



Editorial

O último trimestre do ano teve entre os focos da mídia uma avalanche sobre a superbactéria. A KPC revelou de maneira pouco sutil a dificuldade do país em lidar com ameaças microbiológicas, mesmo as velhas conhecidas, como a resistência bacteriana. Já descrita em partes do território nacional desde 2005, é a realidade da quase ausência de opção terapêutica para enterobactéria, às nossas portas, em velocidade surpreendente.

Para nós que atuamos com controle de infecção, e as vivências de surtos ensinaram a utilizar o caos a favor de conseguir as melhorias previamente apontadas e ainda pendentes, quem sabe essa oportunidade. Não são incomuns atendimentos (ainda que provisórios) das necessidades de insumos, e por vezes até de recursos humanos.

Do ponto de vista prático, aceleradas as legislações sobre controle de venda de antimicrobianos com retenção de receita, e sobre a obrigatoriedade dos serviços de saúde em disponibilizar solução alcoólica para higiene das mãos nos pontos de assistência. Ainda, em nota técnica sobre diagnóstico, prevenção e controle por microrganismo multirresistente, a ANVISA orienta adoção de pontos para interpretação de sensibilidade das Enterobacteriaceae, diferentes dos propostos pelo CLSI - documento seguido pelo país até então – para avaliar sensibilidade ou resistência a determinado antimicrobiano. Orienta também possibilidade de encaminhamento de amostras aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN).

Quantos laboratórios no país têm capacidade de identificar corretamente um agente causador de infecção? Quantos hospitais têm recurso humano *capacitado* e em número adequado para atender demanda com segurança? Quantos dispõem de insumos (sabão, papel toalha, solução alcoólica, aventais, luvas) suficientes? E a qualidade desses produtos?

Os LACEN darão conta da demanda provavelmente crescente, ou corremos risco de revisita aos tempos H1N1? Quantos serviços usam medicamentos “similares”?

Hospitais públicos com Pregão, muitas vezes, dificultando a aquisição de produtos de qualidade. Serviços de saúde sem cultura de investir em prevenção. Onde o privado ganha com o uso de antimicrobiano de alto custo (e amplo espectro). Onde o público parece amarrado em burocracias - as culpadas em impedir correção de não-conformidades crônicas?

No mundo da saúde onde as demandas não-nobres parecem querer engolir quase todos, mas ainda sobrevivem tão bem *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, VRE, MRSA, vamos torcer, sinceramente, para que a KPC não vire parte da paisagem.

Dra. Gláucia Varkulja

Médica Infectologista HCFMUSP/H. São Camilo Santana. CRM-SP 93.885.

Dia mundial de luta contra a Aids

O dia 1º de dezembro foi escolhido como **Dia mundial de luta contra a Aids** e reúne pessoas de todo o mundo para ampliar a conscientização, prevenção e tratamento sobre o HIV/Aids e a solidariedade internacional diante da pandemia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde existem 33,4 milhões de pessoas vivendo com HIV, de acordo com dados publicados em 2008.

Estima-se que 2,7 milhões foram infectadas com o vírus e 2 milhões morreram de Aids no mesmo ano. A África subsaariana continua a ser a região mais afetada pelo HIV e representou 67% das infecções por HIV no mundo, 68% das novas infecções pelo HIV entre os adultos e 91% das novas infecções pelo HIV entre as crianças. A região também foi responsável por 72% das mortes relacionadas à Aids no mundo em 2008.

Em relação ao Brasil, até o período de junho de 2009 foram notificados 462.237 casos de Aids, representando 85% do total de casos (544.846).

Considerando-se as regiões do país, entre 1980 e junho de 2009 foram identificados 21.389 casos na Região Norte (4%); 64.706 no Nordeste (12%); 323.069 no Sudeste (59%); 104.671 na Região Sul (19%); e 31.011 na Centro-Oeste (6%).

Fonte: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_aids_day/en/index.html www.aids.gov.br: Boletim Epidemiológico AIDS.DST Ano VI nº01

Sumário

Editorial.....	1
Ciência e Prática.....	2
De Interesse.....	3
Aconteceu.....	5
Painel do Sócio.....	6
Calendário de Eventos.....	7

De KPC, resistência bacteriana e deficiências

Dr. Ícaro Boszczowski

*Médico Infectologista Assistente da CCIH HC/FMUSP; Coordenador da CCIH do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch.
CRM-SP 92.271.*

Na última década, a emergência de enterobactérias resistentes aos carbapenêmicos (ERC) tornou-se um problema epidemiológico importante em vários países. Atualmente, em países como Estados Unidos, Israel e Grécia, a ERC mais frequente é a *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC). No Brasil, não conhecemos a real dimensão da ocorrência de ERC e, por consequência, a participação das KPC dentro desse grupo. Em revisão dos casos nacionais apresentados no último Congresso de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar pela Dra. Simone Nouér, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tem-se registro da ocorrência de infecção por KPC desde 2005, seguindo-se a quatro casos em Unidade de Terapia Intensiva em Recife em 2006. Atualmente, já há registro da ocorrência de KPC nos Estados da Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná.


Um aspecto importante desse mecanismo de resistência é que o gene que codifica esta carbapenemase pode ser transmitido a outras bactérias da mesma espécie e a espécies diferentes, o que faz aumentar o risco de disseminação.

A identificação laboratorial da KPC é uma tarefa difícil, uma vez que bactérias portadoras do gene de resistência podem manter concentrações inibitórias mínimas mais baixas para alguns carbapenêmicos, sendo necessária a utilização de métodos específicos capazes de apontar para este mecanismo.

Em nota técnica publicada pela ANVISA em outubro de 2010 há um conjunto de orientações para os laboratórios

clínicos em relação à identificação. A posterior confirmação ocorrerá em Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), para aqueles que não dispuserem de capacidade instalada para tal; ressalte-se, a maioria. A nota orienta, ainda, sobre as medidas de prevenção e controle para a disseminação destas bactérias, medidas que já são utilizadas para o controle de outras bactérias multirresistentes, em que pesem todas as dificuldades encontradas e já levantadas pela Dra. Glaucia Varkulja em seu artigo nesta edição.

Neste momento, nos parece oportuna a retomada de um projeto de monitorização da resistência bacteriana em nível nacional. Há uma grande lacuna em termos epidemiológicos em nosso país a esse respeito. Neste sentido, o Estado de São Paulo é o que mais informação dispõe, embora ainda haja muito por fazer. Por definição do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, está prevista para 2011 a incorporação da notificação de infecções da corrente sanguínea causada por *Klebsiella* sp resistente aos carbapenêmicos e por “outras enterobactérias” resistentes aos carbapenêmicos, ampliando-se o conjunto de agentes multirresistentes notificáveis no Estado. É importante, mas a informação ainda será muito limitada. Precisamos conhecer a ocorrência dentro de um universo maior das infecções relacionadas à assistência à saúde, dados de colonização, dinâmica de transmissão em nosso meio, além de formas eficientes de prevenção.

Para tanto serão necessários mais investimentos em educação, estrutura, compromisso e compartilhamento de responsabilidades em todos os níveis da gestão pública e privada dos serviços de saúde. 

Indicadores de infecção hospitalar no Estado de São Paulo

Dra. Denise Brandão de Assis

Médica Diretora Técnica da Divisão de Infecção Hospitalar - CVE/SES CRM-SP 101.859.

Desde 2008 a ANVISA vem trabalhando com grupos técnicos para a definição de critérios nacionais e de um indicador nacional de infecção hospitalar (IH).

O Comitê Estadual de Infecção Hospitalar do Estado de São Paulo, coordenado pela Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), discutiu os novos critérios e sugestões foram encaminhadas à ANVISA.

Durante o XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar em setembro de 2010, foi feita a divulgação do indicador nacional.

A partir de então passa a ser obrigatória a notificação de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter venoso central para todo serviço de saúde do território nacional, público ou privado, que totalizem dez ou mais leitos de UTI (adulto, pediátrica e neonatal).


Os hospitais devem fazer, também, o cadastramento das suas comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH).

O Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo já coleta e divulga indicadores de IH sistematicamente há seis anos, com adesão de 83% dos hospitais do Estado.

Os hospitais do Estado foram orientados a fazer o cadastramento das suas CCIH, mas o envio de dados à ANVISA é de responsabilidade da Divisão de Infecção Hospitalar do CVE, evitando a notificação de dados em dois sistemas diferentes.

Dessa forma, não há alterações no fluxo de envio de dados no Estado, ou seja, os hospitais devem continuar a encaminhar seus indicadores de IH por meio das planilhas padronizadas ao sistema estadual.

O Manual de Critérios Diagnósticos de IH do Estado está sendo revisado com base nas recomendações da ANVISA e do Centers for Diseases Control and Prevention (CDC).

A divulgação desse manual será realizada a partir de fevereiro de 2011 no site do CVE (http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_ihb.html), onde podem ser acessadas, também, informações atualizadas de IH. 

Novas resoluções da ANVISA

No período de agosto a outubro de 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) disponibilizou em seu site (www.anvisa.gov.br) quatro novas resoluções que envolvem direta ou indiretamente a área de Prevenção e Controle de In-

fecção. Três delas fazem recomendações sobre produtos saneantes, e uma sobre álcool-gel em ambientes hospitalares. Abaixo, descrevemos um breve resumo sobre cada uma dessas “RDC”.

1) Resolução - RDC nº 33, de 16 de agosto de 2010:

Essa resolução dispõe sobre a **proibição** de registro de novos produtos saneantes na categoria “esterilizante” para aplicação sob a forma de imersão, e a adequação dos produtos esterilizantes hospitalares para artigos semicríticos já registrados na ANVISA.

De acordo com esta RDC, os produtos registrados até então como “esterilizantes para aplicação sob a forma de imersão” serão reclassificados como “desinfetante hospitalar para artigos semicríticos”.

As empresas detentoras do registro de produtos enquadrados na categoria “desinfetante hospitalar para artigos semicríticos” terão prazo de 360 dias, a partir da data de publicação desta resolução, para apresentarem laudo de comprovação de eficácia frente a *Mycobacterium massiliense*.

2) Resolução - RDC nº 34, de 16 de agosto de 2010:

Essa resolução dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos saneantes desinfetantes, cujo objetivo é estabelecer definições, características gerais, substâncias ativas e coadjuvantes de formulações permitidos, forma de apresentação, advertências e cuidados a serem mencionados na rotulagem de produtos saneantes desinfetantes, de forma a minimizar o risco à saúde do usuário.

A partir da publicação dessa Resolução, os registros devem atender na íntegra ao disposto nesta RDC.

3) Resolução - RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010:

Essa resolução dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos com ação antimicrobiana utilizados em artigos críticos e semicríticos. O objetivo dessa RDC é definir, classificar e regulamentar as condições para o registro e rotulagem de produtos com ação antimicrobiana utilizados em artigos críticos e semicríticos, comercializados em unidades de assistência à saúde.

Nessa resolução, os produtos são classificados em: desinfetante de nível intermediário, desinfetante de alto nível, esterilizante. Com o objetivo de avaliar a atividade antimicrobiana desses produtos,


foram incluídos alguns micro-organismos para testes, tais como *Escherichia coli*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Candida albicans*, *Mycobacterium smegmatis*, *Mycobacterium bovis* (BCG), *Mycobacterium massiliense*, etc.

A partir da publicação dessa Resolução, foram revogadas as disposições em contrário, em especial a Portaria SVS/MS nº15, de 23 de agosto de 1988.

4) Resolução - RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010:

Essa resolução dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, seja qual for o seu nível de complexidade. Os objetivos dessa RDC são: instituir e promover a higienização das mãos nos serviços de saúde do país, por meio de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos; prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

As preparações alcoólicas para fricção antisséptica das mãos devem ser disponibilizadas nas seguintes áreas: pontos de assistência e tratamento, salas de triagem, pronto-atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatórios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios, serviços de atendimento móvel e locais onde são realizados procedimentos invasivos.

Quanto ao local da instalação dos dispensadores, os mesmos devem ser disponibilizados em locais visíveis e de fácil acesso, e à beira do leito do paciente. Vale ressaltar que os locais da disponibilização devem ser definidos em parceria com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. 

Enfa. Adriana M. Silva Felix

Enfermeira do SCIH do HCor

Aluna de Doutorado em Enfermagem - EERP - USP

COREN-SP 0077460.

Aliança Mundial para a Segurança do Paciente - Cirurgias Seguras Salvam Vidas

Dra. Vera Regina de Paiva Costa

Coord. Núcleo Municipal de Controle de Infecção Hospitalar COVISA-SP. COREN-SP 18.686.

As Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde - IRAS, frequentemente são resultado de não conformidades ocorridas durante o processo de atendimento. A partir de 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do programa **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente**, “*World Alliance for Patient Safety*”, elegeu como uma prioridade a redução de danos ao paciente, inerente ao atendimento hospitalar. Foi elaborado o primeiro roteiro de cirurgia segura – **Lista de verificação de segurança cirúrgica** (*safe surgery checklist*). O conceito de hospital seguro é o mais valorizado no mercado da área da saúde, combinando a redução de custos com a eficácia.

Neste informe técnico destacaremos aspectos relacionados à infecção do sítio cirúrgico como resultado de práticas não seguras de assistência. De acordo com o programa **Cirurgias Seguras Salvam Vidas**, “*Safe Surgery Saves Lives Study Group*”, são realizadas 234 milhões de cirurgias no mundo/ano (uma para cada 25 habitantes). O mesmo grupo destaca que 19 itens devem ser atendidos para a redução de complicações cirúrgicas e de óbitos associados ao procedimento cirúrgico, incluindo a identificação correta do paciente, procedimentos médicos realizados, prevenção de complicações cirúrgicas em três momentos distintos: na admissão do paciente no centro cirúrgico, em sala de cirurgia e ao término da cirurgia.

As infecções do sítio cirúrgico constituem causa de re-hospitalização e reoperação, além de óbito em pacientes cirúrgicos. A ocorrência de infecção do sítio cirúrgico em pacientes que se apresentavam com baixo risco para esta complicação está relacionada à falta de adesão aos procedimentos de segurança hospitalar. Abaixo, citamos alguns itens considerados importantes como prática segura de assistência ao paciente cirúrgico e com interface nas práticas de prevenção e controle de infecção:

1. Práticas Seguras no PRÉ-OPERATÓRIO:

- a. higiene de mãos;
- b. reduzir ao máximo o tempo de hospitalização no pré-operatório;
- c. controle glicêmico e tratamento de processos infecciosos em

outras topografias, com base em avaliação clínica pré-operatória;

- d. boas condições de higiene pessoal do paciente;
- e. uso racional de tricotomia do sítio operatório. Se for necessário, utilizar técnica apropriada (não lesiva à pele do paciente);
- f. profilaxia com antibióticos em cirurgia, conforme protocolo baseado em evidências;
- g. higiene, antisepsia e paramentação correta da equipe de cirurgia;
- h. uso de materiais e artigos limpos e esterilizados, em conformidade com os indicadores de segurança sanitária.


2. Práticas Seguras no TRANSOPERATÓRIO:

- a. higiene de mãos;
- b. preparo do campo operatório, com o uso de antisséptico degermante e alcoólico. Em cirurgias de longa duração recomenda-se o uso de clorexidina em decorrência do seu efeito residual mais prolongado, a menos que existam contraindicações;
- c. emprego de técnica cirúrgica asséptica, com menor risco de trauma tecidual e de falhas na hemostasia;
- d. utilização de drenos com sistema fechado;
- e. reduzir superlotação na sala de cirurgia;
- f. garantir suporte de oxigenoterapia.

3. Práticas Seguras no PÓS-OPERATÓRIO:

- a. higiene de mãos;
- b. utilização de curativos com técnica asséptica;
- c. troca de curativos em caso de umidade ou sujidade local;
- d. não utilizar antibióticos com finalidade preventiva até a retirada de drenos ou pontos da incisão;
- e. diagnóstico e tratamento precoces de infecções de sítio cirúrgico e complicações, tendo como princípio a avaliação médica criteriosa.

A adesão às práticas seguras de atendimento ao paciente cirúrgico envolve vários setores do hospital, no sentido de garantir à equipe de cirurgia as condições apropriadas para a realização dos procedimentos, reduzindo-se os riscos de infecção cirúrgica e de outras complicações passíveis de prevenção.


O monitoramento da adesão às práticas de biossegurança, além da revisão e melhoria contínua dos processos assistenciais, deve envolver a equipe multidisciplinar e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Eventuais erros ou não conformidades devem ser monitoradas, por meio da vigilância epidemiológica, observando-se o cenário real da qualidade de atendimento prestado no serviço de saúde, sendo uma oportunidade para a execução de melhorias com foco na segurança. 

Referências bibliográficas consultadas

1. Organização Mundial da Saúde: *Safe Surgery Saves Lives*. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>. Acessado em 16 de julho de 2010.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS): *Surgical Site Infection prevention and treatment*, 2008. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11743/42378/42378.pdf>. Acessado em 16 de julho de 2010.
3. Lindenauer P. National Surgical Infection Prevention. Disponível em http://nj.gov/health/healthfacilities/presentations/prevention_lindenauer.pdf. Acessado em 16 de julho de 2010.

 **Painel do Sócio**

A APECIH obteve da *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA) a permissão para traduzir todo o suplemento volume 29, número 10, outubro de 2008, pp. 901-994, da sua publicação oficial *Infection Control and Hospital Epidemiology*, cujo título é *Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos*. O objetivo é tornar acessível em língua portuguesa esta revisão das práticas de maior impacto na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

O presente documento é de domínio público e deve ser amplamente divulgado entre todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde em diferentes níveis, como administração, assistência direta, prevenção e controle de infecções, representantes dos usuários e outros interessados. Não deixe de acessar: <http://www.apecih.org.br/DownloadMelhorando.asp> 

Mensagem aos sócios

Dra. Glaucia Varkulja

Médica Infectologista HC-FMUSP/ Hospital São Camilo, Santana. CRM 93.885.

Voou! Natal chegando, 2011 batendo à porta, e a fase de reflexões, rotina tão típica e inevitável dos finais de ano, já se insinua no íntimo de cada um.

Os caminhos escolhidos são colocados em xeque.


O tempo todo fazemos escolhas. Ao abraçar uma profissão. Ao fazer alianças com quem acreditamos comungar mesmos ideais e princípios.

Atuar nos bastidores dos serviços de saúde é sempre surpreendente. Infelizmente, a surpresa pode passar ao largo do que julgávamos encontrar logo que saímos do banco da faculdade. Quando em silêncio, é possível ouvir, em tão alto e perturbador volume, um eco: “e agora?” Agora, a escolha.

Acreditar que escolhemos bem dependerá basicamente do quanto depositamos de valor no ser humano, inclusive em nós mesmos. Cada caminho, o respeito a quem resolveu que por ali seguiria.

Crer no que nasce é tão fácil! Ainda não traz motivos para reações defensivas, se revela aos poucos. Saberemos do ano apenas quando começarmos a atravessá-lo.

Que ecoe em nós a tranquilidade do que construímos. A solidez do caminho que sonhamos para 2011 e além continuará a ser feita a cada passo.

Então, que sejam as nossas escolhas essencialmente felizes! 

XLIII - CURSO BÁSICO - INTRODUÇÃO AO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
APECIH

21 de março a 1º de abril/2011
 São Paulo, SP
 Informações: (11) 3253-8229
www.apecih.org.br

IX SUL ENCONTRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO
AGIH

29 de junho a 02 de julho/2011
 Gramado, RS
 Informações: www.agih.org.br

CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA
SBI

24 a 27 de agosto/2011
 Brasília, DF
 Informações: www.infectologia.org.br

III CONGRESSO BRASILEIRO DE TRATAMENTO DE FERIDAS
SOBENFEE

25 a 28 de outubro/2011
 Rio de Janeiro, RJ
 Informações: www.sobenfee.org.br

APECIH


Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - APECIH
 Endereço: Rua Itapeva, 486 - conj. 106 - Bela Vista - CEP 01332-000 - São Paulo - SP
 Tel/Fax: (11) 3253-8229 - e-mail: apecih@uol.com.br

O jornal da APECIH é uma publicação trimestral dirigida particularmente aos associados e editada pela diretoria, sob coordenação da Comissão de Divulgação.

DIRETORIA DA APECIH - Triênio: 2008-2011

Presidente: Vera Lúcia Borrasca

Vice-presidente: Rosana Richtmann

1º Secretário: Ícaro Boszczowski

2ª Secretária: Alessandra Santana Destra

3ª Secretária: Claudia Vallone Silva

1ª Tesoureira: Márcia Vanusa Lima Fernandes

2ª Tesoureira: Francisco Ivanildo de Oliveira Jr.

3ª Tesoureira: Cláudia Mangini

Suplentes: Adriana Maria da Silva Felix e Paula Marques de Vidal

Conselho Fiscal Efetivo: Sílvia Figueiredo Costa, Gláucia Varkulja e Adriana Maria da Costa e Silva

Conselho Fiscal Suplente: Luiz Carlos Ribeiro Lamblet e Lourdes das Neves Miranda

Comissão de Divulgação: Adriana Maria da Silva Felix, Claudia Vallone Silva e Paula Marques de Vidal

Comissão Científica: Alessandra Santana Destra, Ícaro Boszczowski e Lourdes das Neves Miranda

Comissão de Qualificação Profissional: Sílvia Figueiredo Costa e Rosana Richtmann

Relações Públicas: Francisco Ivanildo de Oliveira Jr.

DIRETORIA REGIONAL SANTOS - Triênio: 2008-2011

Presidente: Márcia Valadão Albernaz

Vice-Presidente: Elizabeth Rodrigues Peres Luzio

Secretária: Maria Fátima dos Santos Cardoso

1ª Tesoureira: José Ricardo de Moraes Wilmers

2ª Tesoureira: Marco Antônio Barbosa dos Reis

Publicação produzida pela Office Editora e Publicidade Ltda. Diretor Responsável: Nelson dos Santos Jr. - *Diretora Executiva:* Waléria Barnabá - *Diretor de Arte:* Roberto E. A. Issa - *Publicidade:* Adriana Pimentel Cruz, Rodolfo B. Faustino e Denise Gonçalves - *Jornalista Responsável:* Cynthia de Oliveira Araujo (MTb 23.684) - *Redação:* Flávia Lo Bello, Luciana Rodriguez e Eduardo Ribeiro - *Gerente de Produção Gráfica:* Roberto Barnabá - *Departamento Jurídico:* Marthá Maria de Carvalho Lossurdo (OAB/SP 154.283). Office Editora e Publicidade Ltda - Rua General Eloy Alfaro, 239 - Chácara Inglesa - CEP 04139-060 - São Paulo - SP - Brasil - Tel.: (11) 5594-1770 • 5594-5455 - e-mail: office.editora@uol.com.br. É proibida a reprodução total ou parcial dos artigos sem autorização dos autores e da editora. Os pontos de vista aqui expressos refletem a experiência e as opiniões dos autores. Os conceitos aqui emitidos são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a opinião da editora. (16210B)

**Seja confiante em sua decisão.
Mantenha-se saudável com a higiene diária das mãos.**

Produtos  para higiene das mãos



Antisséptico instantâneo à base de álcool.
Líder mundial em higienização.

- Eliminação total de 99,99% dos germes e bactérias;
- Maior rendimento;
- Ação Hidratante;
- Eficácia clinicamente comprovada;
- Eficácia comprovada contra o vírus H1N1;
- Eficácia comprovada contra vírus Influenza A2 (H5N1);
- Eficácia comprovada contra vírus RHI (Rhinovírus);
- Qualidade garantida;
- Atende as diretrizes da OMS;
- Sistema patenteado para dosadores.

Sabonetes em espuma



LUXURY FOAM • HAIR AND BODY WASH
Sabonete para corpo e cabelo



LUXURY FOAM • HANDWASH
Sabonete para mãos



ANTIBACTERIAL FOAM • SOAP
Sabonete antibacteriano para mãos



www.cnph.com.br

**Desenvolvimento contínuo,
inovação e qualidade a serviço
da saúde**

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO PARA O BRASIL - ÁREA HOSPITALAR

Tels.: 55 11 3385-9339 - Fax: 55 11 3207-9607 - sac@cnph.com.br