



Vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde



Maria Dolores Nogueira

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA



William Edwards Deming

1900-1993

Foi um estatístico americano, professor universitário, autor, consultor e promotor do conceito de qualidade total.

*“Não se **gerencia** o que não se **mede**,
não se **mede** o que não se **define**,
não se **define** o que não se **entende**,
e não há **sucesso** no que não
se **gerencia**”*

Vigilância das IRAS



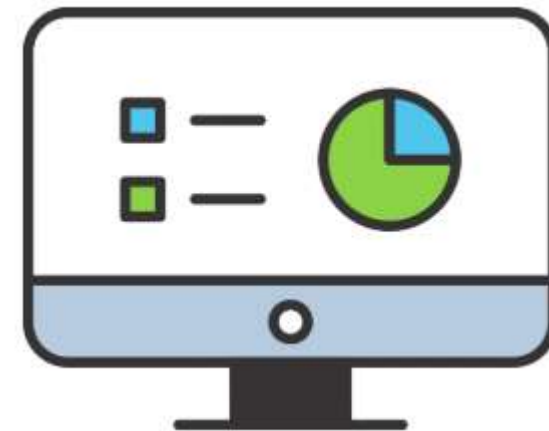
Observação ativa, sistemática e contínua

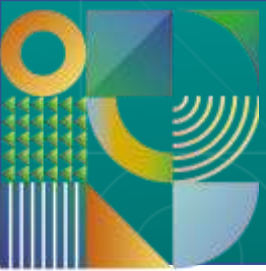


- Da ocorrência das IRAS
- Da sua distribuição
- E dos fatores e condições que podem contribuir para a sua ocorrência



A fim de executar oportunamente ações de prevenção e controle





Base legal sobre vigilância das IRAS



- **Lei nº 9431/1997** - dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecção hospitalar e determina que os hospitais devem constituir as comissões de controle de infecção hospitalar - CCIH.
- **Portaria nº 2616/1998** - define diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
- **RDC nº 63/2013** – Estabelece as Boas Práticas de Serviços de Saúde
- **RDC nº 36/2013** – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde
- Normas sanitárias específicas como a **RDC 07/2010 - UTI** e **IN 04/2010**





PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE 2021-2025

2. Objetivo Geral

Definir as metas e ações estratégicas nacionais para a prevenção e o controle das IRAS e da RM em serviços de saúde para o período de 2021 a 2025.

3. Objetivos específicos

1. Promover a implementação e o fortalecimento dos programas de prevenção e controle de IRAS, em todos os níveis de gestão e assistência.
2. Aprimorar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das IRAS e RM.
3. Ampliar o monitoramento da adesão às diretrizes nacionais e aos protocolos de prevenção e controle de infecções (PCI).
4. Reduzir nacionalmente a incidência das IRAS prioritárias.
5. Prevenir e controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes prioritários nos serviços de saúde.

Vigilância das IRAS e o PNPCIRAS



PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE
2021-2025

Objetivo específico 2: Aprimorar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das IRAS e da RM.

Meta 5 - Até 2025, 95% dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica ou neonatal e dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos notificando seus dados de IRAS e RM com regularidade de 10 a 12 meses do ano.

Vigilância das IRAS e o PNPCIRAS



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

2021-2025

Objetivo específico 4: Reduzir nacionalmente a incidência das IRAS prioritárias.

Meta 8 - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada, em âmbito nacional, de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central).

Meta 9 - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada em âmbito nacional de Infecção de Trato Urinário (ITU) associada à cateter vesical de demora (CVD).

Vigilância das IRAS e o PNPCIRAS



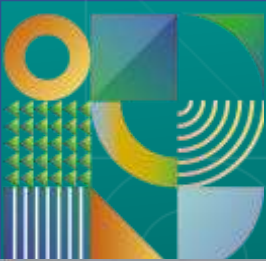
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2021-2025

Objetivo específico 5: Prevenir e controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes prioritários nos serviços de saúde.

Meta 10 – Até 2025, reduzir a incidência de *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central).

Meta 11 - Até 2025, reduzir a incidência de *Acinetobacter* spp. resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central).



Vigilância das IRAS como um elemento essencial do PCIRAS/OMS

1. Programas de PCIRAS estruturado
2. Guias baseados em evidências
3. Educação e treinamento
- 4. Vigilância da IRAS**
5. Estratégias multimodais
6. Monitoramento, avaliação e retroalimentação
7. Carga trabalho, equipe e ocupação de leitos
8. Ambiente predial, materiais e equipamentos



Guidelines on Core Components
of Infection Prevention and Control
Programmes at the National and Acute
Health Care Facility Level



Notas Técnicas Vigentes

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2025

Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em

23/01/2025 14h35 Arquivo

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 02/2025

Orientações para a notificação dos Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resis

03/01/2025 15h42 Arquivo

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025

Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde de notificação nacional obrigatória – ano: 2025

02/01/2025 17h12 Arquivo

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 02/2022 - atualizada em 12/12/2024

Orientações para identificação, prevenção e controle de infecções por *Candida auris* em serviços de saúde – atualizada em 12 de dezembro de 2024

16/12/2024 15h11 Arquivo

NOTA TÉCNICA CONJUNTA ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 01/2024

Orientações para prevenção, controle, diagnóstico e tratamento de infecções por *Micobactérias não tuberculosas/Micobactérias de Crescimento Rápido (MNT/MCR)* em pacientes submetidos a procedimentos invasivos

02/12/2024 16h15 Arquivo

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 04 / 2025

Orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos (RAM) em serviços de diálise – ano: 2025

02/01/2025 17h12 Arquivo

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 05 / 2025

Orientações para a vigilância das endoftalmites relacionadas aos procedimentos oftalmológicos invasivos – ano: 2025

21/01/2025 14h48 Arquivo

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 06/2025

Orientações para a notificação de surtos infecciosos em serviços de saúde.

**ANVISA**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2025

Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde – ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 02/2025

Orientações para a notificação dos Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos (RAM) - Ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025
Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à
assistência à saúde de notificação nacional obrigatória –
ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 04 / 2025
Orientações para vigilância das infecções
relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e
resistência aos antimicrobianos (RAM) em serviços
de diálise – ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 05 / 2025

Orientações para a vigilância das endoftalmítes relacionadas aos procedimentos oftalmológicos invasivos – ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 06/2025

Orientações para a notificação de surtos infecciosos em serviços de saúde

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 17 fevereiro de 2025

NOTA TÉCNICA CONJUNTA ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 01/2024

Orientações para prevenção, controle, diagnóstico e tratamento de infecções por Micobactérias não tuberculosas/Micobactérias de Crescimento Rápido (MNT/MCR) em pacientes submetidos a procedimentos invasivos

Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde

Brasília, 02 de dezembro de 2024

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 02/2022

Orientações para identificação, prevenção e controle de infecções
por *Candida auris* em serviços de saúde

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Publicada em: 14 de fevereiro de 2022
Atualizada em 07 de outubro de 2022
Atualizada em 11 de dezembro de 2024

Brasília, 11 de dezembro de 2024

Vigilância das IRAS em Oftalmologia



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 05 / 2025

Orientações para a vigilância das endoftalmites relacionadas aos procedimentos oftalmológicos invasivos – ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025

Sumário

1. Introdução	4
2. OBJETIVO E ESCOPO	6
Objetivo	6
Escopo	6
3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PACIENTES PARA VIGILÂNCIA, MONITORAMENTO E NOTIFICAÇÃO NACIONAL DAS ENDOFTALMITES RELACIONADAS A PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS INVASIVOS	7
Critérios de Inclusão de pacientes	7
Critérios de Exclusão de pacientes	7
4. VIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO DOS DADOS DOS INDICADORES NACIONAIS OBRIGATÓRIOS RELACIONADOS AOS PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS INVASIVOS	8
Por que notificar?	8
Quem e quando deve notificar os dados?	8
Como identificar os dados a serem notificados?	12
I. Taxa de Endoftalmites relacionadas a Facectomia (cirurgia de catarata)	12
II. Taxa de Endoftalmites relacionadas a injeção intravítreo de medicamentos	14
Onde notificar os dados?	16
Orientações para preenchimento dos formulários de notificação	25
Situação 1 – quando o serviço utiliza a opção RETORNAR MAIS TARDE:	28
Situação 2 – quando o serviço NÃO utiliza a opção RETORNAR MAIS TARDE:	31
5. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ENDOFTALMITE RELACIONADA A PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS INVASIVOS	33

Orientações para vigilância das IRAS



Sumário

1. Objetivo	4
2. Escopo.....	4
3. Vigilância das IRAS e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde.....	5
3.2 O que é vigilância das IRAS?	5
3.3 Por que fazer vigilância das IRAS e resistência aos antimicrobianos?	6
3.4 Como realizar a vigilância das IRAS?	7

PARA TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE

.....	7
.....	9
.....	10
.....	13
.....	23
.....	23
.....	25
4.3 Quem e quando se deve notificar?	35
4.4 Onde notificar?	36
5. Divulgação dos dados	37
6. Recomendações finais	38

Anexo 1 - Modelo de Checklist de verificação das práticas de inserção segura de cateter central (VPIS-CC) para aplicação na UTI adulto

Anexo 2 - Orientações para a notificação do consumo de antimicrobianos.....

Brasília, 02 de janeiro de 2025



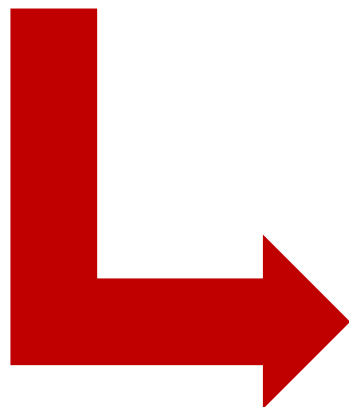
Objetivo da Vigilância das IRAS

- Obter taxas que permitam conhecer a realidade do serviço e a determinação de parâmetros aceitáveis;
- Orientar estratégias e prioridades de prevenção e controle de infecções, bem como avaliar a efetividade e o impacto das intervenções;
- Determinar áreas ou situações que requeiram atuação especial da equipe de controle de infecção, da gestão ou de outros profissionais do serviço
- Avaliar os fatores que possam estar associados ao aumento ou diminuição da ocorrência das infecções;
- Detectar surtos em tempo oportuno;
- Avaliar se as medidas de prevenção e melhorias adotadas estão sendo efetivas;
- Identificar prioridades e desenvolver normas e políticas públicas direcionadas a partir dos dados obtidos.
- Possibilitar *benchmarking* e avaliar tendências ao longo do tempo;

Principais elementos da vigilância das IRAS:

- Definição dos eventos a serem vigiados e monitorados
- Definição dos tipos e métodos de vigilância
- Coleta sistemática dos dados
- Consolidação, tabulação e análise dos dados
- Notificação dos dados
- Divulgação dos dados

(adaptado de APECH, 2007.Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar)



**IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS DE
CONTROLE (INTERVENÇÃO).
AFERIÇÃO E AVALIAÇÃO DOS DADOS PÓS
INTERVENÇÃO.**

Coleta sistemática de dados

- Elaborar/definir os **instrumentos de coleta de dados**, que devem ser simples, de fácil preenchimento e objetivo



- Os instrumentos de coleta de dados devem contemplar informações para que se obtenham dados que sejam suficientes para fechamento dos critérios diagnósticos de IRAS e que comporão o numerador e o denominador dos indicadores a serem monitorados

Estratégia a serem utilizadas para busca ativa dos dados para o numerador:

- Visitas nas unidades
- Participação das visitas multidisciplinar
- Avaliação do paciente a beira leito
- Busca nos prontuários e outros registros do hospital
- Formar parcerias:
 - Laboratório de microbiologia
 - Farmácia hospitalar
 - Profissionais dos setores que estão sob vigilância



Finalizado o mês de vigilância e de posse do conjunto de informações obtidas durante a coleta de dados, a equipe que realiza a vigilância das IRAS irá primeiramente analisar os dados individuais de cada paciente, para definir e computar aqueles que possuem o diagnóstico de IRAS e descartar o restante (ou continuar a monitorá-los).

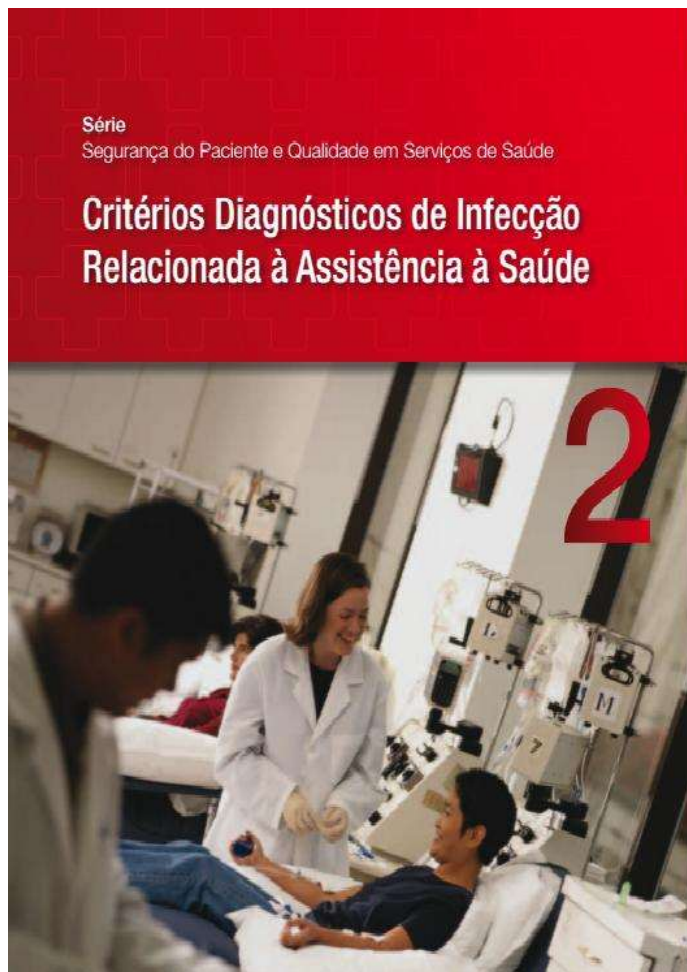


**PARA ESSA ETAPA DEVERÁ UTILIZAR OS CRITÉRIOS
DIAGNÓSTICOS DE IRAS PUBLICADOS PELA ANVISA**



Critérios Diagnóstico das IRAS

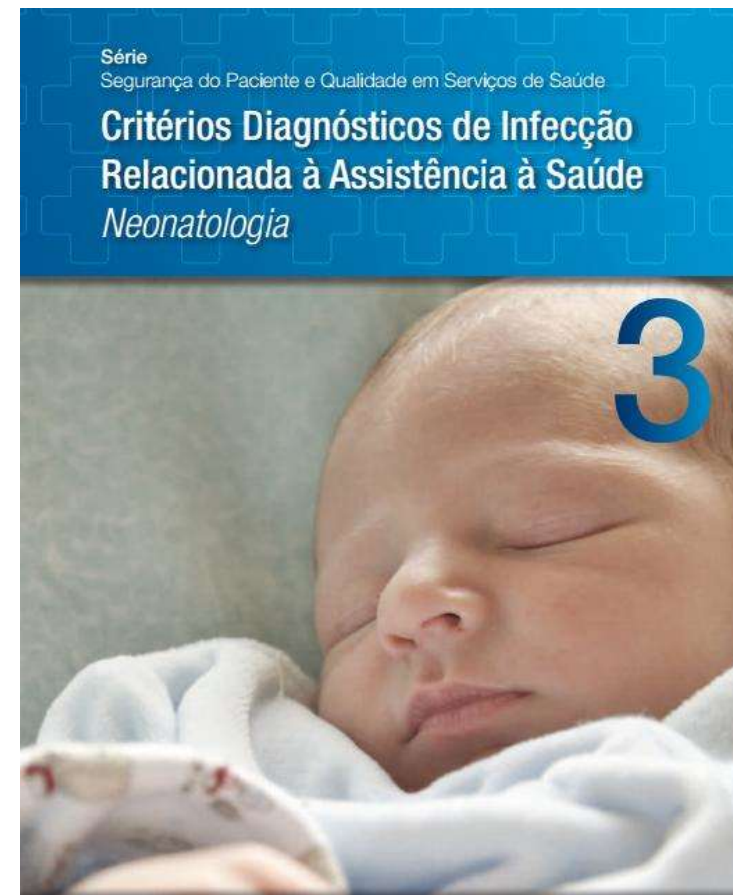
Critérios Diagnósticos de IRAS



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025
Critérios Diagnósticos das Infecções relacionadas à
assistência à saúde de notificação nacional obrigatória –
ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025



Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Anvisa



Critérios Diagnósticos de IRAS

SUMÁRIO



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025
Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à
assistência à saúde de notificação nacional obrigatória –
ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025

1. Introdução	5
2. Conceitos, orientações gerais e exemplos para a aplicação dos critérios diagnósticos	8
a. Período de janela da infecção	8
b. Data da infecção	9
c. Infecção presente na admissão	10
d. IRAS associada ao uso de dispositivos invasivos	11
e. Unidade/Serviço de atribuição da infecção	18
f. Prazo para infecções de repetição (PIR)	19
g. Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS)	26
h. Cateter central	27
i. Pneumonia	29
j. Infecção do trato urinário sintomática (ITU)	29
3. Critérios Diagnósticos das IRAS associadas a dispositivos invasivos, de notificação obrigatória	31
Referências	81
ANEXO 1 Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) Secundária	84
ANEXO 2 Checklist dos itens a serem observados nos critérios diagnósticos de IRAS associadas a dispositivos invasivos	95



Cadernos de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde 2024 - VERSÕES PRELIMINARES/NÃO FINALIZADAS/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

Publicado em 14/11/2024 16h22 | Atualizado em 14/11/2024 17h15

Compartilhe: [f](#) [in](#) [wh](#) [l](#)

CADERNO 1 - ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h12 Arquivo

CADERNO 2 - CRITÉRIOS IRAS - NOV. 2024- ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h12 Arquivo

CADERNO 3 - NEONATOLOGIA - NOV. 2024- ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h13 Arquivo

CADERNO 4 - PREVENÇÃO IRAS - NOV 2024- ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h14 Arquivo

CADERNO 5 - INVESTIGACAO EA - NOV 2024- ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h14 Arquivo

CADERNO 6 - IMPLANTAÇÃO NSP - NOV 2024- ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h14 Arquivo

CADERNO 7 - GESTÃO DE RISCOS E INVESTIGAÇÃO DE EA - NOV. 2024- ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h14 Arquivo

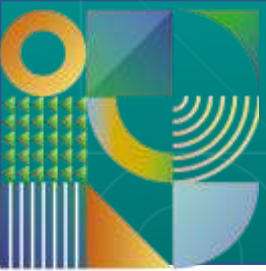
CADERNO 8 - OBSTETRÍCIA - NOV 2024- ASSISTÊNCIA SEGURA - NOV. 2024 - VERSÃO PRELIMINAR/NÃO FINALIZADA/AGUARDANDO O ENVIO DE SUGESTÕES

14/11/2024 17h14 Arquivo



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

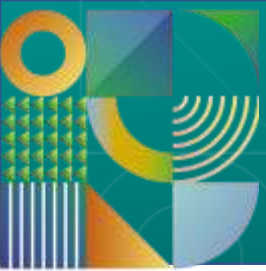


Critérios Diagnósticos de IRAS

Definição de Caso

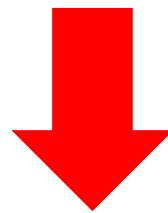


Estabelece o que é uma IRAS do ponto de vista epidemiológico!!!



Critérios Diagnósticos de IRAS

Possibilitar a comparabilidade dos dados obtidos pela vigilância da IRAS.



Traçar, de forma mais fidedigna, o perfil epidemiológico das infecções



Infecção do
trato urinário



infecção do
trato urinário



Infecção
do trato
urinário



Infecção do
trato urinário

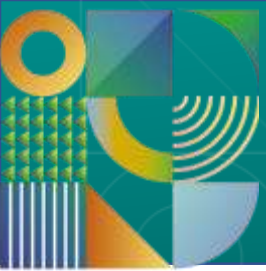


Infecção do
trato urinário

A definição dos critérios diagnósticos de IRAS leva em consideração:



Identificadas durante a busca ativa!



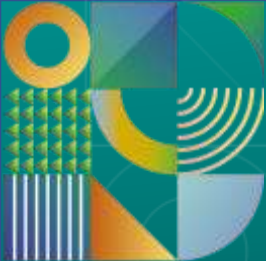
Critérios Diagnósticos de IRAS

Como fazer uso dos critérios diagnósticos

- Informações coletadas durante a busca ativa
- Organização dos dados
- Discussão em equipe
- Aplicar os conceitos gerais e critérios específicos definidos na nota técnica e nos manuais



Conceitos gerais para aplicação dos Critérios Diagnóstico das IRAS



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Período de janela de infecção

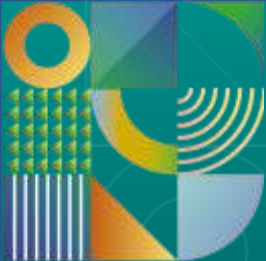




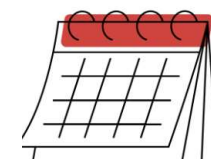
Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Período de janela de infecção

	-1	
	-2	
	-3	
	Data da coleta de amostra ou do exame de imagem*	
	+1	
	+2	
	+3	

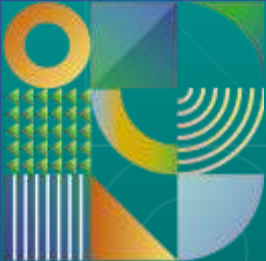


Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS



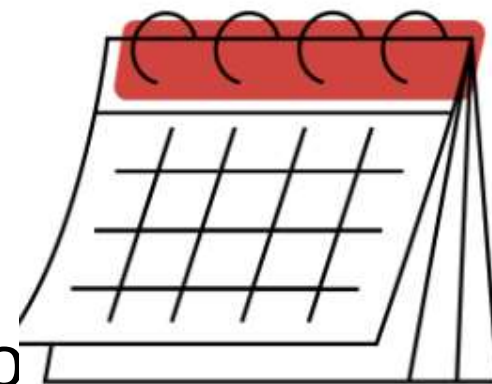
Quadro 4 – Exemplo de período de janela e data da infecção.

Data	Período de janela da infecção
04/01	
05/01	
06/01	
07/01	
08/01	Data da realização do exame laboratorial positivo
09/01	Sintoma
10/01	
11/01	Sinal
12/01	
13/01	

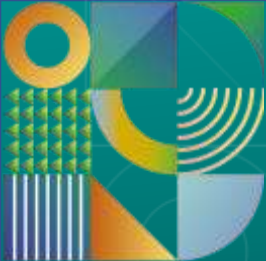


Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Data da infecção

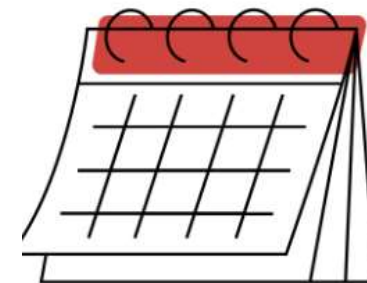


É a data em que o primeiro elemento (sinal, sintoma ou resultado de imagens ou laboratoriais) utilizado para a definição da infecção ocorreu dentro do período de janela de infecção de 7 dias.



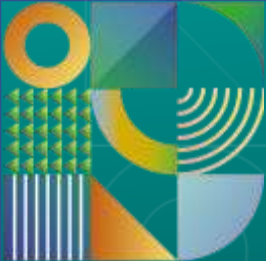
Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Data da infecção



A determinação adequada da data da infecção é fundamental para definir:

- Se a infecção é comunitária (IC) ou relacionada a assistência à saúde (IRAS).
- Se a infecção é associada ou não ao dispositivo invasivo.
- O local de atribuição da infecção.
- O primeiro dia da contagem do prazo para infecção de repetição

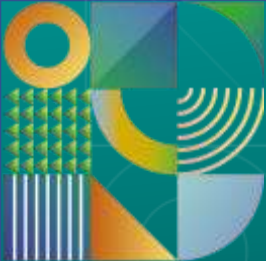


Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Quadro 5 – Exemplo de período de janela e data da infecção.

+

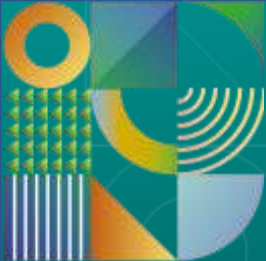
Dia	Período de janela da infecção
05/01	
06/01	
07/01	Sintoma X
08/01	
09/01	Data da realização do exame de imagem positivo
10/01	Data da realização do exame laboratorial positivo
11/01	
12/01	Sintoma Y
13/01	
14/01	



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Infecção presente na admissão

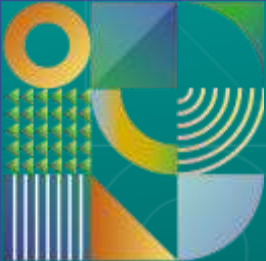
Uma infecção é considerada presente na admissão se a data da infecção ocorrer até o segundo dia de internação, ou seja, não será uma IRAS.



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Quadro 8 – Exemplo de data da infecção (infecção presente na admissão e IRAS)

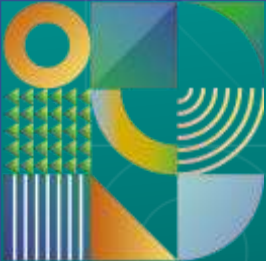
Dia de internação	Data da infecção	Classificação da infecção, de acordo com a data da infecção
D1	05/01	Infecção presente na admissão
D2	06/01	Infecção presente na admissão
D3	07/01	IRAS
D4	08/01	IRAS
D5	09/01	IRAS
D6	10/01	IRAS



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Data	Dia de internação	Período de janela de infecção/ Elementos de um critério
05/01	D1	
06/01	D2	Febre (38,6°C)
07/01	D3	
08/01	D4	
	D7	
12/01	D8	
13/01	D9	

**NÃO É UMA IRAS
É INFECÇÃO PRESENTE NA ADMISSÃO**

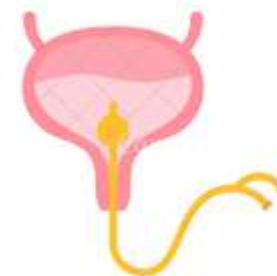


Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

IRAS associada a dispositivo invasivo

Para considerar infecção associada ao dispositivo invasivo (cateter central, ventilador mecânico, cateter vesical de demora), o paciente deve estar em uso do dispositivo:

- Por um período **MAIOR** que **DOIS** dias (sendo que o D1 é o dia de instalação do dispositivo)  então a **partir do D3**.
- Na data da infecção estava em uso do dispositivo ou havia removido no dia anterior.



Quadro 10 – Exemplo de como definir as IRAS associadas ao uso de dispositivo invasivo

Data da infecção	Uso do dispositivo invasivo	Infecção associada ou não ao dispositivo invasivo
05/01	Paciente sem dispositivo	Não associada
06/01	D1 - instalação do dispositivo invasivo	Não associada
07/01	D2	Não associada
08/01	D3	Associada
09/01	D4	Associada
10/01	D5	Associada
11/01	D6	Associada
12/01	D7	Associada
13/01	D8 - retirada do dispositivo invasivo	Associada
14/01	Paciente sem dispositivo	Associada
15/01	Paciente sem dispositivo	Não associada

Quadro 11 – Como definir IRAS associada ao uso de dispositivo invasivo quando o dispositivo for removido e instalado um novo dispositivo. Exemplo de IPCSL associada a cateter central:



Data da infecção	Uso do dispositivo invasivo	Infecção associada ou não ao dispositivo invasivo
05/01	Paciente sem dispositivo	Não associada
06/01	D1 - instalação do dispositivo invasivo (cateter central)	Não associada
07/01	D2	Não associada
08/01	D3	Associada
09/01	D4	Associada
10/01	D5 – retirada do dispositivo invasivo (cateter central)*	Associada
11/01	D6 – instalado novo dispositivo no paciente (PICC)*	Associada
12/01	D7	Associada
13/01	D8 - retirada do dispositivo invasivo (PICC)	Associada
14/01	Paciente sem dispositivo	Associada
15/01	Paciente sem dispositivo	Não associada

* Se o dispositivo for retirado em um dia e novo dispositivo for inserido no dia seguinte, deve-se continuar a contagem como se fosse o mesmo dispositivo, não sendo necessário iniciar uma nova contagem.

Quadro 13 – Como definir IRAS associada ao uso de dispositivo invasivo quando este for removido e instalado novo dispositivo. Exemplo de IPCS - associada a cateter central:



Data da infecção	Uso do dispositivo invasivo	Infecção associada ou não ao dispositivo invasivo
05/01	Paciente sem dispositivo	Não associada
06/01	D1 – Instalado cateter central	Não associada
07/01	D2	Não associada
08/01	D3	Associada
09/01	D4	Associada
10/01	D5 – retirada do cateter central	Associada
11/01	Paciente sem cateter central	Associada
12/01	D1 - instalado novamente o cateter central – reinicia a contagem	Não associada
13/01	D2	Não associada
14/01	D3	Associada

Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Local de atribuição da infecção

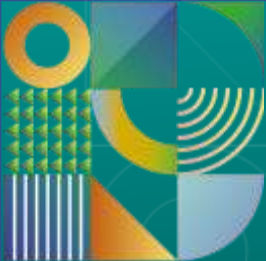
A infecção será atribuída à unidade na qual o paciente está internado na **data da infecção**.



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Local de atribuição da infecção



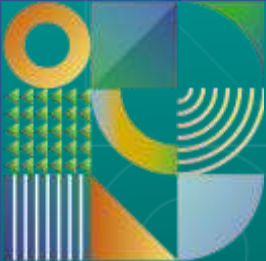


Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Prazo para infecções de repetição (PIR)

É o período de 14 dias, a contar da identificação de uma IRAS (a data da infecção é o D1 do Prazo para infecções de repetição - PIR), no qual nenhuma nova infecção do mesmo tipo (sítio ou topografia) deve ser computada, independentemente da identificação, nesse período, de outros microrganismos.

▪



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Prazo para infecções de repetição (PIR) - exemplo

Identificado uma IPCSL associada a cateter central causada por *Staphylococcus* coagulase-negativa, conforme definição do critério diagnóstico.

Após 16 dias da data dessa infecção, o paciente permaneceu com cateter central e teve febre $> 37,8^{\circ}\text{C}$, sendo coletada nova hemocultura no dia seguinte que identificou *Acinetobacter baumannii*, e nenhum outro foco infeccioso.

Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Data	Cateter central	Período de janela da infecção
02/01	D1 – instalação do dispositivo invasivo	
03/01	D2	
04/01	D3	
05/01	D4	Febre > 38°C
06/01	D5	Hemocultura positiva para <i>Staphylococcus</i> coagulase-negativa
07/01	D6	Hemocultura positiva para <i>Staphylococcus</i> coagulase-negativa
08/01	D7	
09/01	D8	

**Data da
infecção**

Data		Cateter central	Período de janela da infecção
Data da infecção →	02/01	D1 – instalação do dispositivo invasivo	
	03/01	D2	
	04/01	D3	
	05/01	D4	Febre > 38°C
	06/01	D5	Hemocultura positiva para <i>Staphylococcus</i> coagulase-negativa
	07/01	D6	Hemocultura positiva para <i>Staphylococcus</i> coagulase-negativa
	08/01	D7	
	09/01	D8	
	10/01	D9	
	11/01	D10	
	12/01	D11	
	13/01	D12	
	14/01	D13	
	15/01	D14	
	16/01	D15	
	17/01	D16	
	18/01	D17	
Data da infecção →	19/01	D18	Febre > 37,°C
	20/01	D19	
	21/01	D 20	Hemocultura positiva para <i>Acinetobacter baumannii</i>
	22/01	D 21	
	23/01	D 22	
	24/01	D22	



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Prazo para infecções de repetição (PIR) - **exemplo**

Definido critério diagnóstico para IPCSL associada a cateter central causada por *Staphylococcus* coagulase-negativa.

No 14º dias da data dessa infecção, o paciente, que permaneceu com cateter central, teve queda do estado geral. Foi coletada nova hemocultura que identificou *Acinetobacter baumannii*, e nenhum outro foco infeccioso.

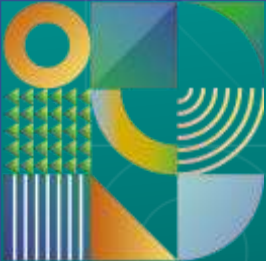
Data da
infecção



Data da
infecção



Data	Cateter central	Período de janela da infecção
30/12	Paciente mais de 2 dias de internação e sem dispositivo	
31/12	Paciente sem dispositivo	
01/01	Paciente sem dispositivo	
02/01	D1 – instalação do dispositivo invasivo	
03/01	D2	
04/01	D3	
05/01	D4	Febre > 38°C
06/01	D5	Hemocultura positiva para <i>Staphylococcus</i> coagulase-negativa
07/01	D6	Hemocultura positiva para <i>Staphylococcus</i> coagulase-negativa
08/01	D7	
09/01	D8	
10/01	D9	
11/01	D10	
12/01	D11	
13/01	D12	
14/01	D13	
15/01	D14	
16/01	D15	
17/01	D16	
18/01	D17	Hemocultura positiva para <i>Acinetobacter baumannii</i>
19/01	D18	
20/01	D19	
21/01	D20	



Conceitos Gerais dos Critérios Diagnósticos de IRAS

Prazo para infecções de repetição (PIR) - exemplo

Paciente com ITU associada a cateter vesical de demora no dia 02/01.
Foi de alta 5 dias após a data da infecção.

No dia 10/01 precisou ser internado novamente e foi instalado um cateter vesical de demora e no dia 13/01 (D4 do cateter) iniciou com febre e no dia 15/01 colheu urocultura que identificou *Enterococcus faecalis*.

Data	Cateter vesical de demora	Período de janela da infecção	Prazo para infecção de repetição
31/12	D4– do cateter vesical de demora		
01/01	D5		
02/01	Retirado o cateter	Febre > 38°C	Início da contagem do PIR 1
02/01	Neste caso, mesmo que o intervalo entre as datas das infecções seja inferior a 14 dias, como houve a alta do paciente, interrompeu-se a contagem do PIR e, portanto, devem ser consideradas duas infecções.	Urocultura com <i>E. coli</i>	2
			3
			4
			5
		Paciente recebe alta	6
			Interrompe a contagem do PIR
		Paciente internado novamente	
		Febre > 38°C	Início da contagem do PIR 1
14/01	D5		2
15/01	D6	Urocultura com <i>Enterococcus faecalis</i>	3
16/01	D7		4
17/01	D8		5
18/01	D9		



Critérios Diagnóstico das IRAS associadas a dispositivos invasivos de notificação obrigatória



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER CENTRAL

CHECKLIST DOS ITENS A SEREM OBSERVADOS PARA A DEFINIÇÃO DA INFECÇÃO

- 1 Idade do paciente
- 2 Tempo de uso do cateter
- 3 Resultados da Hemocultura
- 4 Sinais e sintomas
- 5 Coleta adequada da amostra de sangue
- 6 Período de janela de infecção
- 7 Data da infecção
- 8 Presença de infecção secundária



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

CHECKLIST DOS ITENS A SEREM OBSERVADOS PARA A DEFINIÇÃO DA INFECÇÃO

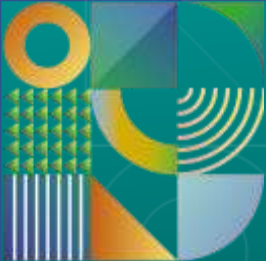
- 1 Tempo de uso do ventilador
- 2 Resultados de exames de imagens
- 3 Resultados de exames laboratoriais
- 4 Sinais e sintomas
- 5 Período de janela de infecção
- 6 Data da infecção
- 7 Exclusão de Microrganismos comunitários não associados à PAV



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER VESICAL DE DEMORA

CHECKLIST DOS ITENS A SEREM OBSERVADOS PARA DEFINIÇÃO DA INFECÇÃO

- 1 IDADE DO PACIENTE
- 2 TEMPO DE USO DO CATETER
- 3 VESICAL DE DEMORA
- 4 SINAIS E SINTOMAS
- 5 RESULTADOS DA UROCULTURA
- 6 COLETA ADEQUADA DA AMOSTRA DE URINA
- 7 PERÍODO DE JANELA DE INFECÇÃO
- 8 DATA DA INFECÇÃO

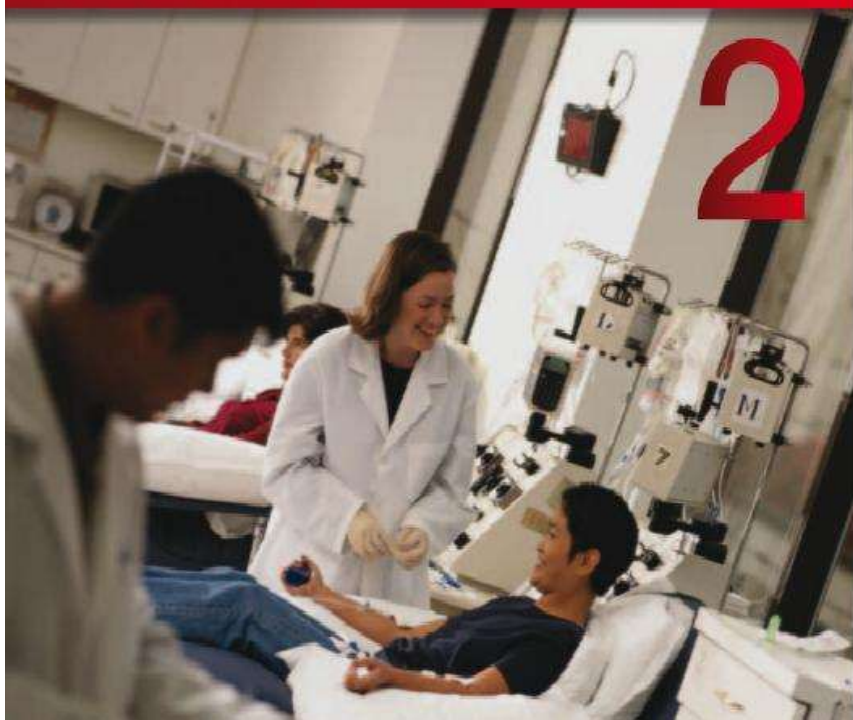


Critérios Diagnósticos de IRAS

Série

Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde

Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde



X

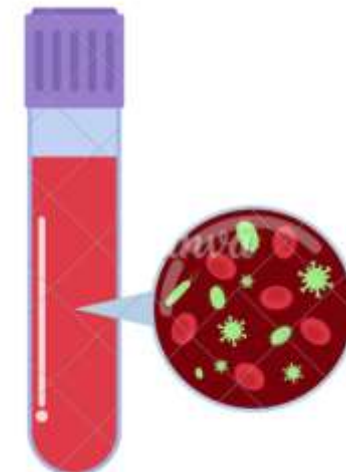


NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025
Critérios Diagnósticos das Infecções relacionadas à
assistência à saúde de notificação nacional obrigatória –
ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

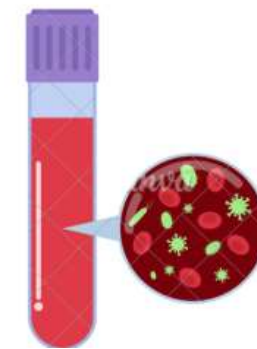
Brasília, 02 de janeiro de 2025

O que é uma IPCS?



É a presença de um ou mais microrganismos na corrente sanguínea, cuja origem não está relacionada a nenhum outro foco de infecção (foco primário), conforme definido nos critérios diagnósticos nacionais. Neste sentido, o foco primário é a própria corrente sanguínea

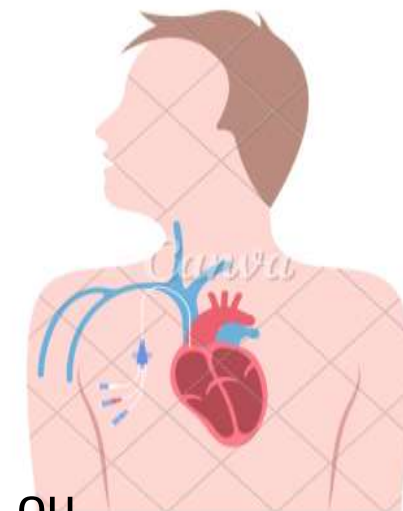
O que é uma IPCS associada a cateter central?



É uma IPCS que ocorre em um paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que, na data da infecção, o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.

O que é um Cateter central?

É um dispositivo intravascular cuja localização da sua terminação do cateter que deve estar posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso*.



Observação: São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e, em recém-nascidos, todo o cateter umbilical venoso ou arterial.

Tipos de cateteres centrais para fins de vigilância

Cateter central permanente:

- A. Cateter tunelizado, incluindo o cateter tunelizado de hemodiálise
- B. Cateter totalmente implantável, incluindo ports.

Cateter central temporário:

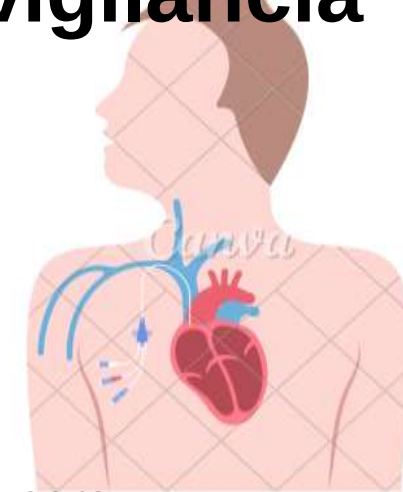
Cateter não tunelizado, cateter não implantável, incluindo cateter temporário para hemodiálise.

Cateter central de inserção periférica (PICC):

Dispositivo intravenoso, introduzido através de uma veia superficial ou profunda de um membro superior ou inferior até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior.

Cateter umbilical: dispositivo vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais.

Obs: Fios de marcapasso com lúmens e introdutor, dependendo da localização da sua extremidade distal (ponta), devem ser considerados com cateter central



Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS)

CRITÉRIO 1:

**IPCSL
CAUSADA POR
MICROORGANIS
MO
PATOGENICO
EM ADULTOS
E CRIANÇAS >
28 DIAS⁵**

Paciente adulto ou criança > 28 dias, apresenta microrganismo patogênico bacteriano ou fúngico, não incluído na lista de microrganismos comensais¹, isolado em amostra sanguínea²:

1. Identificado a partir de uma ou mais amostras de sangue obtidas em hemocultura

OU

2. Identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura³

E

3. O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso⁴

São testes moleculares, automatizados, realizados a partir de amostras de sangue. Estes testes podem utilizar, por exemplo, PCR multiplex, tecnologia de ressonância magnética miniaturizada ou sequenciamento de DNA de células microbianas para o diagnóstico microbiológico.

Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS)



NEONATAL

CRITÉRIO 1
IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo patogênico em recém-nascidos ≤ 28 dias

CRITÉRIO 2
IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em recém-nascidos ≤ 28 dias

CRITÉRIO 3:
IPCS , sem confirmação laboratorial, associada a cateter central em recém-nascidos ≤ 28 dias

CRITÉRIO 1
IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo patogênico > 28 dias

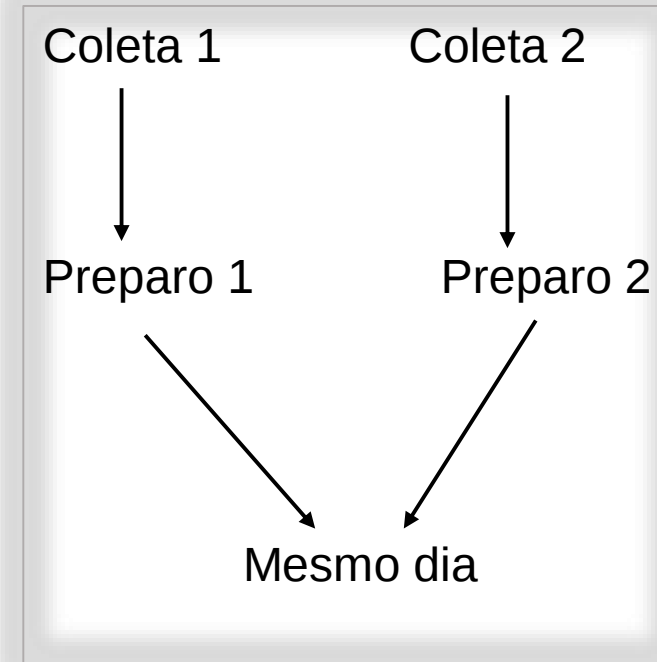
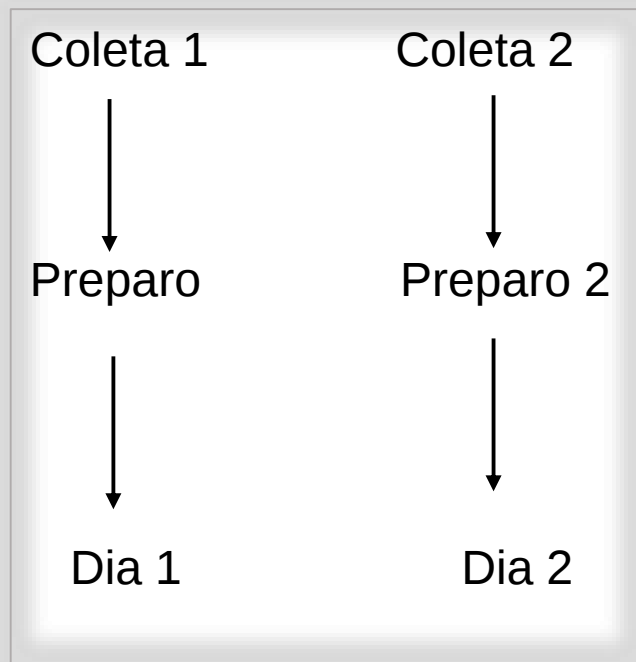
CRITÉRIO 2
IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele > 1 ano

CRITÉRIO 3
IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele > 28 dias e ≤ 1 ano

ADULTO E PEDIÁTRICO

Coleta de amostra

A frase “duas ou mais hemoculturas coletadas em momentos distintos” significa que:



Duas coletas de sangue de diferentes sítios:

- Diferentes punções venosas periféricas
- Combinação de uma punção venosa e coleta de um lúmen do cateter central
- Coleta de dois lumens diferentes de um mesmo cateter central (cada lúmen deve ser preparado de forma individual antes da coleta) – apenas em caso de exceção
- Duas coletas de sangue de um mesmo sítio (coletadas em diferentes horários)

Preparo

- Antissepsia de pele ou desinfecção do conector

Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS)



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER CENTRAL

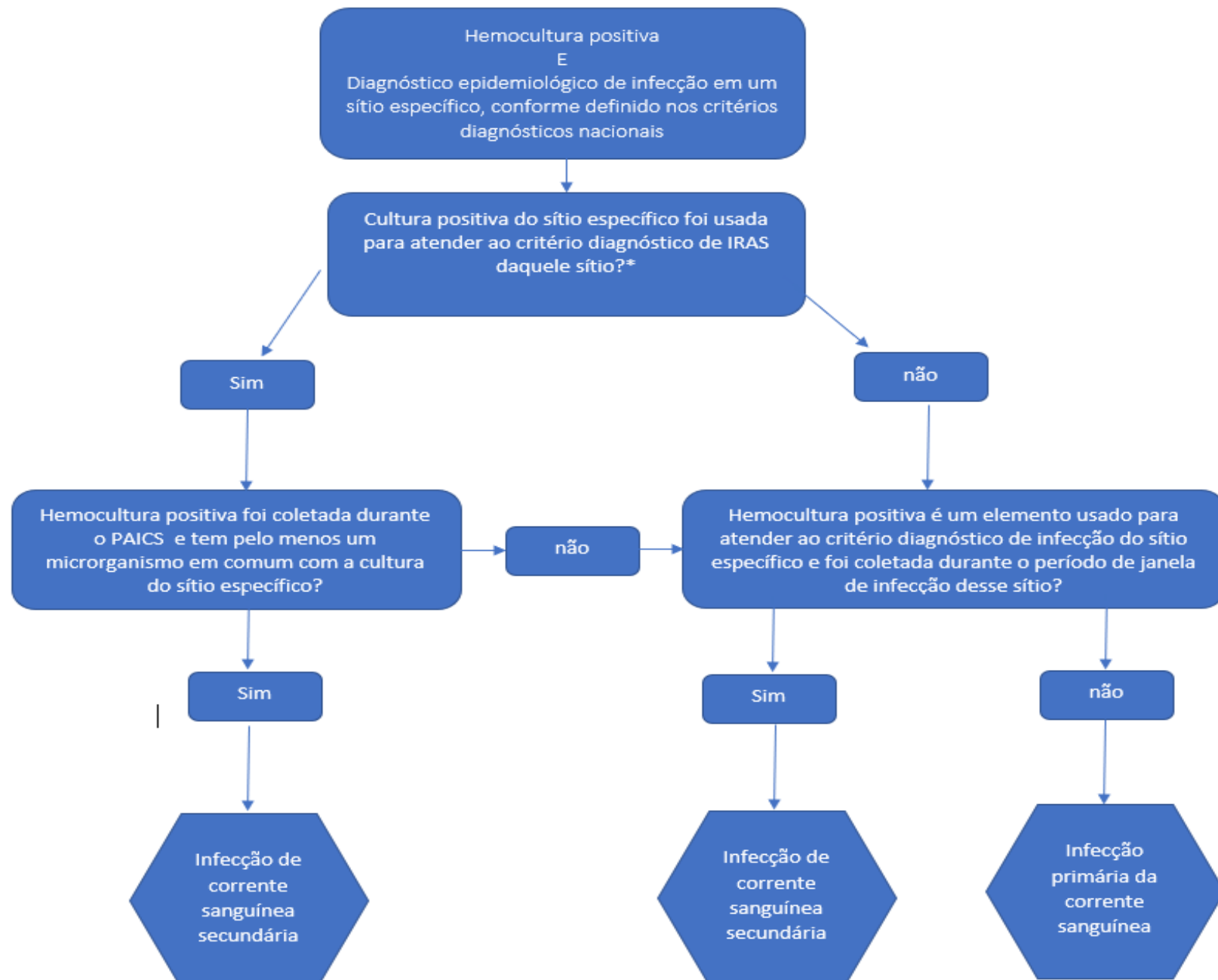
CHECKLIST DOS ITENS A SEREM OBSERVADOS PARA A DEFINIÇÃO DA INFECÇÃO

- ① Idade do paciente
- ② Tempo de uso do cateter
- ③ Resultados da Hemocultura
- ④ Sinais e sintomas
- ⑤ Coleta adequada da amostra de sangue
- ⑥ Período de janela de infecção
- ⑦ Data da infecção
- ⑧ Presença de infecção secundária



Infecção de corrente sanguínea secundária

Figura 1: ICS secundária.



Infecção de corrente sanguínea secundária



Data	Período de janela da infecção	Prazo para infecção de repetição	Período para atribuição de ICS secundária
30/12			
31/12			
01/01			
02/01			
03/01			Início da contagem do período de atribuição da ICS secundária
			1
04/01			2
05/01	Disúria	Início da contagem do prazo de infecção de repetição 1	3
06/01	Urocultura positiva para <i>E. coli</i>	2	4
07/01		3	5
08/01		4	6
09/01		5	7
10/01		6	8
11/01		7	9
12/01		8	10
13/01	Febre > 38°C	9	11
14/01	Hemocultura positiva para <i>E. coli</i>	10	12
15/01		11	13
16/01		12	14
17/01		13	15
18/01		14	16
19/01			
20/01			
21/01			
22/01			
23/01			
24/01			

Infecção de corrente sanguínea secundária

Data	Período de janela da infecção	Prazo para infecção de repetição	Período para atribuição de ICS secundária
30/12			
31/12			
01/01			
02/01			
03/01			Início da contagem do período de atribuição da ICS secundária
04/01			1
05/01	Disúria	Início da contagem do prazo de infecção de repetição 1	2
06/01	Urocultura positiva para <i>E. coli</i>	2	3
07/01		3	4
08/01		4	5
09/01		5	6
10/01		6	7
11/01		7	8
12/01		8	9
13/01	Febre > 38°C	9	10
14/01	Hemocultura positiva para <i>E. coli</i>	10	11
15/01		11	12
16/01		12	13
17/01		13	14
18/01		14	15
19/01			16
20/01			
21/01			
22/01			
23/01			
24/01			

Neste caso deve ser considerado:
 Infecção do trato urinário e infecção de corrente sanguínea secundária a ITU (uma vez que a urocultura e a hemocultura tiveram o mesmo microrganismo e a hemocultura foi realizada dentro do período de atribuição da ICS secundária)
Microrganismo causador da infecção: *E. coli*

Infecção de corrente sanguínea secundária

Data	Cateter central	Período de janela da infecção	Prazo para infecção de repetição	Período para atribuição de ICS secundária
30/12				
31/12				
01/01				
02/01				
03/01				Início da contagem do período de atribuição da ICS secundária
				1
04/01				2
05/01		Disúria	Início da contagem do prazo de infecção de repetição	3
			1	
06/01		Urocultura positiva para <i>E. coli</i>	2	4
07/01			3	5
08/01			4	6
09/01			5	7
10/01			6	8
11/01			7	9
12/01			8	10
13/01	D1		9	11
14/01	D2		10	12
15/01	D3	Febre > 38°C	11	13
16/01	D4	Hemocultura positiva para <i>Acinetobacter baumannii</i>	12	14
17/01	D5		13	15
18/01	D6		14	16
19/01	D7			
20/01	D8			
21/01	D9			

Infecção de corrente sanguínea secundária

Data	Cateter central	Período de janela da infecção	Prazo para infecção de repetição	Período para atribuição de ICS secundária
30/12				
31/12				
01/01				
02/01				
03/01				Início da contagem do período de atribuição da ICS secundária 1
04/01				2
05/01		Disúria	Início da contagem do prazo de infecção de repetição 1	3
06/01		Urocultura positiva para <i>E. coli</i>	2	4
07/01			3	5
08/01			4	6
09/01			5	7
10/01			6	8
11/01			7	9
12/01			8	10
13/01	D1		9	11
14/01	D2		10	12
15/01	D3	Febre > 38°C	11	13
16/01	D4	Hemocultura positiva para <i>Acinetobacter baumannii</i>	12	14
17/01	D5		13	15
18/01	D6		14	16
19/01	D7			
20/01	D8			
21/01	D9			

Neste caso deve ser considerado:

Infecção do trato urinário. Data da infecção: 05/01

Microrganismo causador da infecção: *E. coli*

E Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a cateter central (apesar da hemocultura ter sido realizada dentro do período de atribuição da ICS secundária não há um microrganismo comum entre a hemocultura e a urocultura).

Microrganismo causador da IPCS: *Acinetobacter baumannii*

Data a infecção: 16/01

Infecção de corrente sanguínea secundária

Quadro 32 - Exemplo de infecção de corrente sanguínea secundária

Data	Ventilador mecânico	Período de janela da infecção	Prazo para infecção de repetição	Período para atribuição de ICS secundária
30/12				
31/12				
01/01				
02/01				
03/01	D1			
04/01	D2			
05/01	D3	Febre > 38°C	Início da contagem do prazo de infecção de repetição	
			1	
06/01	D4	RX de tórax com infiltrado	2	
07/01	D5	Hemocultura positiva para <i>S. aureus</i>	3	
		Ausculta com roncosp>		
08/01	D6		4	
09/01	D7		5	
10/01	D8		6	
11/01	D9		7	
12/01	D10		8	
13/01	D11		9	
14/01	D12		10	
15/01	D13		11	
16/01	D14		12	
17/01	D15		13	
18/01	D16		14	

Infecção de corrente sanguínea secundária

Quadro 32 - Exemplo de infecção de corrente sanguínea secundária

Data	Ventilador mecânico	Período de janela da infecção	Prazo para infecção de repetição	Período para atribuição de ICS secundária
30/12				
31/12				
01/01				
02/01				
03/01	D1			
04/01	D2			
05/01	D3	Febre > 38°C	Início da contagem do prazo de infecção de repetição 1	
06/01	D4	RX de tórax com infiltrado	2	
07/01	D5	Hemocultura positiva para <i>S. aureus</i> Ausculta com roncosp	3	
08/01	D6		4	
09/01	D7		5	
10/01	D8		6	
11/01	D9		7	
12/01	D10		8	
13/01	D11		9	
14/01	D12		10	
15/01	D13		11	
16/01	D14		12	
17/01	D15		13	
18/01	D16		14	

Neste caso deve ser considerado:

PAV e Infecção de corrente sanguínea secundária a PAV

Data da PAV: 05/01

Microrganismo causador da infecção: *S. aureus*

Critérios diagnósticos de pneumonia

Pneumonia

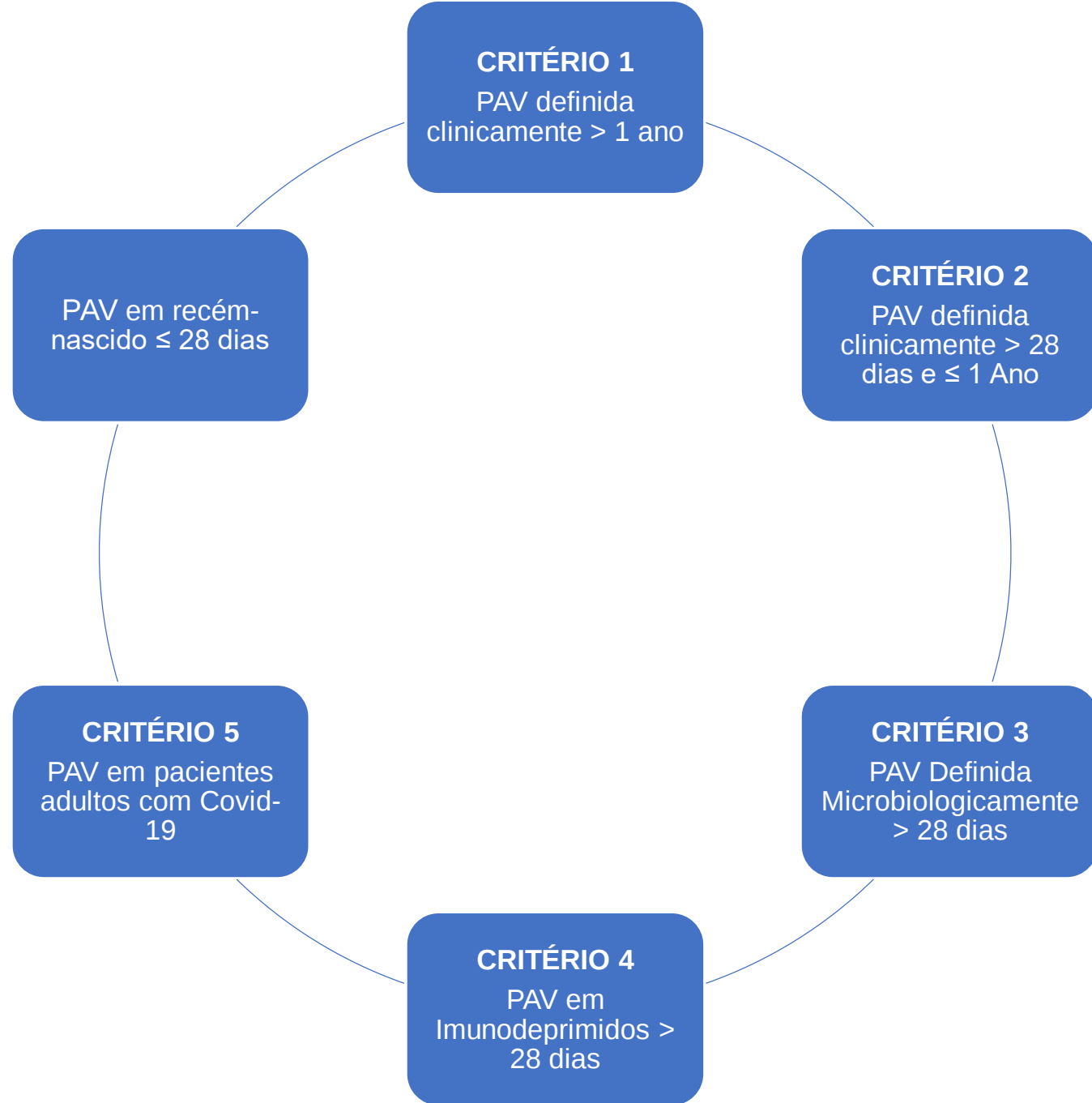
É uma infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios clínicos, laboratoriais e de imagem.

Ventilador mecânico (VM)

Dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.

Dispositivos de ventilação e expansão pulmonar que fornecem pressão positiva para as vias aéreas por meios não invasivos (por exemplo: máscara nasal, máscara facial, cateter de alto fluxo CPAP, BIPAP etc.) não são considerados ventiladores mecânicos, a menos que a pressão positiva seja fornecida por via aérea artificial (tubo endotraqueal oral / nasal ou tubo de traqueostomia).

Critérios diagnósticos de pneumonia



Critérios diagnósticos de pneumonia

Não se pode considerar como agente etiológico de pneumonia:

- Blastomices, Histoplasma, Coccidioides, Paracoccidioides, Criptococcus e Pneumocistis (comunitários)
- Staphylococcus coagulase negativo, *Enterococcus* spp, *Candida* spp ou leveduras não especificadas (mesmo se identificados em hemoculturas)

Esses microrganismos somente serão considerados como causadores de pneumonia se identificados em cultura de líquido pleural (amostra obtida durante a toracocentese ou durante a colocação de dreno torácico) ou cultura de tecido pulmonar (biópsia).

Exceção: em pacientes imunocomprometidos *Candida* spp obtida por meio de aspirado endotraqueal, lavado broncoalveolar ou escovado protegido se também for identificada em amostra de sangue.

Critérios diagnósticos de pneumonia



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

**CHECKLIST DOS ITENS A SEREM
OBSERVADOS PARA A DEFINIÇÃO
DA INFECÇÃO**

- 1** Tempo de uso do ventilador
- 2** Resultados de exames de imagens
- 3** Resultados de exames laboratoriais
- 4** Sinais e sintomas
- 5** Período de janela de infecção
- 6** Data da infecção
- 7** Exclusão de Microrganismos comunitários não associados à PAV

Infecção do trato urinário sintomática (ITU)

É a presença de um ou mais microrganismos identificados em amostra de urina em pacientes com sinais ou sintomas.

Cateter vesical de demora (CVD)

É um tubo de drenagem inserido na bexiga através da uretra e que permanece instalado. O cateter vesical de demora é conectado a uma bolsa coletora. Cateteres urinários permanentes que são usados para irrigação intermitente ou contínua também deverão ser incluídos na vigilância.

Observação: Não são considerados como cateter vesical de demora: nefrostomia, cateteres suprapúbicos, dispositivo para incontinência urinária, cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica e cateter utilizado para cateterização vesical intermitente.

CRITÉRIO 1

ITU – AC em adultos e crianças > 3 anos

E

Apresenta leucocitúria associada a pelo menos DOIS dos seguintes sinais e sintomas, sem outras causas reconhecidas:

- Febre ($T^a > 38^{\circ}\text{C}$) ou hipotermia ($T^a < 35^{\circ}\text{C}$) em criança ≤ 3 anos
- Piora da incontinência
- Piora da espasticidade
- Queda do estado geral
- Disreflexia autonômica

CRITÉRIO 3

Critério 3: ITU-AC em adultos e crianças > 28 dias com lesão medular

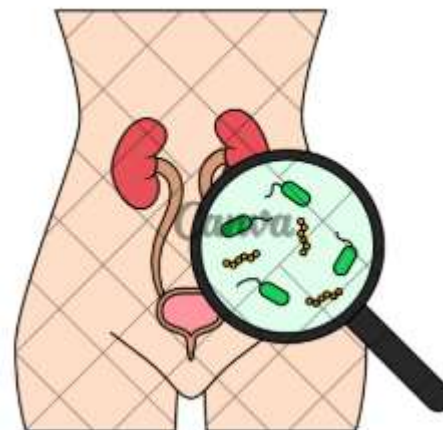
CRITÉRIO 2

ITU-AC em Criança > 28 dias e ≤ 3 anos

Cultura de urina com isolamento de quaisquer espécies de *Candida*, levedura não especificada, fungos dimórficos ou parasitas **NÃO** devem ser consideradas para o diagnóstico de ITU, do ponto de vista da vigilância. Mesmo se identificados na hemocultura, não podem ser considerados como agentes de infecção secundária a ITU.



O achado de bactérias no trato urinário não significa obrigatoriamente infecção, devendo ser desconsiderado, do ponto de vista epidemiológico, se não houver clínica de infecção (sinais ou sintomas). Neste caso, será considerado uma bacteriúria assintomática.



Critérios diagnósticos de ITU



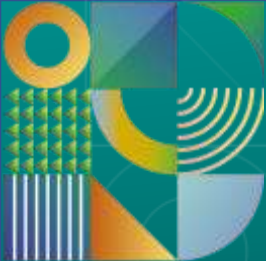
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER VESICAL DE DEMORA

CHECKLIST DOS ITENS A SEREM OBSERVADOS PARA DEFINIÇÃO DA INFECÇÃO

- ① IDADE DO PACIENTE
- ② TEMPO DE USO DO CATETER
- ③ VESICAL DE DEMORA
- ④ SINAIS E SINTOMAS
- ⑤ RESULTADOS DA UROCULTURA
- ⑥ COLETA ADEQUADA DA AMOSTRA
DE URINA
- ⑦ PERÍODO DE JANELA DE INFECÇÃO
- ⑧ DATA DA INFECÇÃO



Critérios Diagnóstico das de infecção de sítio cirúrgico



Conceitos e critérios diagnósticos das infecções de sítio cirúrgico: pacientes adultos, pediátricos e recém-nascidos.

Procedimento cirúrgico

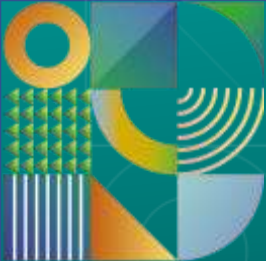
Ocorre quando há pelo menos uma incisão (incluindo abordagem laparoscópica e orifícios de broca craniana), realizada em um centro cirúrgico (sala de cirurgia, sala de cesariana, ou sala de radiologia intervencionista), feita através da pele, membrana mucosa ou de uma incisão que foi deixada aberta durante um procedimento cirúrgico anterior.

Infecção de Sítio Cirúrgico

São infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos em pacientes internados ou ambulatoriais.

Data da infecção

Para ISC, a data da infecção é a data da realização do procedimento cirúrgico.



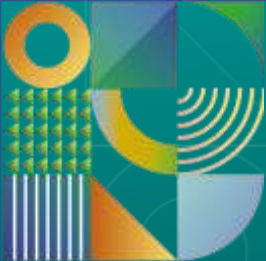
Conceitos e critérios diagnósticos das infecções de sítio cirúrgico: pacientes adultos, pediátricos e recém-nascidos.

Período de vigilância:

Período após um procedimento cirúrgico em que o paciente deve ser monitorado para identificação de ISC, para fins de vigilância das IRAS. O dia 1 é data da cirurgia.

- ISC incisional superficial  período de vigilância é de 30 dias após o procedimento
- ISC incisional profunda e ISC órgão/cavidade  o período de vigilância é determinado de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico. Pode ser de 30 dias ou de 90 dias

Período de vigilância de 90 dias	Período de vigilância de 30 dias
Implante de prótese mamária	Cesariana
Implante de prótese de quadril primária	Injeção intravítrea*
Implante de prótese de joelho primária	
Revascularização do miocárdio	
Derivação interna neurológica	
Cirurgia de catarata	

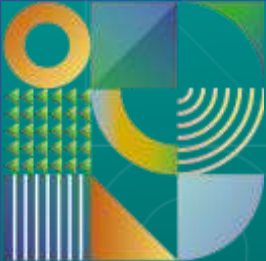


Conceitos e critérios diagnósticos das infecções de sítio cirúrgico: pacientes adultos, pediátricos e recém-nascidos.

Período de vigilância:

Quando houver necessidade de retornar ao centro cirúrgico para realização de nova abordagem cirúrgica no mesmo sítio operatório deve ser reiniciado um novo período de vigilância para ISC.

Por exemplo: se um paciente fez um procedimento cirúrgico e no 5º PO, devido a um sangramento, teve que retornar ao centro cirúrgico para fazer uma nova abordagem no sítio cirúrgico operado, a contagem do período de vigilância deverá ser reiniciada a partir do zero.



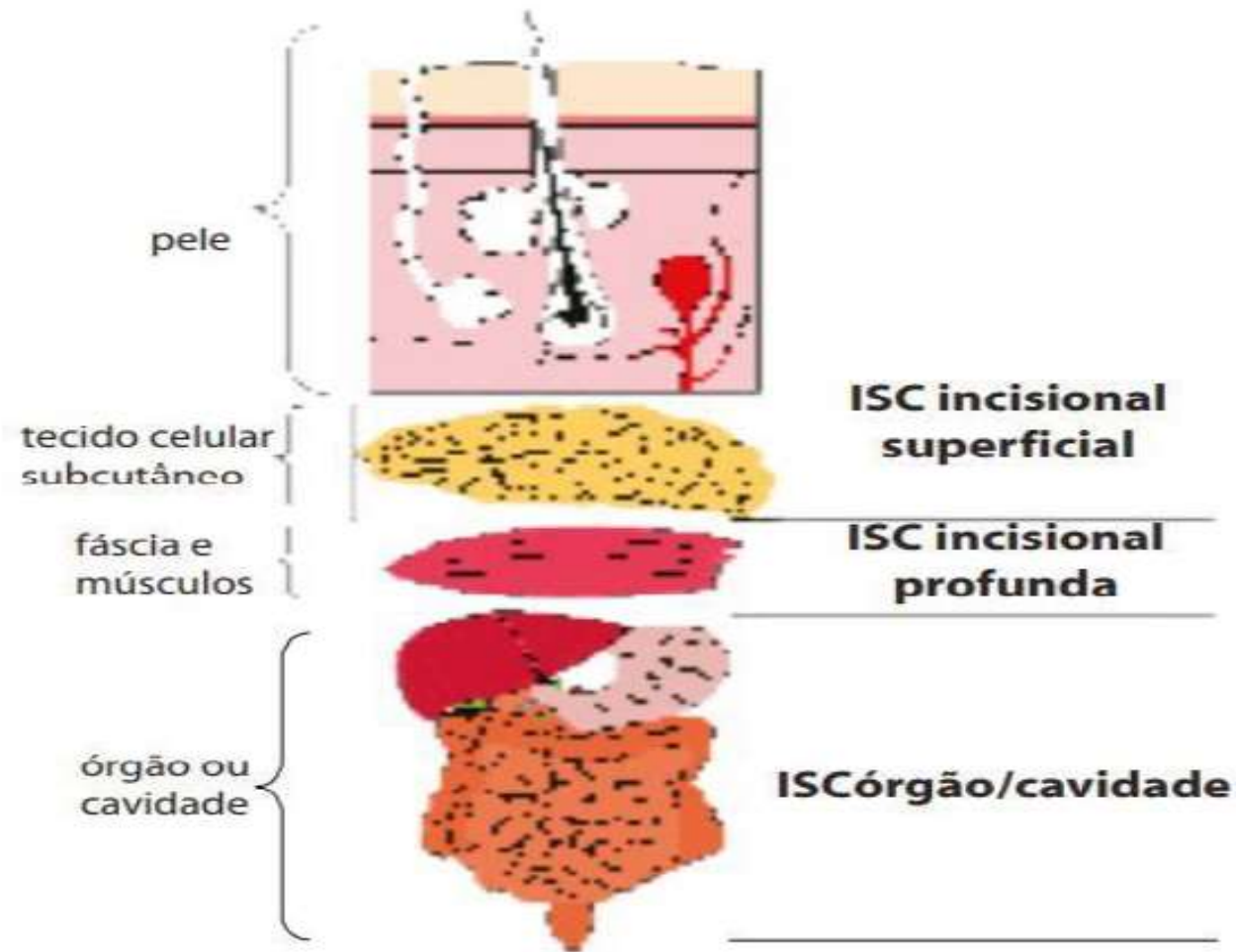
Conceitos e critérios diagnósticos das infecções de sítio cirúrgico: pacientes adultos, pediátricos e recém-nascidos.

4.1 Infecções de sítio cirúrgico de notificação nacional obrigatória

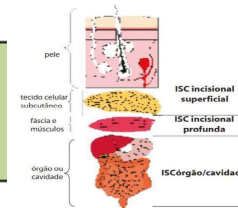
As infecções de sítio cirúrgico de notificação nacional obrigatória para o ano de 2025 são infecções que ocorrem após:

- Cirurgia cesariana
- Implante de prótese mamária
- Implante de prótese de quadril primária
- Implante de prótese de joelho primária
- Infecções pós-revascularização do miocárdio
- Infecções pós-cirurgia de derivação interna neurológica
- Endoftalmites após facectomia (cirurgia de catarata)

Classificação e critérios definidores de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)



ISC Incisional Superficial (IS)²



Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento) e envolve apenas pele e tecido subcutâneo e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

1. Drenagem purulenta da incisão superficial;
2. Microrganismo identificado em secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente*¹ por cultura ou por outro método microbiológico não baseados em cultura*²;
3. A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião ou outro médico na vigência de, pelo menos, um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor;
4. Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou outro médico.

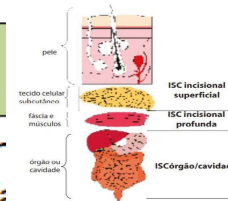
Observações:

*1 - Não serão considerados os resultados de culturas positivas quando coletadas através de *swabs* (hastes com ponta de algodão).

*2 - Realizados para fins de diagnóstico clínico ou tratamento (excluindo culturas/teste de vigilância).

Não considerar inflamação mínima e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura como ISC incisional.

ISC Incisional Profunda (IP)



Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), a depender do tipo de procedimento, **envolve tecidos moles profundos à incisão** (ex.: fáscia, músculos) e apresenta pelo menos **UM** dos seguintes critérios:

1. Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgão/cavidade.
2. Incisão profunda aberta ou aspirada pelo cirurgião ou outro médico
E
microrganismo identificado em tecido moles profundos da incisão*¹ por cultura ou outro método microbiológico não baseados em cultura*² OU não realizados exames para essa identificação (a cultura realizada com resultado negativo não preenche este critério).
E
paciente apresenta pelo menos 1 dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura >38°C), dor ou aumento da sensibilidade localizada.
3. Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos, detectado durante exame clínico, anatomopatológico ou de imagem.
4. Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou médico assistente

Observações:

*1 - Não serão considerados os resultados de culturas positivas quando coletadas através de *swabs* (hastes com ponta de algodão).

*2 - Realizados para fins de diagnóstico clínico ou tratamento (excluindo culturas/teste de vigilância).

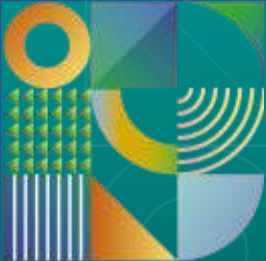
Não considerar inflamação mínima e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura como ISC incisional.

Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, a depender do tipo de procedimento, envolve qualquer órgão ou cavidade mais profunda do que fáscia e músculo que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

1. Drenagem purulenta de um dreno colocado no órgão/espaco (por exemplo, sistema de drenagem de sucção fechado, dreno aberto, dreno de tubo em T, drenagem guiada por TC)
2. Microrganismo identificado em secreção ou tecido do órgão/cavidade, obtido assepticamente*1 por cultura ou outro método microbiológico, não baseados em cultura.
3. Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolve os planos profundos da ferida (órgão/cavidade) identificada ao exame anatômico, histopatológico ou de imagem conclusivo ou sugestivo de infecção;
4. Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo cirurgião, preferencialmente, ou outro médico

E

Atende pelo menos UM dos critérios definidores de infecção em um sítio específico, que também são aplicáveis para definição de ISC/OC, disponíveis no manual de critérios diagnósticos de IRAS*3.



Classificação e critérios definidores de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

IMPORTANTE: sempre computar a infecção do plano mais profundo. Desta forma:

Se o critério fechar ISC incisional superficial e ISC incisional profunda - computar apenas a ISC incisional profunda;

Se o critério fechar ISC incisional profunda e ISC órgão/cavidade - computar apenas a ISC órgão/cavidade;

Se o critério fechar para ISC incisional superficial e ISC órgão/cavidade - computar apenas a ISC órgão/cavidade.

Critérios diagnósticos das infecções de sítio cirúrgico

Procedimentos cirúrgicos e ICS relacionadas a esses procedimentos

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	SÍTIOS E TIPOS DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) POSSÍVEIS RELACIONADAS AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE NOTIFICAÇÃO NACIONAL OBRIGATÓRIA*
Cesariana	- ISC incisional superficial - ISC incisional profunda - ISC órgão/cavidade: - Endometrite - Trato gastrointestinal - Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais - Infecção do tecido pélvico profundo ou outra infecção do trato reprodutivo masculino ou feminino - Infecção do Sistema Urinário
Cirurgia de mama, incluindo cirurgia para colocação de prótese mamária	- ISC incisional superficial - ISC incisional profunda - ISC órgão/cavidade: - Abscesso ou mastite
Revascularização do miocárdio	- ISC incisional superficial - ISC incisional profunda - ISC órgão/cavidade: - Miocardite ou pericardite - Endocardite - Mediastinite - Infecção arterial ou venosa - Osteomielite - Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais - Outras infecções do trato respiratório inferior
Prótese de quadril	- ISC incisional superficial - ISC incisional profunda - ISC órgão/cavidade: - Infecção articular periprotética - Osteomielite
Prótese de joelho	- ISC incisional superficial - ISC incisional profunda - ISC órgão/cavidade: - Osteomielite - Infecção articular Peri protética
Derivação ventricular Interna	- ISC incisional superficial - ISC incisional profunda - ISC órgão/cavidade: - Osteomielite - Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais - Infecção intracraniana - Outras infecções do trato respiratório inferior - Meningite ou ventriculite - Abscesso/infecção espinhal
Facectomia (cirurgia de catarata)	- ISC incisional superficial – conjuntivite (não é de notificação nacional obrigatória) - ISC órgão/cavidade: - Endoftalmite

Procedimentos cirúrgicos e ICS relacionadas a esses procedimentos

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	SÍTIOS E TIPOS DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) POSSÍVEIS RELACIONADAS AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE NOTIFICAÇÃO NACIONAL OBRIGATÓRIA*
Cesariana	• ISC incisional superficial • ISC incisional profunda • ISC órgão/cavidade: ◦ Endometrite ◦ Trato gastrointestinal ◦ Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais ◦ Infecção do tecido pélvico profundo ou outra infecção do trato reprodutivo masculino ou feminino ◦ Infecção do Sistema Urinário

ISC Órgão/ Cavidade (OC)³

Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, a depender do tipo de procedimento, envolve qualquer órgão ou cavidade mais profunda do que fásia e músculo que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

1. Drenagem purulenta de um dreno colocado no órgão/espaco (por exemplo, sistema de drenagem de sucção fechado, dreno aberto, dreno de tubo em T, drenagem guiada por TC)
2. Microrganismo identificado em secreção ou tecido do órgão/cavidade, obtido assepticamente*1 por cultura ou outro método microbiológico, não baseados em cultura.
3. Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolve os planos profundos da ferida (órgão/cavidade) identificada ao exame anatômico, histopatológico ou de imagem conclusivo ou sugestivo de infecção;
4. Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo cirurgião, preferencialmente, ou outro médico

Atende pelo menos UM dos critérios definidores de infecção em um sítio específico, que também são aplicáveis para definição de ISC/OC, disponíveis no manual de critérios diagnósticos de IRAS*3.

Derivação ventricular Interna

- ISC incisional superficial
- ISC incisional profunda
- ISC órgão/cavidade.
 - Osteomielite
 - Infecção intra-abdominal, não especificada em outros locais
 - Infecção intracraniana
 - Outras infecções do trato respiratório inferior
 - Meningite ou ventriculite
 - Abscesso/infecção espinhal

I. Meningite ou ventriculite

Deve satisfazer pelo menos UM dos seguintes critérios:

- Paciente apresenta microrganismo patogênico em LCR, identificado por meio de cultura ou outros métodos microbiológicos não baseados em cultura;
- Paciente com suspeita de meningoencefalite ou ventriculite, com base em exames anatômicos, histopatológicos ou de imagem conclusivos ou sugestivos de infecção.

IV. Infecções intra-abdominais não especificadas em outros locais

Deve atender pelo menos UM dos seguintes critérios:

- 1. Paciente tem organismo(s) identificado(s) de um abscesso ou material purulento do espaço intra-abdominal, identificado por cultura ou métodos microbiológicos não baseados em cultura;
- 2. Paciente apresenta um dos seguintes:
 - Abscesso ou outra evidência de infecção intra-abdominal em sítio anatômico no exame histopatológico;
 - Abscesso ou outra evidência de infecção intra-abdominal em sítio anatômico ou exame histopatológico (por ex. identificação de microrganismos no exame histopatológico, a hemocultura deve conter um microrganismo compatível, isolado a seguir);
 - Evidência identificada em hemocultura ou

Infecções intra-abdominais não especificadas em outros locais

Deve atender pelo menos UM dos seguintes critérios:

- 1. Paciente tem organismo(s) identificado(s) de um abscesso ou material purulento do espaço intra-abdominal, identificado por cultura ou métodos microbiológicos não baseados em cultura;
- 2. Paciente apresenta um dos seguintes:
 - Abscesso ou outra evidência de infecção intra-abdominal em sítio anatômico no exame histopatológico;
 - Abscesso ou outra evidência de infecção intra-abdominal em sítio anatômico ou exame histopatológico (por ex. identificação de microrganismos no exame histopatológico, a hemocultura deve conter um microrganismo compatível, isolado a seguir);
 - Evidência identificada em hemocultura ou

Infecção intracraniana: abscesso cerebral ou duramater, infecção subdural ou epidural e encefalite

Deve satisfazer pelo menos UM dos seguintes critérios:

- 1. Paciente apresenta transgressão identificada a partir de tecido cerebral ou duramater por meio de cultura ou métodos microbiológicos não baseados em cultura;
- 2. Paciente apresenta um abscesso ou evidência de infecção intracraniana no exame anatômico ou histopatológico;
- 3. Paciente tem pelo menos DOIS dos seguintes sinais e sintomas:
 - febre;
 - letargia;
 - vômitos;
 - alterações do nível de consciência;
 - convulsões;
 - alterações de reflexos.

Infecção intracraniana: abscesso cerebral ou duramater, infecção subdural ou epidural e encefalite

Deve satisfazer pelo menos UM dos seguintes critérios:

- 1. Paciente apresenta transgressão identificada a partir de tecido cerebral ou duramater por meio de cultura ou métodos microbiológicos não baseados em cultura;
- 2. Paciente apresenta um abscesso ou evidência de infecção intracraniana no exame anatômico ou histopatológico;
- 3. Paciente tem pelo menos DOIS dos seguintes sinais e sintomas:
 - febre;
 - letargia;
 - vômitos;
 - alterações do nível de consciência;
 - convulsões;
 - alterações de reflexos.

Abscesso espinhal

Deve satisfazer pelo menos UM dos seguintes critérios:

- 1. Paciente tem microrganismo em abscesso no espaço espinhal, epidural ou subdural, identificado por meio de cultura ou outros métodos microbiológicos não baseados em cultura;
- 2. Paciente tem um abscesso no espaço espinhal, epidural ou subdural, com base em exames anatômicos, histopatológicos ou de imagem conclusivos ou sugestivos de infecção.

Outras infecções do trato respiratório inferior e cavidade pleural

Paciente deve atender pelo menos UM dos seguintes critérios:

- Com microrganismo visto na coloração de Gram do tecido pulmonar ou fluido pleural ou identificado(s) no tecido pulmonar ou fluido pleural* (quando o fluido pleural foi obtido durante toracocentese ou de horas da coloração do tubo torácico) por meio de método microbiológico não baseado em cultura;
- Com um abscesso pulmonar ou outra evidência de infecção (por exemplo, empiema) no exame anatômico, histopatológico ou de imagem conclusivo ou sugestivo de infecção.

OUTRAS INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR E CAVIDADE PLEURAL, EXCETO PNEUMONIA

Paciente deve atender pelo menos UM dos seguintes critérios:

- Com microrganismo visto na coloração de Gram do tecido pulmonar ou fluido pleural ou identificado(s) no tecido pulmonar ou fluido pleural* (quando o fluido pleural foi obtido durante toracocentese ou de horas da coloração do tubo torácico) por meio de método microbiológico não baseado em cultura;
- Com um abscesso pulmonar ou outra evidência de infecção (por exemplo, empiema) no exame anatômico, histopatológico ou de imagem conclusivo ou sugestivo de infecção.

I. Osteomielite

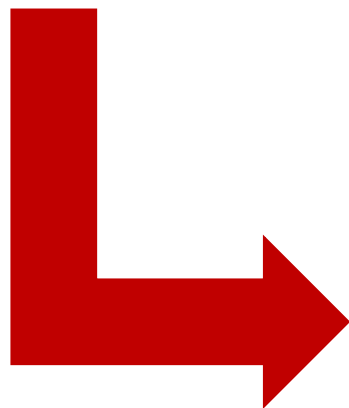
OSTEOMIELE Deve satisfazer pelo menos UM dos seguintes critérios:

1. Identificação microbiana em tecido ósseo por meio de cultura ou método microbiológico não baseado em cultura;
2. Evidência de osteomielite visualizada macroscopicamente, ao

Principais elementos da vigilância das IRAS:

- Definição dos eventos a serem vigiados e monitorados
- Definição dos tipos e métodos de vigilância
- Coleta sistemática dos dados
- Consolidação, tabulação e análise dos dados
- Notificação dos dados
- Divulgação dos dados

(adaptado de APECH, 2007.Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar)

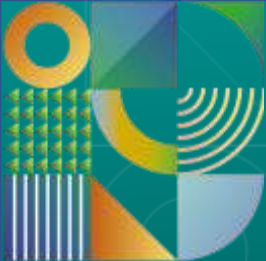


**IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS DE
CONTROLE (INTERVENÇÃO).
AFERIÇÃO E AVALIAÇÃO DOS DADOS PÓS
INTERVENÇÃO.**

Consolidação, tabulação e análise dos dados

Essa etapa consiste em utilizar os dados coletados para calcular os indicadores de IRAS, a fim de analisá-los e posteriormente propor ações baseadas nos resultados desses indicadores e nas análises realizadas.





Consolidação, tabulação e análise dos dados

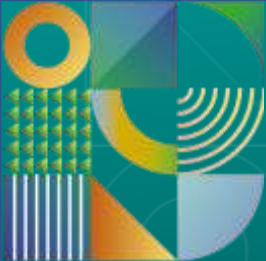
As medidas de frequência mais utilizadas para o cálculo e análise dos indicadores de resultado de IRAS são a prevalência e a incidência (incluindo a densidade de incidência)

Prevalência é medida que expressa o número de casos que existem em uma determinada população em um determinado período

$$P = \frac{\text{Nº de casos de um evento em pop. exposta}}{\text{Nº de indivíduos expostos}} \times 100$$

Incidência é a ocorrência de novos eventos, como por exemplo infecção, em uma população específica em um determinado período

$$I = \frac{\text{Nº de casos novos de um evento em um pop. exposta}}{\text{Nº de indivíduos expostos}} \times 100$$



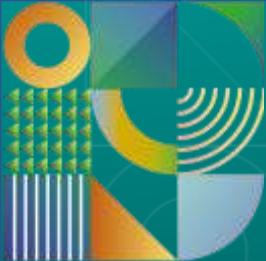
Consolidação, tabulação e análise dos dados

Na área da saúde, os indicadores têm sido estabelecidos a partir da tríade proposta por Donabedian.

Estrutura - atributos dos setores onde os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros;

Processo - conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados.

Resultado - às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações.



Consolidação, tabulação e análise dos dados

Exemplo

Indicador: prevalência de pacientes com IRAS internados no hospital no dia 30/08

Numerador: Total de pacientes com IRAS internados no hospital no dia 30/08 – 15 pacientes

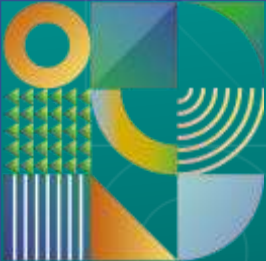
Denominador: Total de pacientes internados no hospital no dia 30/08 – 300 pacientes

Nº total pacientes com IRAS no período x 100

Nº total de pacientes internados no período

Prevalência de IRAS = $15/300 \times 100 = 5\%$

Portanto, no dia 30/08 a prevalência de IRAS no hospital era de 5%



Consolidação, tabulação e análise dos dados

Exemplo

Indicador: incidência de ISC relacionada a cirurgia cesariana

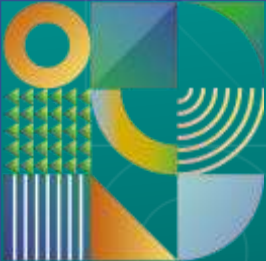
Numerador: Total de ISC relacionada a cirurgias cesarianas realizadas no mês de agosto = 4 pacientes

Denominador: Total de cirurgias cesarianas realizadas no mês de agosto = 160 pacientes

$$\frac{\text{Nº total de ISC relacionadas às cirurgias cesarianas realizadas no mês de vigilância}}{\text{Nº total de cirurgias cesarianas realizadas no mês de vigilância}} \times 100$$

$$\text{Incidência de ISC} = 4/160 \times 100 = 2,5\%$$

Portanto, no mês de agosto a incidência de ISC relacionada a cirurgia cesariana foi de 2,5%



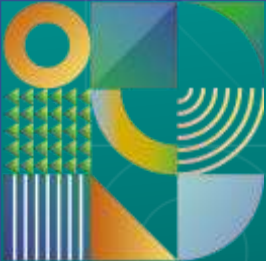
Consolidação, tabulação e análise dos dados

Densidade de Incidência – DI

Esse indicador reflete uma probabilidade relativa a tempo de exposição a um fator de risco

$$DI = \frac{\text{Nº de casos novos de um evento entre os pacientes expostos}^*}{\text{Total de pacientes-dia expostos (ou com o fator de risco-dia)}^*} \times 1000$$

* No período de vigilância



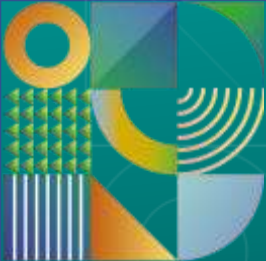
Consolidação, tabulação e análise dos dados

Exemplo

Indicador: DI de pneumonia associada a ventilação mecânica

Numerador: número de pacientes com pneumonia associada a ventilação mecânica no mês de vigilância = 10

Denominador: unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes a determinado risco (uso de ventilador mecânico). Neste caso, este n° é obtido por meio da soma de pacientes em ventilação mecânica, a cada dia, no mês selecionado para a vigilância.



Consolidação, tabulação e análise dos dados

Dia do mês	Nº de paciente em uso de ventilador mecânico
1	15
2	14
3	13
4	13
5	14
6	15
...	
...	
30	8
31	9
Total	200

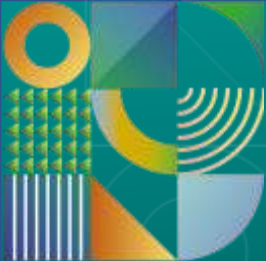
Neste caso o denominador será
 $15+14+13+13+14+15+...+8+9 = 200$.

Portanto, no mês de vigilância houveram 200 pacientes em ventilação mecânica-dia.

A DI de pneumonia associada a ventilação mecânica será:

$$DI = \frac{\text{Nº de pacientes com pneumonia associada a VM}}{\text{Ventilação mecânica – dia}} \times 1000 = \frac{10}{200} \times 1000 = 50$$

Neste caso o serviço possui 50 pneumonias por 1000 ventilação mecânica-dia.



Consolidação, tabulação e análise dos dados

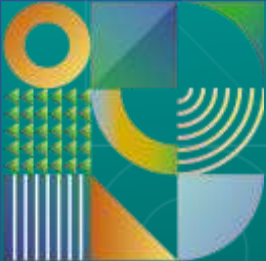
Taxa de Utilização - traduz o quanto um fator de risco está presente na população analisada

$$TU = \frac{\text{Nº de pacientes com o fator de risco-dia no período de vigilância}}{\text{Nº de pacientes - dia no período de vigilância}} \times 100$$

Exemplo: taxa de utilização de ventilador mecânico em uma unidade:

- **Numerador** = número de pacientes em uso de ventilador mecânico - dia no período de vigilância
- **Denominador** = número de pacientes-dia no período de vigilância

Para encontrar os dados do numerador e denominador é necessário realizar a coleta de dados diária:



Consolidação, tabulação e análise dos dados

Dia do mês	Nº de paciente em uso de ventilador mecânico	Nº de paciente na unidade
1	15	20
2	14	20
3	13	19
4	13	18
5	14	19
6	15	20
...	...	...
...	...	...
30	8	15
31	9	15
Total	200	360

O numerador será $15+14+13+\dots+8+9 = 200$ pacientes em ventilação mecânica-dia, no mês de vigilância

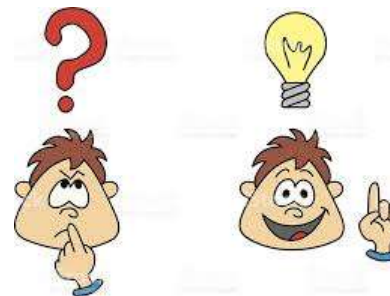
O denominador será $20+20+19+18+19+20+\dots+15+15 = 360$ pacientes-dia na unidade, no mês de vigilância

$$TU = \frac{\text{Nº de pacientes em uso de ventilador mecânico-dia}}{\text{Nº de pacientes - dia no período de vigilância}} \times 100 = \frac{200}{360} \times 100$$

$$TU = 55,6\%$$

Consolidação, tabulação e análise dos dados

Vamos praticar?

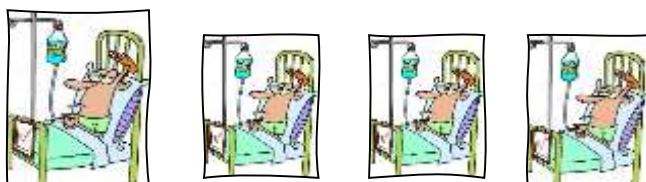


Consolidação, tabulação e análise dos dados

Mês X

UTI A

4 pacientes com CVD – 1 com infecção



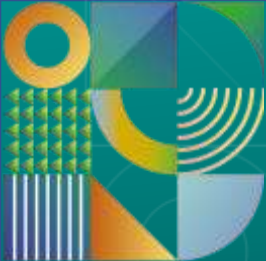
$\text{Incidência} = 1 / 4 \times 100 = 25\%$

UTI B

4 pacientes com CVD – 1 com infecção



$\text{Incidência} = 1 / 4 \times 100 = 25\%$



Consolidação, tabulação e análise dos dados

- O que podemos dizer com esse resultado?
- Podemos comparar essas duas UTIs em relação a ocorrência de IRAS?



Consolidação, tabulação e análise dos dados



UTI A



5 dias de uso de CVD



4 dias de uso de CVD



6 dias de uso de CVD



5 dias de uso de CVD

4 pacientes com CVD e 20 CVD-dia



UTI B

2 dias de uso de CVD



1 dia de uso de CVD



5 dias de uso de CVD

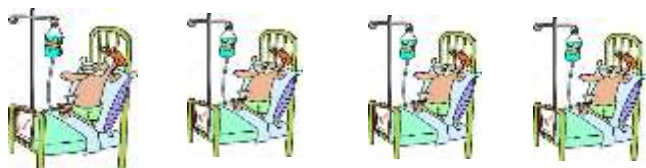


2 dias de uso de CVDC

4 pacientes com CVD e 10 CVD-dia

Consolidação, tabulação e análise dos dados

UTI A



4 pacientes com CVD e
20 CVD-DIA
1 infecção

$DI = 1/20 \times 1000 = 50$
infecções por 1000
CVD-dia

UTI B



4 pacientes com CVC e
10 CVD-DIA
1 infecção

$DI = 1/10 \times 1000 = 100$
infecções por 1000
CVD-dia

Levou-se em conta a densidade de exposição ao risco!!!
Densidade de incidência

Consolidação, tabulação e análise dos dados

TAXA DE UTILIZAÇÃO do CVD

 **UTI-A: pacientes-dia**

Outubro	
Dia	Nº pacientes
1	3
2	5
3	1
4	2
...	...
29	4
30	3
Total	40

40 pacientes-dia

 **UTI: pacientes-dia**

Outubro	
Dia	Nº pacientes
1	4
2	5
3	1
4	5
...	...
29	4
30	3
Total	50

50 pacientes-dia

Consolidação, tabulação e análise dos dados

TAXA DE UTILIZAÇÃO

UTI A



4 pacientes com CVC e 20 CVC-dia

Total de 40 pacientes-dia no mês

$$TU = 20/40 \times 100 = 50\%$$

UTI B



4 pacientes com CVC e 10 CVC -DIA

Total de 50 pacientes-dia no mês

$$TU = 10/50 \times 100 = 20\%$$

Consolidação, tabulação e análise dos dados

UTI A



50 infecções por 1000
CVC-dia

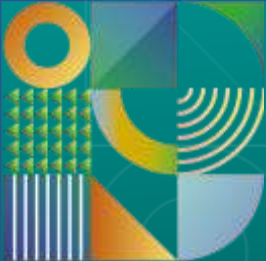
$$TU = 20/40 \times 100 = 50\%$$

UTI B



100 infecções por 1000
CVC-dia

$$TU = 10/50 \times 100 = 20\%$$

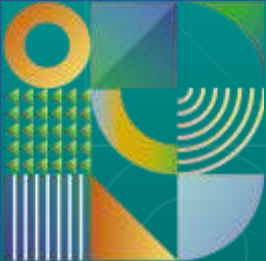


Consolidação, tabulação e análise dos dados

Com os indicadores calculados:

Analisar e comparar

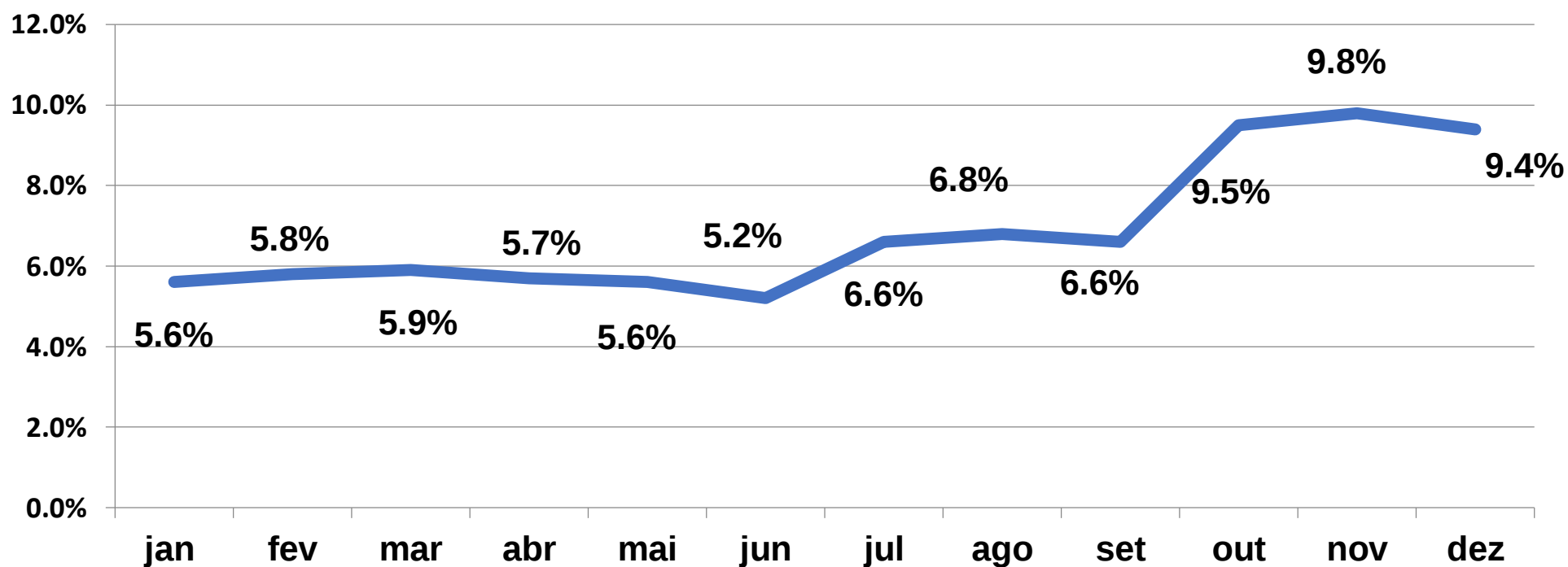
- Série histórica do hospital
- Comparar com dados locais
- Comparar com dados Nacionais
- Literatura



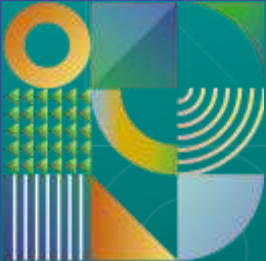
Consolidação, tabulação e análise dos dados

Série histórica

Distribuição mensal da incidência de infecção de acesso vascular em pacientes em programa de hemodiálise na clínica XXXX no ano de 2023



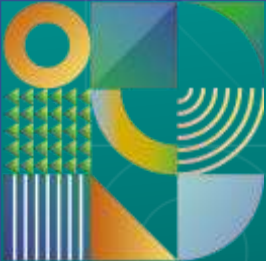
Fonte: clinica xxx



Consolidação, tabulação e análise dos dados

Possíveis causas do aumento das taxas de IRAS:

- Alteração nos processos de trabalhos (mudança nos protocolos).
- Baixa adesão às medidas de prevenção e controle.
- Mudança do perfil dos pacientes.
- Quebra barreiras (ex.: falta de insumos).
- Contratação de novo funcionário sem a devida capacitação.
- Aumento da sensibilidade da vigilância.
- Alteração na técnica laboratorial.



Consolidação, tabulação e análise dos dados

Possíveis causas da redução das taxas de IRAS:

- ✓ Melhoria dos processos de trabalho e da implementação de ações de prevenção e controle de IRAS
- ✓ Mudança do perfil dos pacientes
- ✓ Diminuição da sensibilidade da vigilância
- ✓ Falhas nos métodos de vigilância
- ✓ Subnotificação de casos de IRAS
- ✓ Aspectos relacionados ao laboratório de microbiologia



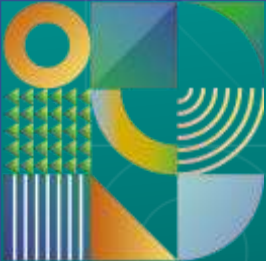
Consolidação, tabulação e análise dos dados

Quando você não tem uma série histórica para comparar?

Importante!!

- Comparar com serviços com características semelhantes.
- Avaliar as taxas junto com a taxa de utilização
- Fazer a sua série histórica





Consolidação, tabulação e análise dos dados

DI do serviço = 15,3 infecções/1000 cateter-dia

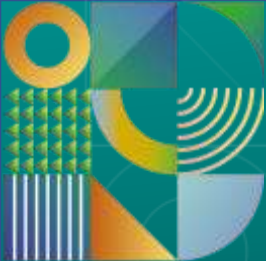
Dados do Boletim Nacional de IRAS

Distribuição da densidade de incidência de IPCSL associada a cateter central das UTI adulto dos hospital notificantes no ano de 2021

Ano	N.Hosp	Dens. Incid.	Pct. 10	Pct. 25	Pct. 50	Pct. 75	Pct. 90	Tx Utilização
2021	1967	5,2	0,0	1,6	4,1	8,0	14,1	67,9
2020	1720	4,3	0,0	1,0	3,3	6,6	11,2	60,0
2019	1636	3,9	0,0	1,0	2,8	5,7	10,0	55,1
2018	1598	4,1	0,0	1,1	3,2	6,3	11,4	55,9
2017	1518	4,4	0,0	1,1	3,2	6,7	10,9	56,0
2016	1429	4,7	0,0	1,0	3,3	6,6	12,0	58,6
2015	1349	4,8	0,0	1,0	3,3	6,9	11,1	56,7
2014	1206	5,1	0,0	1,1	3,6	7,0	11,8	58,6
2013	1130	5,5	0,0	1,4	3,9	8,2	13,6	59,1
2012	1017	5,7	0,0	1,5	4,3	8,6	14,8	61,3

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa

DI 15,3



Consolidação, tabulação e análise dos dados

O que fazer?

- ✓ Rever e adequar os processos de trabalhos e os protocolos.
- ✓ Elaborar protocolos
- ✓ Rever e adequar os métodos de vigilância,
- ✓ Rever e intervir na estrutura do serviço para viabilizar ações de prevenção e controle (evitar quebras de barreiras).
- ✓ Reforçar ou realizar capacitação da equipe
- ✓ Envolver o paciente como agente ativo no seu cuidado
- ✓ Definir Plano de ação



Notificação dos dados

Notificação dos dados



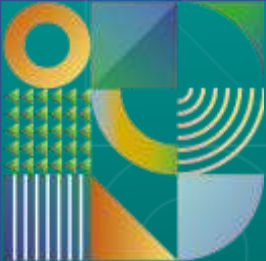
NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 02/2025
Orientações para a notificação dos Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos (RAM) - Ano: 2025

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Terceira Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília, 02 de janeiro de 2025

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	4
2. ESCOPO.....	5
3. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O ACESSO E PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS NACIONAIS DE NOTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE IRAS – ANO: 2025:.....	6
I - Acesso ao formulário de notificação.....	6
II - Orientações para o preenchimento dos formulários de notificação	8
4. ALTERAÇÕES REALIZADAS NOS FORMULÁRIOS DE NOTIFICAÇÃO DE IRAS E RAM PARA O ANO DE 2025:.....	15
I - Alterações nos formulários de notificação dos indicadores nacionais de IRAS e RAM - UTI (adulto, pediátrica e neonatal)	15
II - Alterações no formulário de notificação dos indicadores nacionais de IRAS e RAM – DIÁLISE... ..	17
III - Alterações no formulário de notificação dos indicadores nacionais de IRAS e RAM – INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO.....	17
5. ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA EVITAR ERROS DE NOTIFICAÇÃO:	19
6. CONCLUSÃO.....	26
7. ENDEREÇOS ELETRÔNICOS PARA ACESSAR OS FORMULÁRIOS NACIONAIS DE NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE:.....	28



Notificação dos dados

Notificação de IRAS e RAM

UTI ADULTO - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/632455?lang=pt-BR>

UTI PEDIÁTRICA - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/934782?lang=pt-BR>

UTI NEONATAL - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/944732?lang=pt-BR>

CENTRO-CIRÚRGICO/CENTRO OBSTÉTRICO - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/683427?lang=pt-BR>

DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD) DE ANTIMICROBIANOS - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/298235?lang=pt-BR>

SERVIÇO DE DIÁLISE - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/949273?lang=pt-BR>

CONSUMO DE PRODUTOS PARA HIGIENE DAS MÃOS - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/314533?lang=pt-BR>

SURTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/742771?lang=pt-BR>

VIGILÂNCIA DE ENDOFTALMITES - <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/933244?lang=pt-BR>



**"Sem dados você
é apenas uma
pessoa qualquer
com uma opinião."**

- W. Edwards Deming,
Data Scientist



Muito obrigada!
gvims@anvisa.gov.br