

# DOCUMENTAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA A CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH) E ORIENTAÇÕES GERAIS

GERÊNCIA DE RISCO  
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

GRSS/VISA-DF



## DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA O FUNCIONAMENTO DO SCIH

- Documento de nomeação do SCIH do ano vigente: membros consultores e executores (com descrição de carga horária dos profissionais executores);
- Regimento interno do SCIH;
- Programa de Controle de Infecção Hospitalar do ano vigente, contemplando minimamente: - Assinatura/aprovação da Direção (ata, documento oficial); - Vigilância Epidemiológica de IRAS; - Indicadores; - Controle de Microrganismos Multirresistentes; - Controle de Antimicrobianos; - Treinamentos.
- Cronograma de treinamento em prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) do ano vigente;
- Cronograma de auditorias internas do SCIH do ano vigente;
- Registro das reuniões da SCIH, conforme regimento (ata e lista de presença).



## NOTA TÉCNICA GRSS/DIVISA Nº 01/2024

- O documento estabelece o monitoramento complementar de casos de pacientes com infecção e/ou colonização por bactérias multirresistentes (BMR) de interesse no DF;
- A medida aplica-se a todos os hospitais públicos, privados e militares do DF e é direcionada às unidades de terapia intensiva (ou unidades de internação em hospitais que não possuem terapia intensiva);
- Informamos que o **SCIH deve realizar mensalmente, até o 15º dia do mês subsequente, o envio da planilha "Notificação Mensal BMR - DF"**, devidamente preenchida, conforme descrito na **Nota Técnica nº 01/2024**.
- [CLIQUE AQUI](#) para ter acesso a planilha.

## NOTAS TÉCNICAS E FORMULÁRIOS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE IRAS:

Para acesso a todas as notas técnicas e formulários referentes a notificação obrigatória das IRAS [clique aqui](#).

## ANEXOS - Nota Técnica GRSS/DIVISA Nº 01/2024:

**Planilha "Notificação Mensal BMR - DF"**: que deverá ser alimentada mensalmente com os dados do hospital e da(s) unidade(s) monitorada(s) e encaminhada à GRSS até o 15º dia do mês subsequente ao mês de vigilância.

**Apresentação** da reunião junto aos serviços de controle de infecção dos hospitais do DF, realizada em 25/01/24, com exemplo de preenchimento da planilha;

**Planilha de consolidado para uso exclusivo do hospital**, caso deseje, a fim de compilar os dados do ano e fornecer o cálculo dos indicadores (esta planilha não deve ser encaminhada a GRSS);

Outras publicações de apoio ao SCIH podem ser encontradas na página da GRSS [clikando aqui](#).



## PROTOSCOLOS MÍNIMOS RELACIONADOS AO CONTROLE DE IRAS:

### PROTOSCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS (COMPARTILHADO COM O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE) DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Descrição das técnicas de higiene de mãos: Higiene simples das mãos (sabonete líquido e água); Higiene antisséptica das mãos (sabonete líquido associado a antisséptico) e água; Fricção antisséptica das mãos (com preparação alcoólica para as mãos);
- Os “cinco momentos” para higiene das mãos;
- Indicadores para monitoramento da adesão às práticas de higiene das mãos (por exemplo, consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos);
- Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prática de higiene das mãos.

### PROTOSCOLO DE PRECAUÇÕES PADRÃO DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Orientações para uso de EPIs;
- Orientações para manejo de perfurocortantes.
- Orientações para etiqueta respiratória.

### PROTOSCOLO DE PRECAUÇÕES ADICIONAIS + LISTA COM CLASSIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES DO SERVIÇO DE SAÚDE;

Protocolo de Precauções Adicionais devendo conter, minimamente:

- Orientações para precaução de contato;
- Orientações para precaução de gotícula;
- Orientações para precaução de aerossol;
- Lista com classificação de Bactérias Multirresistentes do serviço de saúde (bactérias e respectivos perfis de resistência que são considerados como BMR). Ex: bactérias importantes não contempladas/perfil de sensibilidade que não representa multirresistência.

### PROTOSCOLOS DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DE SUPERFÍCIES (ATENÇÃO PARA PROTOSCOLO DE LIMPEZA CONCORRENTE DO LEITO DO PACIENTE) CONTENDO, MINIMAMENTE:

- Frequência;
- Técnicas/produtos.

### PROTOSCOLO DE VIGILÂNCIA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Critérios para coleta de culturas de vigilância;
- Critérios para manutenção e suspensão de precaução de contato.

### PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DO USO DE ANTIMICROBIANOS NO SERVIÇO DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Como é realizado o controle de ATM;
- Necessidade de justificativa de prescrição de ATM ou outras medidas restritivas;
- Avaliação de prescrição pela Farmácia/CCIH;
- Definição do escopo de antimicrobianos controlados (todos ou restritos);
- Responsabilidades da Farmácia no gerenciamento de ATM;
- Responsabilidades da CCIH no gerenciamento de ATM;
- Previsão de indicadores de monitoramento.

### PROTOSCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Boas práticas para inserção de CVC;
- Higiene das mãos;
- Preparo da pele com antisséptico;
- Utilização de barreira máxima com: luvas estéreis, avental estéril, gorro, máscara e óculos de proteção, campo estéril que cubra todo o corpo do paciente;
- Seleção do sítio de inserção;
- Revisão diária da necessidade de permanência do CVC;
- Boas práticas para manutenção de CVC.

### PROTOSCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Higiene das mãos antes e após a inserção do cateter / manuseio do sistema;
- Indicações para sondagem vesical de demora
- Boas práticas para inserção e manutenção de SVD.

### PROTOSCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30° e 45°;
- Adequar diariamente o nível de sedação e realizar o teste de respiração espontânea;
- Realizar a higiene oral com antissépticos
- Aspirar a secreção subglótica rotineiramente e atentar para os períodos de troca do circuito do ventilador;
- Observar a indicação e cuidados com umidificadores e sistemas de aspiração;
- Orientações estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção da pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica.

### PROTOSCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (SE HOVER CENTRO CIRÚRGICO) DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Antibioticoprofilaxia;
- Medidas de prevenção no pré-operatório;
- Medidas de prevenção no perioperatório;
- Medidas de prevenção no pós-operatório.

### PROTOSCOLO DE ANTIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA (SE HOVER CENTRO CIRÚRGICO) DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Terapia e dose conforme os tipos de cirurgias.

### PROTOSCOLO DE TRATAMENTO DE IRAS DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Descrição das terapias empíricas, conforme topografias e/ou microrganismos (minimamente: respiratório, urinário e IPCS).

### PROTOSCOLO DE TRATAMENTO DE INFECÇÕES COMUNITÁRIAS DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:

- Descrição de terapias conforme tipos de infecções comunitárias (minimamente: respiratório, urinário e sepsis).

# DOCUMENTAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA A CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP) E ORIENTAÇÕES GERAIS

## DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA O FUNCIONAMENTO DO NSP:

- Documento de nomeação do NSP;
- Regimento interno do NSP;
- Plano de Segurança do Paciente do ano vigente, contemplando, minimamente: - aprovação da Direção (assinatura, atas); - análise da situação (diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais); - objetivos, estratégias, ações, metas, indicadores de acompanhamento (abrangendo as 6 metas de segurança do paciente, Diretrizes para OPME, Diretrizes para nutrição enteral/parenteral, Diretrizes para sangue e hemoderivados); captação, monitoramento e comunicação de eventos adversos;
- Cronograma de treinamento em relação às ações de promoção de segurança do paciente do ano vigente;
- Cronograma de auditorias internas do NSP do ano vigente;
- Registro das reuniões do NSP (ata e lista de presença).

## PROTOCOLOS MÍNIMOS RELACIONADOS ÀS 6 (SEIS) METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE:

### **META 1: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE DEVENDO TER, MINIMAMENTE:**

- Uma forma de identificação a todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório);
- Orientação para utilização de no mínimo dois identificadores (por exemplo, nome completo do paciente, data de nascimento do paciente, ou número de prontuário do paciente), além da orientação para confirmação verbal da identificação do paciente, antes de administrar qualquer medicamento ou realizar qualquer procedimento. Para a identificação do recém-nascido, a pulseira de identificação deve conter a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido;
- O protocolo recomenda procedimentos de identificação segura (por exemplo, antes da administração de medicamentos; administração do sangue; administração de hemoderivados; coleta de material para exame; entrega da dieta e realização de procedimentos invasivos, conferência antes da conexão do dialisador e linhas de uso múltiplo, no caso de reuso; antes de programar a sessão hemodialítica na máquina, presença de alergias);
- Para os serviços de diálise de haver uma forma de identificação de dialisador e linhas, durante o armazenamento e antes da conexão no paciente (com dupla checagem e confirmação verbal), no caso do serviço que realiza o reuso, exceto os serviços que realizam somente diálise peritoneal;
- Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de eventos adversos relacionados à identificação do paciente;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados à identificação do paciente (ou referência ao protocolo de notificação interna de Eventos Adversos do serviço);
- Indicador de monitoramento.

### **META 2: PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA (MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE) DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:**

- Orientações para passagem de plantão;
- Orientações para visitas multidisciplinares;
- Orientações para transferência intra hospitalar de pacientes;
- Orientações para preenchimento de prontuários;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados à comunicação (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço).

### **META 3: PROTOCOLO DE MEDICAÇÃO SEGURA (MELHORAR A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, NO USO E NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS) DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:**

- Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos (prescrição com identificação do paciente, do prescritor, da instituição e da data de prescrição; legibilidade; padronização de lista de abreviaturas, símbolos e expressões de dose que NÃO devem ser utilizadas);
- Itens de verificação para a dispensação segura de medicamentos (análise das prescrições e conferência de todos os medicamentos a serem dispensados, em especial aqueles considerados potencialmente perigosos ou de alta vigilância);
- Itens de verificação para a administração segura de medicamentos;
- Recomendações específicas para prescrição de antimicrobianos, gerenciamento do uso de antimicrobianos;
- Recomendações específicas para prescrição, uso, dispensação, administração, suspensão ou dose de ajuste de medicamentos dialisáveis ou parcialmente dialisáveis durante a hemodiálise;
- Lista padronizada dos Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), também conhecidos como Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), da instituição;
- Recomendações específicas para prescrição, uso, dispensação e administração de medicamentos de alta vigilância (heparina, glicose a 50%, cloreto de sódio a 20%);
- Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores sobre as principais medidas de prevenção de eventos adversos relacionados aos erros de medicação;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados a medicamentos (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço);
- Indicador de monitoramento.

**GERÊNCIA DE RISCO**  
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

GRSS/VISA-DF



**META 4: PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA (ASSEGURAR A CIRURGIA EM LOCAL DE INTERVENÇÃO, PROCEDIMENTO E PACIENTE CORRETO) DEVENDO CONTER, MINIMAMENTE:**

- Orientação para aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da Organização Mundial da Saúde (OMS) em três etapas, pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem): antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia;
- No caso de serviços de saúde que realizam partos cirúrgicos, recomenda-se também apresentar o protocolo de parto seguro, com as orientações para aplicação da Lista de Verificação da OMS para Parto Seguro (WHO Safe Childbirth Checklist), adaptada pelo serviço. A lista da OMS está disponível em:  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2015.26>
- Previsão de termo de consentimento livre e esclarecido cirúrgico e anestésico;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados a cirurgias (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço);
- Indicador de monitoramento.

**META 5: PROTOCOLO DE HIGIENE DE MÃOS (HIGIENIZAR AS MÃOS PARA EVITAR INFECÇÃO - META COMPARTILHADA COM O SCIH) DEVENDO CONTER MINIMAMENTE:**

- Descrição das técnicas de higiene de mãos: Higiene simples das mãos (sabonete líquido e água); Higiene antisséptica das mãos (sabonete líquido associado a antisséptico) e água; Fricção antisséptica das mãos (com preparação alcoólica para as mãos);
- Os “cinco momentos” para higiene das mãos;
- Indicadores para monitoramento da adesão às práticas de higiene das mãos (por exemplo, consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos);
- Indicador de monitoramento;
- Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prática de higiene das mãos.

**META 6: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO E PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS (REDUZIR O RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO E DE QUEDAS);**

**O Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão deve conter, minimamente:**

- Determinação e instruções para realização da avaliação de risco de lesão por pressão em todos os pacientes admitidos e durante a internação;
- Descrição das medidas de prevenção de lesão por pressão, com base na avaliação de risco realizada;
- Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de lesões por pressão;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados a LP (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço);
- e) Indicador de monitoramento.

**O Protocolo para Prevenção de Quedas deve conter, minimamente:**

- Determinação e instruções da avaliação de risco de queda em todos os pacientes admitidos e durante a internação;
- Descrição das medidas de prevenção de queda do paciente, com base na avaliação de risco realizada;
- Orientações para registro de quedas nos prontuários dos pacientes;
- Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes / familiares / cuidadores na prevenção de quedas;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados a quedas (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço);
- Indicador de monitoramento.

## DIRETRIZES PARA A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Devem conter minimamente:

- Comunicação de incidentes entre a agência transfusional e o hospital (NSP);
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados à prescrição, uso e administração de Sangue e Hemocomponentes (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço);
- Medidas de prevenção de incidentes relacionados à prescrição, uso e administração de Sangue e Hemocomponentes.

## DIRETRIZES PARA MANUTENÇÃO DE REGISTRO ADEQUADO DO USO DE ÓRTESES E PRÓTESES (CASO SE APLIQUE AO SERVIÇO)

Devem conter minimamente:

- Mecanismo de rastreabilidade de OPME;
- Comunicação de incidentes entre a farmácia (ou setor responsável), SCIH e NSP;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados ao uso de OPME (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço);
- Medidas de prevenção de incidentes relacionados ao uso de OPME.

## DIRETRIZES PARA A SEGURANÇA NAS TERAPIAS NUTRICIONAIS ENTERAL E PARENTERAL

Devem conter minimamente:

- Comunicação de incidentes entre o serviço de nutrição/farmácia/enfermagem e NSP;
- Orientações sobre como notificar incidentes relacionados à terapia nutricional enteral e parenteral (ou referência ao protocolo de notificação interna de EAs do serviço);
- Medidas de prevenção de incidentes relacionados à terapia nutricional enteral e parenteral.

GERÊNCIA DE RISCO  
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

GRSS/VISA-DF



# ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O CADASTRO DO SERVIÇO NOS SISTEMAS **NOTIVISA** e **VIGIMED**

## ORIENTAÇÕES PARA O CADASTRO DO SERVIÇO NO SISTEMA **NOTIVISA**:

A ANVISA orienta agora que as solicitações de cadastro no NOTIVISA estão sendo feitas pelo número: **0800-642-9782**. Não há mais a orientação do envio do e-mail. O arquivo do passo a passo está atualizado no site **[clcando aqui](#)**.



## LINK COM ORIENTAÇÕES PARA O CADASTRO DO SERVIÇO NO SISTEMA **VIGIMED**:

No Sistema VigiMed devem ser notificados todos os eventos adversos relacionados a medicamentos (exemplo: erro de medicação, redução do efeito, suspeita de reação adversa, etc);

Informações sobre o cadastro de notificação no VigiMed estão disponíveis no [link](https://www.gov.br/anvisa/ptbr/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes/vigimed): <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes/vigimed>

A solicitação de cadastro e acesso ao Sistema de notificação VigiMed deve ser realizada junto à ANVISA, por meio de encaminhamento de e-mail para [vigimed@anvisa.gov.br](mailto:vigimed@anvisa.gov.br) com os dados descritos abaixo (da instituição e do colaborador a ser cadastrado):

Nome da instituição  
Endereço e telefone  
CNES  
CNPJ  
Estado/UF  
Nome Completo (colaborador a ser cadastrado)  
E-mail (colaborador a ser cadastrado)

**De acordo com a regulamentação sanitária vigente, a RDC nº 36/2013, todo serviço deve notificar obrigatoriamente todos os eventos adversos relacionados à assistência, bem como os eventos adversos relacionados a medicamentos (farmacovigilância) até o 15º dia útil do mês subsequente ao evento.**

## NOTAS TÉCNICAS

### **Nota Técnica ANVISA Nº 05/2019:**

Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde;

**Comunicado GVIMS/GGTEs/DIRE3/Anvisa nº 02/2024:** Alterações no módulo de notificação de incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde do sistema Notivisa;

**Nota Técnica ANVISA Nº 05/2023:** Prevenção de Lesão Por Pressão;

**GRSS/DIVISA Nº 02/2023:** Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à farmacovigilância no Sistema VigiMed nos Serviços de Saúde do Distrito Federal (atualizada em 28/02/2024).

## ELABORAÇÃO:

Enfermeiro Residente em Vigilância em Saúde pela Escola de Governo Fiocruz Brasília  
Guilherme Ripardo Lustosa

## REVISÃO:

Gerência de Risco em Serviços de Saúde - GRSS  
Fabiana de Mattos Rodrigues

## Equipe Técnica - GRSS

Keyla Caroline de Almeida Macêdo  
Mariana Pereira Elias  
Nathália Beatriz da Silva  
Priscilla Leal Moreira  
Rafaella Bizzo Pompeu Viotti  
Thaís dos Santos Ferreira Torres  
Tiago Pereira Alves

GERÊNCIA DE RISCO  
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

GRSS/VISA-DF



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Vigilância à Saúde  
Diretoria de Vigilância Sanitária  
Gerência de Risco em Serviços de Saúde