



PARTE C

SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Despacho n.º 3844-A/2016

O XXI Governo Constitucional estabeleceu como prioridade a defesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, nesse âmbito, identificou a necessidade de combater as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), as quais são responsáveis por custos que ascendem a cerca de 300 milhões de euros anuais, só na componente de infeções hospitalares.

A infeção adquirida em internamento hospitalar e o aumento das resistências bacterianas aos antibióticos são problemas relacionados, cujo agravamento à escala mundial é deveras preocupante para os serviços de saúde, para os profissionais de saúde e para os cidadãos em geral, na perspetiva da preservação da segurança do doente e da saúde das populações.

Em fevereiro de 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com carácter de programa prioritário de saúde, o qual tem vindo a liderar a estratégia de combate a estes problemas de saúde pública, na Direção-Geral da Saúde (DGS) e em ligação com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD), orientando três vetores de intervenção principais: a campanha de precauções básicas de controlo de infeção, o programa de apoio à prescrição antibiótica e a vigilância epidemiológica de IACS, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos.

Para este processo de vigilância epidemiológica são necessários dados e indicadores obtidos através de diferentes serviços e organismos do Ministério da Saúde, nomeadamente a DGS, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e só a sua análise e interpretação integrada permite a obtenção de conclusões e a definição de estratégias adequadas para esta área.

Só o conhecimento, por parte das unidades de saúde, dos seus dados relativos a infeções associadas aos cuidados prestados, resistências bacterianas e consumo de antibióticos permite a definição e implementação de ações de melhoria, justificando-se assim a criação de mecanismos promotores do retorno regular de informação integrada, sobre estes dados, a cada uma das unidades hospitalares.

Adicionalmente, a gestão do risco clínico e da segurança do doente é outra área em relação à qual importa investir, no sentido de aumentar a qualidade da resposta hospitalar, de minimizar as complicações potencialmente evitáveis e de reduzir a incidência de eventos adversos no SNS.

A implementação efetiva, nas instituições hospitalares, das medidas preconizadas como necessárias à promoção e viabilização de boas práticas na área do controlo de infeção e da gestão do risco/segurança do doente é condição indispensável para melhorar processos e resultados e deve ser incentivada através de mecanismos financeiros com incidência no processo de contratualização que se encontra implementado no SNS.

Assim, determino:

1 — A criação de um grupo de trabalho interinstitucional, que integra a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.).

2 — O grupo de trabalho referido no número anterior é coordenado pela ACSS, I. P.

3 — Este Grupo de Trabalho garante, até final de junho de 2016, os mecanismos que permitam obter os dados e os indicadores, por instituição hospitalar, relativos a consumo hospitalar de antibióticos, resistência antimicrobiana (“microrganismos problema” e “microrganismos alerta”)

e IACS (pneumonia associada à ventilação, infeção relacionada com cateter venoso central em medicina intensiva, infeção da corrente sanguínea, infeção urinária associada a algália e infeção neonatal).

4 — Os dados e indicadores referidos no número anterior constituem o denominado “índice de qualidade PPCIRA”, o qual é composto pelas seguintes variáveis, em relação às quais se definem objetivos para o triénio 2017-2019, nomeadamente:

a) Consumo hospitalar global de antibióticos, medido em DDD por 1000 doentes saídos dia (objetivo: redução de 10 % ao ano);

b) Consumo hospitalar global de carbapenemes, medido em DDD por 1000 doentes saídos dia (objetivo: redução de 10 % ao ano);

c) Taxa de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) no total de *Staphylococcus aureus* isolados em amostras invasivas (sangue e liquor) (objetivo: redução de 5 % ao ano);

d) Taxa de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase no total de *Klebsiella pneumoniae* isoladas em amostras invasivas (objetivo: ≤ 1 %);

e) Ausência de surto de Enterobacteriaceae produtora de carbapenemase nesse ano;

f) Implementação de isolamento, rastreio de doentes com pelo menos um fator de risco de MRSA, conforme Norma anti-MRSA 018/2014, de 9 de dezembro de 2014, atualizada a 27 de abril de 2015, do PPCIRA/DGS;

g) Taxa de adesão ao feixe de intervenções (bundle) de prevenção de infeção de local cirúrgico conforme Norma 020/2015, de 15 de dezembro de 2015, do PPCIRA/DGS (objetivo: n.º de cirurgias com adesão a todas as medidas do feixe/n.º total de cirurgias > 75 %);

h) Taxa de adesão ao feixe de intervenções (bundle) de prevenção de infeção urinária associada a algália, conforme Norma 019/2015, de 15 de dezembro de 2015, do PPCIRA/DGS (objetivo: n.º de algalias com cumprimento de todas as medidas do feixe/n.º total de algalias > 75 %);

i) Taxa de adesão ao primeiro momento da higiene das mãos (objetivo: > 70 %);

j) Participação nos programas de vigilância epidemiológica de infeção relacionada com cateter, de pneumonia associada a ventilador, de infeção de local cirúrgico e de infeção nosocomial da corrente sanguínea (objetivo: cumprimento destas vigilâncias em pelo menos 9 dos 12 meses).

5 — As variáveis que compõem o “índice de qualidade PPCIRA” são produzidas semestralmente e disponibilizadas até ao final do mês seguinte aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde, aos Conselhos de Administração dos Hospitais e Unidades Locais de Saúde e aos Grupos Coordenadores Locais do PPCIRA, competindo a estes discutir e interpretar estes dados e indicadores por instituição hospitalar, implementando as necessárias intervenções e estratégias de melhoria contínua.

6 — As entidades que compõem o grupo de trabalho interinstitucional acompanham de forma continuada a evolução do “índice de qualidade PPCIRA” nas várias instituições hospitalares e efetuam as recomendações de melhoria que considerem mais adequadas.

7 — O “índice de qualidade PPCIRA” é integrado no processo de contratualização de cuidados de saúde que se encontra implementado no Serviço Nacional de Saúde, ficando associado a partir do ano de 2017 à aplicação de incentivos no âmbito dos contratos-programa estabelecidos anualmente entre as Administrações Regionais de Saúde e as instituições hospitalares, de forma a premiar as boas práticas e a melhoria da qualidade numa área crítica para a gestão hospitalar e para a segurança dos utentes.

8 — Podem ser chamados a colaborar com o Grupo de Trabalho outros elementos, a título individual ou como representantes de serviços ou organismos do Ministério da Saúde ou de outras instituições.

10 de março de 2016. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,
Fernando Manuel Ferreira Araújo.

209432072