

## O PAPEL DAS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

THE ROLE OF THE INFECTION-CONTROL COMMITTEE

JÚLIA MÁRCIA MALUF LOPES \*; JOÃO BATISTA DE SOUZA \*\*

### RESUMO

A infecção hospitalar é importante problema de saúde pública. Exigências legais reforçam o interesse pelo estabelecimento de programas de controle. Dados coletados sistematicamente, analisados e devolvidos para o corpo clínico, fazem com que todos se motivem para enfrentar seriamente o problema. Diante da necessidade de se conhecerem indicadores, melhorar a prática assistencial, padronizar medicamentos e materiais médico-hospitalares, realizar educação continuada, elaborar guias e protocolos e gerenciar “pela qualidade”, equilibrando múltiplos interesses divergentes, enquadram-se as Comissões de Controle de Infecções Hospitalares – comitês de profissionais constituídos de uma equipe multidisciplinar. Urge que se redefina o termo infecção hospitalar para mantê-lo coerente com o seu significado atual. A idéia que ele traduz é a de infecção relacionada à assistência – onde quer que ela seja prestada. Cabe à CCIH conhecer a epidemiologia da instituição, controlar infecção cruzada e manter programa que promova a melhoria da qualidade assistencial e educacional; a proteção do paciente e circunstâncias; a redução dos custos da assistência, financeiro e social; da dor, sofrimento, agravos psicológicos e morte. As CCIH, em integração com a Vigilância Sanitária, poderão transformar o momento da vistoria do estabelecimento em salutar troca de educação em saúde. O esforço dessas duas instâncias poderá ser potencializado, no sentido de alcançarem a efetividade para a melhoria da qualidade assistencial no município de Belo Horizonte. É fundamental que todos os profissionais entendam que a prevenção e o controle de infecções são questão de cidadania e direitos humanos: dependem muito mais deles próprios do que das leis que se lhes impõem. A transformação da organização é responsabilidade de todos.

**Palavras-chave:** Infecção Hospitalar; Saúde Pública; Comitê de Profissionais; Controle de Infecções; Epidemiologia; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Vigilância Sanitária; Educação em Saúde.

“Que alterações devem ocorrer no cérebro para produzir o sonhar... e a fantasia que modifica e cria novas idéias?”  
R. Descartes, 1637

A infecção hospitalar (IH) é importante problema de saúde pública. No Brasil, de 11 milhões de internações ao ano, para taxa de 5% a 10% de IH, numa estimativa melhor, teríamos de 550.000 a 1.100.000 casos, com os seus subseqüentes custos diretos, indiretos e intangíveis.<sup>1</sup> De acordo com o estudo americano de 1980, de eficácia

da vigilância e de programas de controle de IH (CIH)<sup>2</sup>, 32% das IH são preveníveis, configurando, pois, campo passível de implementação de melhorias nos hospitais de qualquer país, inclusive do Brasil.

Huskins e Soule<sup>3</sup>, analisando o CIH de uma perspectiva global, reconhecem que IH realmente ocorrem e que parte delas é passível de prevenção, o que é pré-requisito óbvio para avanços em qualquer lugar do mundo. As exigências legais reforçam o interesse administrativo pelo estabelecimento de programas de CIH. Os dados coletados sistematicamente, analisados e devolvidos para o corpo clínico, fazem com que todos se motivem para enfrentar seriamente o problema. Para alcançar efetividade máxima, ainda de acordo com os referidos pesquisadores, os profissionais do CIH necessitam de experiência e treinamento em complexo amálgama de conhecimentos, composto de infectologia, epidemiologia, microbiologia, bioestatística, informática, administração, gestão de serviços de saúde e ciências do comportamento.<sup>3</sup>

A Portaria 2616 / 98 do Ministério da Saúde (MS)<sup>4</sup> estabelece que as Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) sejam compostas por representantes das áreas médica, de enfermagem, farmácia, laboratório e administração. No caso de hospitais com Residência Médica, a mesma também deverá contar com representantes na CCIH. Os membros executores enfermeiros devem atuar com a carga horária diária exclusiva de 6 horas, e os demais de, no mínimo, 4 horas.<sup>4</sup>

A atual tendência mundial de custo, que apresenta efetividade na Saúde, aliada à experiência já bem-sucedida de programas de CIH, gera redução de custos, intervenções apropriadas e o traçado de projetos pertinentes que promoveram a redução da incidência das IH e evita-

\* Coordenadora da CCIH do Centro Geral de Pediatria. Mestre em Medicina. Doutoranda (Programa de Pediatria) do Centro de Pós-Graduação da FM-UFMG.

\*\* Matemático pela UFMG; Especialista em Vigilância Sanitária e Epidemiologia pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); Gerente Geral da Vigilância Sanitária da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Endereço para correspondência:  
Júlia M. M. Lopes  
R. Nova Era, 107  
Belo Horizonte – MG.  
CEP: 30.315 – 380  
Fone/fax : (31) 3239-9045  
E-mail: julialopes@v5net.com.br

ram óbitos em alguns outros centros e hospitais. Foram criados incentivos para vários hospitais entendam o *seu perfil*, de modo a traçarem programas adequados *as suas particularidades*. Essa é uma grande tarefa.

## CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

No Brasil, o CIH iniciou-se oficialmente em 1983, por meio da Portaria – MS 196/83, que se constituiu, portanto, em marco histórico<sup>5</sup>, embora iniciativas isoladas tivessem anteriormente existido em hospitais universitários e do Instituto Nacional da Previdência Social.

Segundo Neves, o fenômeno da IH sempre trouxe grande preocupação aos profissionais de saúde, em especial às autoridades sanitárias. Embora seja absolutamente impossível, do ponto de vista científico, reduzi-la a zero, muitas de suas causas podem ser buscadas na falta de cuidados indispensáveis para controlá-la.<sup>6</sup>

“... Em todo o mundo e em todos os tempos sempre houve e sempre haverá resistência interposta a qualquer processo de mudança. Maquiavel, em face à dramática mudança ocorrida na Europa com a Renascença, dizia não haver nada mais difícil de executar, mais perigoso de conduzir ou mais incerto de sucesso do que ter a primazia de introduzir uma nova ordem de coisas...”<sup>6</sup>

É exatamente em um contexto de necessidade de se conhecerem indicadores, melhorar a prática assistencial, padronizar medicamentos e materiais médico-hospitalares, realizar educação continuada, elaborar guias e protocolos e gerenciar “pela qualidade” – equilibrando múltiplos interesses divergentes–, que se enquadram as CCIH, constituídas de equipe multidisciplinar.

A análise da questão institucional das CCIH da Grande Belo Horizonte por Gontijo, em 1991, demonstrou diagnóstico desalentador: dedicação mínima dos profissionais, capacitação insuficiente, apoio técnico quase inexistente, corpo clínico divorciado da questão, ausência de análise sistemática de dados coletados, inexistência de planejamento e supervisão dos programas de controle e falta de integração com os serviços essenciais dos hospitais, dificultando o funcionamento das CCIH.<sup>7</sup>

A Portaria 930/92, do MS, propôs a organização das ações de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e a elaboração de indicadores, com base no modelo do Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, na Geórgia, Estados Unidos da América (EUA) – atividade considerada primordial das CCIH atualmente.<sup>8</sup>

Nessa época, já era bastante variável entre os hospitais brasileiros a infra-estrutura em termos de pessoal e material para o CIH e os conhecimentos dos avanços científicos mundiais e das normas fixadas pelo MS e por outros organismos internacionais.

Vinhal et al.<sup>9</sup>, utilizando o mesmo instrumento elaborado por Gontijo, reavaliaram a rede hospitalar de Belo Horizonte e avanços significativos foram detectados em 1996: profissionalização dos membros das CCIH que, desde então, constituem-se em serviços, melhoria da vigilância epidemiológica, informatização, planos de ação, rotinas preventivas escritas, auditoria em antibióticos, aumento da participação multidisciplinar, entre outros.

Apesar dos avanços, não são ainda muitos os administradores hospitalares seriamente comprometidos com esse assunto no Brasil, onde, com poucas exceções, ainda nos encontramos na década de 1960, quando os Estados Unidos se dedicaram à formação de pessoal e à implantação de estratégias de vigilância epidemiológica para o CIH a fim de definir a magnitude do problema, detendo-se em cursos de treinamento profissional. Um dos principais problemas no Brasil concentra-se na área de recursos humanos.

Essa triste realidade pode, talvez, explicar o que hoje reclama toda a sociedade: desinformação e desinteresse quanto à natureza das infecções como um todo e, no seu bojo, as hospitalares. Segundo Lopes, muitos alunos e profissionais não lavam as mãos antes e após examinar o paciente ou após realizar atividades como ir ao banheiro e assoar o nariz, por desconhecimento, desinteresse ou mesmo porque ainda há administradores institucionais que não oferecem condições adequadas para o controle das infecções hospitalares.<sup>10</sup>

## O PAPEL DAS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

O papel das CCIH inicia-se, pois, elucidando o verdadeiro conceito de *infecção*. Historicamente, o termo tem sido empregado no sentido de assinalar a presença de microrganismos nos tecidos do hospedeiro sem que isso necessariamente signifique doença. Devido a um processo de degradação semântica, ao longo do tempo, o termo passou a ser utilizado como sinônimo de doença infecciosa.<sup>11</sup> O termo *infecção hospitalar ou nosocomial* é de origem grega: *nosos* = doença e *komeion* = tomar cuidado. São infecções hospitalares aquelas adquiridas pelo paciente após a admissão no hospital, fora do período de incubação ou não-manifestas no ato da admissão, exceto se estiverem relacionadas à internação anterior no mesmo hospital; incluindo-se as que se manifestam após a alta, desde que relacionadas com a hospitalização. Se o período de incubação é desconhecido, e não havendo evidência clínica ou laboratorial de infecção no momento da admissão, será considerada como infecção hospitalar a manifestação clínica correspondente que ocorra após 72 horas de internação. Caso o processo infeccioso esteja relacionado com

os procedimentos invasivos realizados e manifeste-se antes desse período, também é considerado hospitalar.<sup>12</sup>

Torna-se necessário, ainda, redefinir o termo para mantê-lo coerente com seu significado atual. Na verdade, a idéia que o mesmo traduz é a de *infecção relacionada à assistência* – onde quer que seja realizada: ambulatório, domicílio, hospital-dia, instituição de longa-permanência, consultório, unidade móvel de assistência ou no hospital – histórico repositório de doentes.

Em que pese a conotação pejorativa que frequentemente associa-se à expressão IH, induzindo juízo antecipado de culpa ou à idéia de que a culpa é “das paredes” ou da edificação hospitalar em si, a verdadeira definição refere-se às infecções adquiridas devido às condições próprias do paciente ou a procedimentos assistenciais. A IH ligada às condições próprias do paciente enquadra-se em mau resultado, independentemente do ato assistencial, sendo fato excusável. Decorre da incapacidade do indivíduo de conviver harmonicamente com os agentes que o colonizam; enquanto aquela relacionada a procedimentos poderá recair em culpa, na dependência da impropriedade dessas manipulações.

Neves, incansável elucidador das verdades relacionadas à IH, papel esse a que as CCIH não se devem furtar, comentando um surto em berçário que culminou com a morte de bebês, ressalta que “as enterobactérias são veiculadas pelas mãos da equipe de saúde despreparada, negligente e omissa, não raro por falta de CCIH”.<sup>13</sup>

Altas taxas de IH não significam necessariamente má qualidade assistencial, podendo refletir também a prevalência de pacientes graves e susceptíveis na clientela e a inevitabilidade do emprego de métodos diagnósticos e/ou terapêuticos agressivos e/ou imunossupressivos. Os microrganismos, como todo ser vivo, no jogo pela vida, de tudo fazem para se perpetuar, criando mecanismos engenhosos de resistência.<sup>14</sup>

Cumpra, portanto, à CCIH desenvolver programa que avance, sem interrupções, mantendo metodologia uniforme de vigilância epidemiológica, traçando o nível endêmico da instituição e a previsibilidade estatística do caso, o que, inclusive, diante de processos judiciais, tem sido usado como defesa de instituições e profissionais.

No entanto, a importância maior dessa vigilância deve ser atribuída ao fato de que, por intermédio da mesma, obtém-se o conhecimento da situação real, para o que se objetiva: propor medidas administrativas coerentes e oportunas, ações preventivas e de controle, identificar causas, evitar ou controlar surtos, controlar procedimentos agressivos e/ou imunossupressivos, aplicar racionalmente técnicas de limpeza, desinfecção, esterilização, antibioticoprofilaxia e antibioticoterapia, ministrar trei-

namentos, promover cursos, desenvolver rotinas e protocolos.

A instituição e a continuidade de um programa de CIH promovem a melhoria da qualidade assistencial e educacional, a proteção do paciente e circunstantes – objetivo máximo da assistência: *Primum non nocere* (primeiro, não ser nocivo; i.e., antes de mais nada, evitar iatrogenia). Além disso, reduz custos: da assistência direta ao paciente, social e financeira; dos reflexos negativos da IH – realimentadores dos conflitos e da insegurança na comunidade, dos profissionais de saúde e dos administradores; o incalculável custo de dor, sofrimento, morte e agravos psicológicos; e o custo do desequilíbrio ecológico pela emergência de resistência microbiana e seleção da microbiota.

A CCIH, composta de equipe multiprofissional, deve conhecer a realidade da sua instituição, a fim de traçar o programa mais adequado para ela, guardadas as características que lhe sejam peculiares. Um exemplo é o estudo de Almeida e Pedrosa, que, utilizando critérios diagnósticos para IH em instituições de longa permanência, estudaram-nas em hospital público psiquiátrico, identificando as características epidemiológicas e as principais alterações clínicas desses pacientes. Encontraram taxa global de 6,7 por 1000 pacientes/dia, sendo 56% de infecções respiratórias, das quais 50% eram viróticas; 38,9% de olhos, ouvidos, nariz e garganta; 5,6% de pele e partes moles.<sup>15</sup> O conhecimento dos principais tipos de infecções que acometiam os pacientes da referida instituição ajudou a nortear a adoção de medidas preventivas visando à sua redução.

Lopes<sup>16,17</sup> pesquisou prospectivamente em hospital público pediátrico em Belo Horizonte, utilizando-se da metodologia do National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS) e encontrou taxas que oscilaram em torno da média característica global de 13,8 IH por 1000 pacientes/dia, em 1993, e de 4,8 IH por 1000 pacientes/dia, em 1997. Houve diferença entre as medianas das taxas de I.H. por 1000 pacientes/dia, que apresentaram tendência de redução, ao comparar cada ano, a partir de 1993, com os subsequentes, até 1997 (teste da mediana de Kruskal Wallis; e teste de Bonferroni ao nível de significância de 0,5%), demonstrando a importância de medidas intervenientes, tomadas no decorrer do período.

Estudo em hospital filantrópico de Belo Horizonte, a fim de identificar fatores de risco associados à infecção de sítio cirúrgico, por Machado (1997), avaliou 5.607 procedimentos cirúrgicos, considerando as três variáveis do índice NNISS/CDC: estado clínico do paciente segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia, grau de contaminação da ferida operatória, duração do procedimento cirúrgico e mais seis fatores: idade, sexo,

duração da hospitalização pré-operatória, inserção de prótese, urgência do ato cirúrgico e procedimento sob anestesia geral. Utilizou-se o modelo de regressão logística que pode prever significativamente a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico na população estudada. Tal estudo ofereceu importante contribuição para o Serviço, enfatizando a necessidade de diminuição da duração da hospitalização pré-operatória, a fim de se prevenir a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico.<sup>18</sup>

**INSTRUMENTOS LEGAIS NORTEADORES**

A Portaria 2.616/98 do Ministério da Saúde – vigente até o presente momento – que revogou a Portaria 930/92, a qual exigia a existência de Serviços e de Comissões de CIH, explicita as competências dos membros executores e consultores que passou a exigir para a CCIH (Quadro 1).<sup>19,20</sup>

**Quadro 1 - Competências da CCIH**

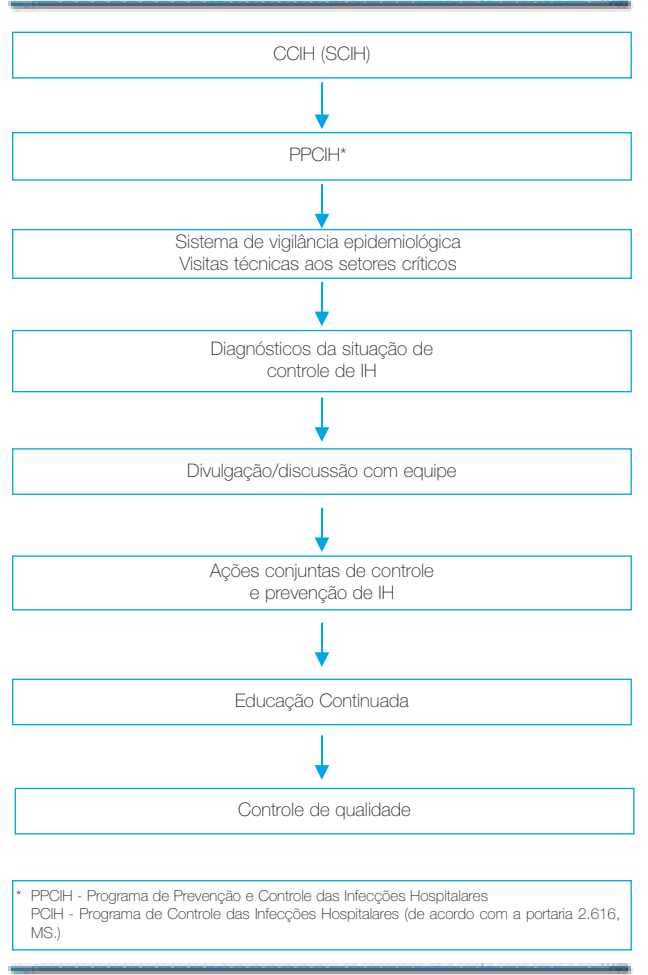
- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição.
- Avaliar periódica e sistematicamente as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica implantado e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores.
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos e implantar medidas de controle.
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar a situação de controle de infecção à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital, promovendo amplo debate.
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de microorganismos, por meio de medidas de precauções e isolamento e de uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares.
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição.
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais.
- Elaborar regimento interno para a CCIH.
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e fornecer as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades.
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória).
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções, associados à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Fonte: Portaria do Ministério da Saúde 2.616 de 12 de maio de 1998.

Martins<sup>20</sup> propõe dinâmica de atuação da CCIH na instituição em que a implantação de um sistema de vigilância epidemiológica é o primeiro passo, pois possibilita o conhecimento da realidade da instituição e direciona as ações de

controle. A partir daí são definidas metas, que devem ser reavaliadas periodicamente (Fluxograma 1).<sup>20</sup>

**Fluxograma 1 - Roteiro da atuação da CCIH do HC-UFMH na prevenção das IH**



Fonte: Martins, MA. Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. Reprodução com permissão da autora.

Montesquieu já disse que “uma coisa não é justa porque é lei, mas deve ser lei porque é justa”. Brevemente, novo papel para os membros da CCIH será incorporado.

**O NOVO PAPEL DAS COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES**

Com a municipalização das atividades de Vigilância Sanitária em Belo Horizonte, prerrogativa legal obtida com a sanção da Lei Municipal 7.031/96, foi estabelecida a obrigatoriedade de implantação e manutenção de CCIH em todos os Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) que executarem procedimentos invasivos, em regime de internação ou não. À CCIH determinou-se: implementação e manutenção de sistema ativo de vigilância epidemiológica de infecções e de doenças de noti-

ficação compulsória, notificação regular de ocorrência de surtos de infecção, disponibilização de dados e informações referentes ao Programa de CIH que devem ser apresentadas à Fiscalização Sanitária.

A Portaria SMSA-SUS-BH 024/99 estabeleceu Roteiro de Vistoria Fiscal para cada setor do EAS e, entre esses, o específico para a CCIH verifica sua estrutura, o tipo de vigilância realizada, seu regimento e seus recursos, exigindo, inclusive: dois profissionais de nível superior com horas exclusivas, sendo um deles do Serviço Médico e o outro, do Serviço de Enfermagem.<sup>21</sup>

Pela primeira vez, para Belo Horizonte, um documento legal, passível de sanções imediatas e objetivas, torna obrigatória a presença do médico na CCIH. Todos os dispositivos anteriores, federais e estaduais, recomendavam enfermeiros e/ou enfermeiros e farmacêuticos. É um marco histórico coerente, uma vez que cria determinações para viabilizar exigências da própria Portaria MS 2616 quanto ao uso racional de antimicrobianos e a metodologia de vigilância, como competências da CCIH.

O maior avanço consiste na Portaria SMSA-SUS/BH 015/2001, que, além de atualizar os roteiros da Portaria 024/99, passa a avaliar não só a estrutura, mas também alguns indicadores de processos e resultados dos EAS. O somatório da pontuação obtida passa a resultar na seguinte classificação: Regular (até 55%), Bom (56% a 84%) e Muito Bom (85% a 100%). Essa classificação norteia a concessão de alvará e de selo de qualidade pela equipe responsável pela fiscalização sanitária de EAS. Além disso, o recebimento do alvará fica condicionado à aprovação do EAS em cada um dos seguintes roteiros: de CCIH, Farmácia, Laboratório e Gerenciamento de resíduos.<sup>22</sup>

Vislumbra-se, portanto, papel importantíssimo das CCIH, que, além de atuarem eficiente e eficazmente, em integração com a Fiscalização Sanitária, poderão transformar o momento da vistoria do EAS em salutar troca de experiência educativa. O esforço dessas duas instâncias poderá ser potencializado, no sentido de alcançarem a efetividade para a melhoria da qualidade assistencial no município de Belo Horizonte.

Não se pode negar, no entanto, a função precípua da autoridade sanitária, na sua prerrogativa de atuar, quando necessário for, pois a necessidade de instância censora e fiscalizadora ainda existe em nosso meio. Starling ressalta que a qualidade do CIH está relacionada ao nível de organização de uma sociedade e é marcador de como os direitos humanos são respeitados e de como isso é percebido pelas diferentes populações.<sup>23</sup>

## DO CONTROLE DE INFECÇÃO AO GERENCIAMENTO PELA QUALIDADE

As causas da infecção hospitalar enquadram-se dentro de uma ótica multifatorial. Assim sendo, as medidas de controle não podem se restringir apenas ao estudo do paciente e dos microrganismos. Devemos ampliar a abordagem para todo o processo assistencial. Para o aprimoramento da assistência à saúde, é estreita a relação entre o controle de infecção e o de qualidade: ambos partem da abordagem epidemiológica, coletando e interpretando dados, gerando informações para avaliação e adequação de estrutura, processo e resultados.<sup>24</sup>

A ocorrência de IH é resultado indesejável, mas nem sempre é sinônimo de *falha*; nem todas as deficiências repercutem em infecções, as quais, por sua vez, ocorrem com frequência, independentemente de erro.

A busca da qualidade sempre permeou a evolução do homem na Terra. O significado de “qualidade” depende dos valores e perspectivas de quem a define. O julgamento da qualidade assistencial deve estar de acordo com o conhecimento técnico-científico e com valores e expectativas individuais e sociais, o que conduz as CCIH a promoverem equilíbrio entre esses critérios e a definirem a expectativa prioritária.

O papel das CCIH – visto como o fiel da balança dos princípios éticos, científicos, sociais e ecológicos – poderia ser resumido, utilizando-se de analogia com a obra de Goulart<sup>25</sup>, *Nos ermos e nas brumas da Serra do Espinhaço*, que narra primorosa viagem histórica, de enorme carinho ecológico. A Serra do Espinhaço, uma montanha viva, em transformação, eixo de tantas histórias, serviu de marco de orientação para o desbravamento e a colonização das gerais. É serra divisora do cerrado e da mata atlântica.

É fundamental que todos os profissionais da organização entendam que o CIH depende muito mais deles próprios do que das leis que se lhes impõem e que têm a CCIH como catalisadora do estudo, da reciclagem, da educação continuada, de sua conscientização, conhecimento, organização, humanização, mudança de comportamento e de paradigma. Enfim, do assumir a sua cidadania. A transformação da organização é responsabilidade de todos.<sup>26</sup>

## SUMMARY

Nosocomial infection is an important public health problem. Legal requirements enforces the expectation that hospitals establish formal infection control programs. Systematically collected and analyzed data on cross-infection rates showed to clinicians motivates everybody to seriously address the problem. Since it is necessary to know outcomes, to improve the quality of health care, to standardize medicines and medical supplies and equipments, to perform continuous education, to make guidelines and to manage using continuous quality improvement tools -

balancing many different wishes, the infection control committee is established - being a multidisciplinary teamwork. It is high time to make the words hospital infection more understandable to present days! It means infection associated to the health care – wherever it is provided. The professional staff committees must know the epidemiology of the medical center, take prevention measures and perform a program to enhance the quality of health care and health education, to protect patients and stand-bys, to reduce health care financial and social costs; and the pain, distress, psychological harms and death. The infection control committee and the health surveillance team can exchange knowledge on health education during the latter work on accreditation of hospitals. It would function as a task force to improve the quality of health care in the city of Belo Horizonte. It is a key point to understand that prevention and control of nosocomial infections is much more a matter of citizenship and human rights than that of legal issues. The transformation of the organization is everybody's job!

**Keywords:** Nosocomial Infection; Public Health; Infection Control; Cross-Infection; Quality of Health Care; Professional Staff Committees; Epidemiology; Health Education; Health Surveillance

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Starling CEF, Couto BRGM, Pinheiro SMC. Applying the Centers for Disease Control and Prevention and National Nosocomial Surveillance System methods in brazilian hospitals. *Am J Infect Control* 1997;303-11.
- 2- Haley RW, Quade D, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121:182-205.
- 3- Huskins WC, Soule BM. A global perspective on the past, present and future of nosocomial infection prevention and control. *Am J Infect Control* 1997; 25:289-93.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 de 12 maio 1998. *Diário Oficial União* 1998 Maio 13. p.133-5.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 196 de 24 jun. 1983. *Diário Oficial da União* 1983 Jun 24. p.11319-23.
- 6- Neves J. Infecção hospitalar no contexto da formação dos profissionais da saúde. In: Neves J. *Ensaio médico - educativos e sociais*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1996. p.281-99.
- 7- Gontijo Junior OM. Avaliação das comissões de controle de infecção hospitalar em Belo Horizonte. Proposta para incremento da resolutividade. [Tese] Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 1991.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 930 de 27 ago. 1992. *Diário Oficial União* 1992 set 4.
- 9- Vinhal AMF, Mendonça MTX, Mendonça MM. Impacto da Portaria 930/92 do Ministério da Saúde sobre as comissões de controle de infecção hospitalar dos hospitais acima de 100 leitos de Belo Horizonte, uma avaliação a partir da tese de doutoramento de Oswaldo Gontijo Junior, 1991. Belo Horizonte; 1996.
- 10- Lopes JMM. Ciência, medicina e sociedade: a tarefa de mudar o rumo. *Rev Med Minas Gerais* 1999; 9:122-5.
- 11- Neves J. Interação entre os agentes das infecções e o hospedeiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial de Minas Gerais; 1987.
- 12- Starling CEF, Couto BRGM, Pinheiro SMC. Descrição original do NNIS. In: *Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares na prática diária (Ensaio)*. Belo Horizonte: Cuatiara, 1993. p.124-99.
- 13- Neves J. Bebês morrem de infecção hospitalar. In: Neves J. *Medicina: órfã de humanismo. Algo vai mal na Medicina brasileira*. Belo Horizonte: Armazém de Idéias; 2001. p.70-2.
- 14- Lopes JMM. Microorganismos driblam a vida no jogo da morte. *Jornal Estado de Minas* 1996 Jan. 28. *Caderno de Ciência e Tecnologia*.
- 15- Almeida RC, Pedrosa ERP. Nosocomial infection in long-term care facilities. A survey in a brazilian psychiatric hospital. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1999; 4(6):365-70.
- 16- Lopes JMM. Estudo do perfil epidemiológico das infecções hospitalares no Centro Geral de Pediatria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.
- 17- Lopes JMM, Tonelli E, Lamounier JA, Couto BRGM, Siqueira AL, Starling CEF, et al. Prospective surveillance applying the national nosocomial infection surveillance methods in a Brazilian pediatric public hospital. *Am J Infect Control* 2002; 30:1-7.
- 18- Machado GPM. Infecção no sítio cirúrgico: avaliação de índice de risco de ocorrência do evento em pacientes admitidos em hospital geral de Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.
- 19- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2616 de 12 de maio 1998. *Diário Oficial da União* 1998 Maio 13. Sec. 1, p. 133-35.
- 20- Martins MA. Estruturação das Comissões e Serviços de Controle de Infecção. In: Martins MA. *Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle*. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.11-15.
- 21- Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Portaria SMSA/SUS-BH 024 de 24/03/1999. *Diário Oficial do Município* 1999 Abr 20.
- 22- Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Portaria SMSA/SUS-BH 015 de 24/07/1999. *Diário Oficial do Município* 2001 Jul. 24.
- 23- Starling CEF. Infection control in developing countries. *Curr Opin Infect Dis* 2001; 14:461-6.
- 24- Lopes JMM. Strategies for process improvement using a case-study: the waiting time experience for feed-back on lab results at Salt Lake Clinic. *Anais do XXX Congresso Brasileiro de Pediatria e Simpósio Internacional de Pediatria SBP/IPA/ALAPE/SOPERJ*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 1997.
- 25- Goulart EMA. Nos ermos e nas brumas da Serra do Espinhaço. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.
- 26- Lopes JMM. A bela e a fera e o controle de infecção hospitalar. *Jornal Estado de Minas* 1996 Maio 29. *Caderno Opinião*.