo causa de sofrimento humano, como ainda, questão não menos importante, se repercute de modo notório sob o ponto de vista económico, pois acresce os custos directos da saúde, já que é causa de prolongamento do internamento e de recurso a sofisticados meios de diagnóstico e à prescrição de antibióticos e de outros fármacos dispendiosos, para além de implicar maiores custos indirectos pela incapacidade que origina.

A agravar estas consequências, junta-se ainda a eclosão cada vez mais disseminada das resistências microbianas, desafio terapêutico que hoje se põe no quotidiano dos serviços hospitalares.

Na realidade, o hospital é um local em que são internados doentes com as situações mais diversas, muitos deles com imunidade deprimida e por isso mais susceptíveis à infecção, quer porque sofrem de patologias que favorecem essa depressão, como a diabetes, quer por pertencerem a escalões etários extremos, em que a imunidade é deficitária ou por estarem desnutridos, quer ainda, por estarem sujeitos a terapêuticas imunossupressoras ou a técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, que desde logo rompem as barreiras anatómicas de defesa.

A mobilidade dos profissionais que prestam os seus cuidados, movendo-se de doente para doente, muitas vezes sem os adequados cuidados, desde logo relevando-se a importância da mera lavagem das mãos, deficiente higiene hospitalar, uso excessivo de injectáveis e de fluidos, por vezes contaminados, bem como um processamento inadequado de sangue e de hemoderivados, e ainda, o uso abusivo de terapêutica antibiótica, propiciando a eclosão das resistências microbianas, constituem no seu todo factores propiciadores da infecção nosocomial. Refira-se a propósito que a importância assumida pela eclosão das resistências microbianas foi razão bastante para esse fenómeno ter sido considerado nos finais do século passado uma das patologias infecciosas emergentes com que a Humanidade se defronta.

A infecção nosocomial tem muitas vezes origem endógena, ou seja, causada pela própria população

microbiana do doente, outras vezes a causa é exógena, quer oriunda de outro doente, quer mesmo com origem no pessoal prestador dos cuidados, sendo então denominada de infecção cruzada, ocorrendo a contaminação por contacto directo, ou através do ar (poeiras, partículas), ou mesmo com origem afastada, mas transmitida por alimentos, pela água ou pelos equipamentos existentes no meio que rodeia o doente.

Importa, contudo, valorizar-se a distinção entre a infecção e a mera colonização, em que a presença de agentes microbianos não traduz doença, mas apenas colonização local, situação particularmente observada na pele, nas mucosas, nas secreções e nas feridas abertas, pese embora o facto de muitas vezes os agentes saprófitas poderem ser causa de doença.

Muitos dos agentes patogénicos, frequentemente resistentes aos quimioterápicos, colonizam doentes ou pessoal prestador dos cuidados de saúde, de que são exemplos, *Staphylococcus aureus*, que coloniza a pele e fossas nasais, *Pseudomonas spp.*, que coloniza cateteres e canulas, *Legionella spp.*, presente nos dispositivos de ar condicionado e em depósitos de água, *Enterococcus* vancomicina resistente, *Escherichia coli*, *Clostridium difficile* e bacilo da tuberculose, multirresistente e extra-multirresistente. Mas não são apenas os agentes bacterianos causadores deste tipo de infecção, já que também vírus, como o da hepatite C, o citomegálico, os norovírus, os adenovírus, o sincicial respiratório e o rotavírus, estes últimos com especial incidência em prematuros e crianças de baixa idade, e fungos, agentes com relevância particular em doentes com grave depressão da imunidade ou submetidos a técnicas de tratamento invasivas, são igualmente causa frequente de infecção associada à prestação de cuidados de saúde. Refira-se ainda, a possível ocorrência de surtos de infecção hospitalar causados por parasitas externos, como é o caso da sarna, em resultado de deficiente higiene hospitalar.

As condições locais de hospitalização, o tipo de patologias e de doentes internados, condicionam diferentes riscos de aquisição de infecção. Assim, as Unidades de Cuidados Intensivos, em que a pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva é talvez o exemplo mais marcante, o Bloco Operatório, as Unidades de Oncologia, de Queimados e de Prematuros, são consideradas locais em que o risco é muito elevado, em contraste com as unidades gerais de internamento, em que o risco é naturalmente menor. Naturalmente que um internamento

mais longo é igualmente um factor propiciador de aquisição de infecção

Por isso mesmo, as normas de planeamento e construção hospitalar ou de outras instalações de saúde, têm que atender também à necessidade de prevenir e obstar à transmissão da infecção, quer na planificação e arquitectura das instalações, quer na sua construção, quer ainda na sua climatização e ventilação, instalação de lavatórios em número suficiente, criação de barreiras sanitárias, áreas de isolamento, sistemas de tratamento dos lixos, circulação de pessoas e bens, áreas de descontaminação e de esterilização, entre tantas outras condicionantes a atender.

Se o problema da infecção associada aos cuidados de saúde se põe com maior acuidade no meio hospitalar, a sua ocorrência tem cada vez mais uma expressão mais alargada, fruto dos cuidados de saúde serem também prestados noutros locais, de que o melhor exemplo são a cirurgia em ambulatório e os cuidados prestados nos Centros de Saúde, sem esquecer a prestação desses cuidados nas residências de idosos e de deficientes, e em infantários e creches. A circunstância da população a que essas instituições prestam apoio requerer muitas vezes cuidados de saúde que implicam repetidos internamentos hospitalares, retornando à instituição em que decorre a sua vida quando o seu estado de saúde recupera, faz com que a população microbiana tenda a uniformizar-se pela conseqüente disseminação na comunidade das espécies predominantemente hospitalares e das suas resistências, desse modo se apagando progressivamente o fosso entre o meio hospitalar e a população microbiana dominante nessas instituições inseridas na comunidade. Este conhecimento deve ser tido em atenção quando da prescrição do tratamento de uma infecção que surja nos doentes tratados em meio extra-hospitalar, de que a pneumonia adquirida em lares de idosos (NHAP acrónimo de “*Nursing Acquired Associated Pneumonia*”) é um bom exemplo.

As infecções mais comuns resultantes da prestação de cuidados de saúde são as infecções urinárias, a que se seguem as infecções respiratórias do tracto inferior, incluindo a pneumonia, as infecções do local cirúrgico, infecções da corrente sanguínea, as infecções da pele e tecidos moles, as infecções gastro-intestinais, e como expoente de maior gravidade, a sepsis. Esta ordenação europeia é similar à registada pelo *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNIS) dos *Centers for Disease Control* (CDC)

A decisão de instituir uma terapêutica antibiótica não deve apoiar-se apenas na informação do antibiograma, conquanto este seja um dado fundamental que deve sempre ser solicitado, pois devem conhecer-se os padrões de resistência microbiana existentes na instituição em que ocorreu a infecção ou na comunidade quando for caso disso, bem como atender-se também à farmacocinética e à farmacodinamia do antibiótico, aos seus efeitos adversos e toxicidade, à comodidade de administração e ao seu custo, importando ainda, considerar o local e natureza da infecção, a idade do doente (particularmente se recém-nascido, criança ou idoso) e à eventual coexistência de outras patologias que possam interferir com a metabolização do antibiótico.

São múltiplas as razões do fracasso da terapêutica antibiótica, desde logo o atraso no diagnóstico ou na terapêutica instituída, o erro no diagnóstico, em face de uma situação de etiologia vírica ou fúngica, ou mesmo não infecciosa, ou ainda, o desconhecimento do padrão de sensibilidade antibiótica, além de factores locais, como sejam uma insuficiente concentração local do antibiótico, ou a existência no local da infecção de uma colecção purulenta, de tecido necrosado ou de um corpo estranho, condições que na maioria das vezes obrigam ao recurso a uma actuação cirúrgica de drenagem ou de desbridamento e limpeza. Obviamente que a existência de uma depressão imunitária ou de uma super-infecção de diferente etiologia são, também, factores que podem ser razão desse fracasso.

A estratégia de controlo das resistências microbianas, factor de grande relevância no tema das infecções nosocomiais, implica uma vigilância laboratorial permanente e atenta, quer da rede pública, quer da rede privada, que possibilite o fornecimento à instituição que centralize a informação recebida um conhecimento atempado e periódico sobre as espécies microbianas prevalentes em meio hospitalar e na comunidade, bem como os seus padrões de resistência.

Um controlo estrito neste campo implica, ainda, a monitorização do consumo de antibióticos, restrições ao uso de certos antibióticos, sua rotação, e recomendações terapêuticas periodicamente actualizadas, com o propósito de uma boa prática na prescrição desses fármacos. Naturalmente que deve atender-se também, à formação do pessoal sanitário e à própria educação dos doentes e da comunidade, sublinhando a importância dos antibióticos, as suas indicações e limitações.

Embora as resistências bacterianas sejam as que mais atenção despertam, há igualmente que atender às resistências víricas, de que o exemplo mais evidente seja talvez a situação que hoje se vive no tratamento da infecção por vírus da imunodeficiência humana, em que a eclosão de resistências é o maior obstáculo à eficácia da terapêutica, bem como ao aparecimento de resistências aos antifúngicos, criando-se assim, um enorme óbice ao tratamento desse tipo de infecções, que na sua feição sistémica ocorrem fundamentalmente em doentes vulneráveis e em situações de grande gravidade.

Desnecessário, por evidente, será realçar a importância das Comissões de Controlo da Infecção Nosocomial, cujo papel é crucial na detecção e na imediata contenção de qualquer surto, assim como na sua prevenção e na formação e informação dos profissionais de saúde. Para o exercício cabal das suas funções as Comissões deverão ter autonomia plena e apoio dos Órgãos de Gestão, bem como competências bem definidas, composição adequada, infra-estruturas de apoio e instalações próprias. Longe vai o tempo em que esse trabalho era desempenhado como um complemento de outras funções e sem competências atribuídas, apoiado fundamentalmente no seu empenhamento e entusiasmo.

A prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde implica, ainda, a instituição de programas internacionais e nacionais, a par obviamente de programas locais.

Naturalmente que é necessária uma articulação íntima entre o hospital e as instituições prestadoras de serviços de saúde que com ele se interligam. A detecção das infecções que surgem nesses locais é também um ponto a considerar, até porque muitas vezes a infecção contraída em meio hospitalar só vai ocorrer após a alta.

Refira-se, ainda, a necessidade de investigação de novos antibióticos com diferentes mecanismos de actuação, bem como a investigação dos mecanismos de resistência microbiana. Um outro ponto que neste capítulo merece também uma chamada de atenção é a interdição do emprego de antibióticos na agropecuária, quer com objectivo profilático, quer como promotores de crescimento, bem como o seu uso na aquacultura e na hortifruticultura, interdição já assumida pela União Europeia, dado o risco de favorecer a eclosão de resistências bacterianas.

A prevenção da maioria das infecções nosocomiais pode ser conseguida através de estratégias de baixo custo, desde logo o cumprimento estrito das mais simples práticas de higiene, tais como a lavagem

de mãos, o uso de luvas e de roupas de protecção. Outras medidas impõem o processamento adequado da lavagem, descontaminação e esterilização ou desinfecção dos instrumentos utilizados, assim como, a melhoria das condições de segurança nas salas operatórias e nos locais de maior risco. Obviamente que os objectivos da prevenção só podem ser atingidos com o cumprimento de elevados padrões de qualidade dos cuidados prestados, só possíveis de serem alcançados com formação e informação adequadas dos profissionais, e com normas instituídas por programas nacionais, regionais e de cada instituição

Em Portugal, foi em 1930 que a Direcção de Saúde pela primeira vez chamou a atenção para a importância da infecção hospitalar, mas só cerca de 40 anos depois, em 1979, a então existente Direcção Geral dos Hospitais, voltou a abordar o tema. Passaram-se mais de 27 anos em que o tema da infecção hospitalar apenas foi alvo de medidas avulsas ao nível dos hospitais de maior dimensão, muito resultantes do empenhamento de profissionais com maior sensibilidade para o problema. Em 1996, foram instituídas as Comissões de Controlo da Infecção (CCI), sob a égide da Direcção-Geral da Saúde (DGS). Na viragem do milénio – em 1999 – a DGS instituiu o Programa Nacional Contra a Infecção (PNCI), anos mais tarde inserido no Plano Nacional de Saúde para 2004-2010

Em 2006 foi fundada a Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar, sociedade científica de cariz privado que, através de reuniões anuais realizadas em vários hospitais do País, tem vindo a debater o tema na procura de propostas que permitam minorar a sua importância.

A situação vivida no País pode ser avaliada pela leitura dos inquéritos nacionais realizados nos últimos vinte anos, em que participou um número crescente de hospitais, predominantemente, mas não exclusivamente, da rede pública, e que abrangeram um número cada vez maior de doentes hospitalizados:

10 117 em 1988, em evidente contraste com os 21 459 doentes sobre os quais incidiu o inquérito em 2009 (Quadro).

A prevalência de infecção hospitalar foi de 9,8% em 2009, valor na mesma ordem de grandeza das taxas registadas nos inquéritos anteriores, que oscilaram entre 9,3% em 1994, e 10,0% em 1988. O último inquérito permitiu, ainda, conhecer a prevalência da patologia infecciosa hospitalizada, mas adquirida na comunidade, o predomínio etário da infecção nosocomial, bem como a sua distribuição por áreas de internamento e por agente bacteriano. Os inquéritos efectuados não abrangeram obviamente a infecção nosocomial que ocorre na prática ambulatória, nem nas instituições não hospitalares prestadoras de cuidados de saúde, áreas que interessa também avaliar pese embora as dificuldades que o seu conhecimento implica.

O conhecimento de surtos de infecção hospitalar, com morte de doentes, que se verificaram nos últimos anos em vários hospitais do País, criou na população um sentimento de insegurança, já que foram largamente noticiados pela comunicação social. O primeiro deles, ocorrido em 2003 no Serviço de Pediatria do Hospital de Guimarães, causado por um adenovírus, foi responsável pela morte de três lactentes e levou ao encerramento temporário do serviço. Um outro surto, da responsabilidade de *Acinetobacter baumannii*, causou a morte de quatro idosos no Hospital de Pombal. Já no corrente ano, no passado mês de Maio, um surto causado por *Clostridium difficile* levou à morte de nove doentes no Hospital de Faro. Outros surtos de infecção nosocomial, embora menos divulgados, têm por todo o País obrigado ao encerramento temporário de Unidades de Cuidados Intensivos e de outros serviços hospitalares.

A DGS reformulou recentemente o PNCI, com objectivo de conhecer atempadamente a realidade nacional sobre as infecções em cuidados de saúde, através da sistematização do registo, análise,

Quadro – Inquéritos sobre taxas de infecção nosocomial em Portugal

	1988 (SIGS)	1994 (IGIF)	2003 (PNCI/INSA)	2009 (PNCI/INSA)
Total de hospitais	71	65	76	114
Total de doentes	10 117	9 331	16 579	21 459
Taxa de infecção	10,0 %	9,3 %	9,9 %	9,8 %

Nota: o inquérito efectuado em 25 de Março só foi divulgado em Março de 2010

SIGS – Sistema de Informação para a Gestão de Serviços de Saúde

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira

PNCI/INSA – Plano Nacional Contra a Infecção/Instituto Nacional de Saúde

interpretação e informação de retorno, com objectivo de a longo prazo reduzir a nível nacional a incidência destas infecções, para o que devem ser instituídas normas essenciais sobre a sua prevenção e controlo, bem como organizar as Comissões de Controlo da Infecção, que devem ter forte apoio institucional. Estas medidas deverão permitir a criação de uma Rede Nacional de Registo de IACS e a participação activa e fiável na Rede Europeia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do *European Center for Disease Control* (ECDC). A participação portuguesa no Projecto HELICS (*Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance*) é já um passo para essa integração, que de resto tende a uniformizar os critérios seguidos nos seus inquéritos, para que seja possível a comparação fiável dos resultados obtidos.

Referências bibliográficas

1. Cambridge Illustrated History of Medicine edited by Roy Porter. Cambridge University Press, UK, 1996
2. IPSE (Improving Patient Safety in Europe) Annual Report 2006
3. IPSE Annual Report 2008
4. Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção – 25 de Março de 2009. Relatório. Direcção Geral da Saúde, Lisboa 2010
5. Krishna-Prakash S. Nosocomial Infections – an overview for the surgeon. Proceedings of the XVII National Continuing Medical Education Programme in Surgery. 2000: 132-36
6. Prevention of hospital acquired infection. A practical guide. Editors Duce G, Fabry J, Nicolle L..WHO, 2nd edition 2002