

O PAPEL DO GESTOR NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

A HOSPITAL INFECTION AND THE MANAGER'S ROLE ON ITS CONTROL

Alexandra Moutinho de SOUZA¹
Rebeca Fernandes ROCHA²
Marilisa Carneiro Leão GABARDO³

RESUMO: A infecção hospitalar é conceituada como qualquer processo infeccioso adquirido pelo paciente no ambiente hospitalar, mesmo sendo diagnosticado após a alta ou até mesmo adquirido por qualquer outra pessoa presente no hospital. É tema das discussões atuais, persistente em debates promovidos pela inquietação manifestada por pacientes, profissionais e administradores hospitalares. São considerados requisitos básicos de um hospital a não provocação de danos aos pacientes e a promoção da segurança de seus funcionários. Para tanto, é válida a implementação de medidas adequadas para o controle de infecção, seja por meio da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) ou do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH). O gestor trata-se da pessoa responsável por atentar às estratégias para o desenvolvimento de medidas que visem o controle da qualidade dos serviços de saúde prestados nesse campo.

Palavras-chave: Controle de infecções. Infecção hospitalar. Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT: Nosocomial infection is defined as any infection acquired by patients in hospitals, even after being diagnosed with high or even acquired by any other person present at the hospital. It is the subject of current discussions, debates held by the persistent concern expressed by patients, professionals and hospital administrators. It is considered basic requirements of a hospital to not causing harm to patients and promoting the safety of its employees. Therefore, it is valid to implement appropriate measures for infection control, either through the Control Commission of Hospital Infections (HICC) and the Program for Hospital Infection Control (PHIC). These measures, among others, are of fundamental importance, since it reflects the effective management of the quality of health services is a priority.

Key words: Infection control. Cross infection. Epidemiological surveillance

¹ Graduada em Tecnologia em Gestão Hospitalar pela Faculdade Herrero. Email: lika.paiva@hotmail.com

² Enfermeira, Especialista em Gestão Hospitalar, Especialista em Magistério Superior, Professora dos Cursos Superiores da Faculdade de Tecnologia Herrero. E-mail: renfermeira@hotmail.com

³ Cirurgiã-Dentista, Mestre em Odontologia (Saúde Coletiva), Diretora Acadêmica da Faculdade de Tecnologia Herrero. Email: marilisagabardo@e-odonto.com

INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar é assunto atual e relevante. É definida, segundo Oliveira (2005), como qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar, sendo diagnosticado principalmente em pacientes durante sua internação, apesar de poder ser detectado após a alta e atingir também qualquer outra pessoa presente no hospital. Pode também decorrer de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos praticados (MERCADANTE, 2000). Ao contrário das infecções comunitárias, que são devidas aos patógenos primários, adquiridos de fontes exógenas, as infecções hospitalares ocorrem fundamentalmente devido ao desequilíbrio da microbiota que habita o corpo humano, em decorrência da debilidade dos mecanismos de defesa do paciente.

Atualmente, a definição de infecção hospitalar mais difundida e aceita em escala internacional é a proposta pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), publicada em 1988 (GARNER *et al.*, 1988). Para a definição de infecção nosocomial, os autores basearam-se em cinco princípios: a) informação usada para a definição do diagnóstico de uma infecção nosocomial envolvendo a consideração de dados clínicos, laboratoriais, e de exames complementares, tais como exames de imagem e de biópsias; b) diagnóstico feito por um médico pela observação direta durante procedimento cirúrgico, endoscópico ou durante exame físico é válido salvo haja forte evidência em contrário; c) para uma infecção ser considerada nosocomial não poderia a mesma estar presente ou incubada no momento da internação, além disso, são consideradas infecções nosocomiais aquelas infecções adquiridas no hospital e que se tornam evidentes após a alta assim como infecções em recém-nascidos que decorrem pela passagem do canal do parto; d) não são consideradas infecções nosocomiais aquelas associadas a, decorrente de ou resultantes de extensão de infecção adquirida fora do hospital; e) a exceção de situações específicas, nenhum tempo pré-determinado é associado ao diagnóstico de infecção nosocomial, ao contrário, cada infecção deve ser avaliada individualmente com vista à identificação de fatos que liguem à estadia no hospital (GARNER *et al.*, 1988; DALTOE, 2008).

Particularmente, no ambiente hospitalar, vários fatores contribuem para ruptura do equilíbrio saúde-doença. Muitas patologias apresentadas pelo paciente interferem em seus mecanismos de defesa predispondo-o às infecções. Os procedimentos invasivos podem representar uma porta de entrada de microrganismos e o uso de antimicrobianos

aumenta a possibilidade de seleção de germes resistentes (MERCADANTE, 2000). Já a transmissão cruzada de infecções pode ocorrer principalmente pelas mãos da equipe de trabalho ou por artigos recentemente contaminados pelo paciente, principalmente pelo contato com sangue, secreção ou excretas eliminados (MERCADANTE, 2000).

Com a descoberta dos antibióticos, os médicos acreditavam que as infecções estariam extintas, porém, o abuso na sua utilização selecionou microrganismos resistentes, tornando mais grave o problema. Neste contexto tornou-se necessário tomar medidas de maior controle e prevenção coordenadas por equipes capacitadas como a Comissão de CIH (CCIH). Apesar de ser uma exigência legal, esta Comissão é encontrada em menos da metade dos hospitais brasileiros, e ainda assim as existentes exercem atividades básicas de controle, de acordo com levantamento realizado pelo próprio Ministério da Saúde (MERCADANTE, 2000).

Frente ao exposto, este trabalho de revisão de literatura tem por objetivo abordar o papel do gestor hospitalar no processo de implementação e supervisão de medidas de controle de infecções hospitalares.

REVISÃO DE LITERATURA

Histórico

Na Idade Média, desconhecendo-se as causas das patologias, queimavam-se os móveis, os utensílios e até mesmo o cadáver da pessoa que morria nas epidemias de cólera ou de peste, intuindo-se que havia algum elemento causador da doença que passava de uma pessoa doente ou de seus objetos para outras pessoas (FERNANDES, 2000a).

No século XIX, um médico que trabalhou em Viena e em Budapeste, Ignácio Semmelweis (1818-1865) obrigava a todos a lavarem as mãos com água e sabão ou aplicar em si próprios hipoclorito de sódio antes de atenderem as parturientes, o que determinou uma diminuição na mortalidade por febre puerperal de 18% para 2% (FERNANDES, 2000a). O estudo epidemiológico de Semmelweis no século XIX, deu origem à clássica recomendação a respeito da lavagem das mãos para a prevenção de infecções. O autor observou que as mulheres atendidas por médicos sofriam de febre puerperal (pós-parto) e morriam mais frequentemente do que aquelas atendidas por

parteiras. Deduziu-se, então, que algo ficava nas mãos dos médicos após as necropsias, já que as parteiras não as realizavam. Frente a isso foi determinado que após as necropsias, antes dos partos, os médicos deveriam lavar as mãos. A partir disso houve redução dos problemas de febres puerperais e óbitos (THORWALD, 1996).

Nessa mesma época, um cirurgião inglês, Joseph Lister (1827-1912), fez com que os cirurgiões se lavassem com solução de fenol e aplicou pomadas de ácido fênico nas feridas, reduzindo o número de infecções. Isso foi essencial à implantação dos princípios de assepsia, ou seja, manutenção de centros cirúrgicos livres de microrganismos (FERNANDES, 2000a).

Já Louis Pasteur (1822-1895) descobriu algumas das bactérias causadoras de doenças e o fato de que muitas delas morriam se aquecidas acima de certa temperatura. A este processo, denominado “pasteurização”, acaba por matar as bactérias patogênicas e evita a transmissão de algumas enfermidades (FERNANDES, 2000a).

Os primeiros conceitos a respeito de higiene ambiental devem-se à enfermeira Florence Nightingale, no século XX, a qual observou que pacientes evoluíam melhor em ambientes limpos, arejados, com incidência de luz solar e se fossem isolados espacialmente de acordo com o tipo de doença (THORWALD, 1996).

As observações anteriores são primórdios de estudos da Epidemiologia da infecção hospitalar, mesmo que nesta época ainda não fosse reconhecida, sendo os pressupostos partidos de observações. A partir do momento em que foram tentadas mudanças de comportamento, como a lavagem das mãos, passou-se a serem obtidos exemplos de Epidemiologia experimental, independentemente dos resultados obtidos após as diferentes interferências (SARS, 2003).

Desde o século XX, partindo-se da compreensão que os seres microscópicos eram os responsáveis pela produção de doenças, cientistas e médicos buscaram uma forma de destruí-los e evitar a invasão de novos microrganismos.

O costume de manter o ambiente limpo e de trabalhar com os doentes nas condições mais assépticas possíveis foi pouco a pouco sendo assumido por todas as pessoas dedicadas a atender enfermos. Assim, novos descobrimentos se fizeram como o uso de luvas de borracha, a esterilização por vapor de água e o emprego de anti-sépticos cada vez mais eficazes. Parte desses descobrimentos continua sendo usada, porém, o

maior avanço foi o uso de material descartável e os métodos industriais de esterilização, que significaram grande progresso no controle das infecções (FERNANDES, 2000a).

Paralelamente ao progresso de estudos dos compostos capazes de destruir os microrganismos patogênicos sobre os materiais e sobre a pele, começou-se a buscar substâncias que destruíssem os germes no interior do organismo, sem prejuízo para as células das pessoas. No princípio do século XX foram descobertas as sulfamidas, que eliminavam alguns microrganismos. Mais adiante o avanço significativo deu-se pela obtenção, em 1929, do primeiro antibiótico (a penicilina) a partir de um tipo de fungo, Alexander Fleming (1881-1955), embora a sua produção e comercialização só ocorresse na década de 1940. Desde então, até a atualidade, foram descobertos e produzidos outros antibióticos cada vez mais eficazes no tratamento de muitas doenças infecciosas (FERNANDES, 2000a). Com a descoberta da penicilina por Fleming, em 1929, e dos aminoglicosídeos em 1940, aumentou-se a esperança de eliminação dos processos infecciosos adquiridos dentro e fora do hospital, reduzindo o interesse pelas infecções hospitalares até o início dos anos de 1950 (OLIVEIRA, 1997).

Nesta década e na posterior, voltou-se a evidenciar o problema, com a pandemia das infecções nosocomiais por *Staphylococcus aureus* resistente à penicilina e a busca de medidas eficazes para eliminar sua ocorrência nos hospitais de todo o mundo. Nos anos de 1970, com o declínio das infecções por este microrganismo citado, os bacilos gram-negativos dominaram o cenário. Os anos 1980 acrescentaram o HIV aos patógenos a serem considerados nas atividades de prevenção. Atualmente, os germes mais frequentemente responsáveis pelo aparecimento das infecções hospitalares são: os *Staphylococcus aureus*, os *Staphylococcus coagulase*, assim como os bacilos gram-negativos (OLIVEIRA, 1997).

No Brasil, os primeiros esforços governamentais para resolver o problema das infecções hospitalares surgiram em 1976, quando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) institucionalizou as CCIH, nos hospitais próprios, com a finalidade de implantar e coordenar um sistema viável de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, de caráter permanente (PEREIRA; MORITA, 1994).

Em 1983, expediu-se a Portaria nº 196, do Ministério da Saúde, com instruções para o controle e a prevenção das infecções hospitalares. São formadas CCIH em

diversos hospitais, mas poucos foram os serviços que efetivamente adotaram medidas eficazes para este controle (BRASIL, 1983).

Em 1997, a Lei nº 9431 tornou obrigatória a manutenção de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) nos hospitais do país, vetando, porém, os artigos que dizem respeito à estrutura, funções e especializações da equipe responsável pelo CIH (BRASIL, 1997).

As infecções hospitalares

Para Mercadante (2000), as infecções hospitalares resultam de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Dentre as principais infecções hospitalares endêmicas, a infecção do trato urinário (ITU) é na maioria das vezes a mais comum. A instrumentação do trato urinário representa o fator de risco mais importante na aquisição de ITU, especialmente a sondagem vesical, precedendo-a em mais de 80% dos casos, e outras manipulações em 5 a 10%. Nos pacientes mantidos sob sondagem vesical, onde a urina é drenada para reservatórios abertos (sistema aberto), o risco de infecção pode atingir 100% após quatro dias. Quando se utiliza o sistema de drenagem fechado, aproximadamente 50% dos pacientes desenvolvem ITU após 10 a 14 dias, sendo possível prevenção de 70 a 85% destes episódios em relação ao sistema aberto.

Pereira (1994) encontrou em 33,3% dos hospitais de referência e hospitais universitários, ausência de cuidados para a prevenção de infecções do trato urinário, embora em 60,49% deles houvesse utilização de sistema fechado de drenagem urinária. O Ministério da Saúde identificou adequação em 35% dos procedimentos com via urinária, nos hospitais terciários estudados por Oliveira (1997).

A segunda topografia de infecção hospitalar em muitas instituições é a ferida cirúrgica. O principal fator predisponente é o potencial de contaminação da cirurgia, mas a duração do procedimento e as condições pré-operatórias do paciente também têm grande importância, tanto que estes três fatores determinam o índice de risco de infecção. Outros fatores podem influenciar na ocorrência de infecção, como a permanência pré-operatória do paciente, predispondo-o a infecção por cepas hospitalares mais virulentas e resistentes aos antibióticos, a presença de infecção concomitante, a utilização de corpos estranhos, como drenos e próteses, o estado

nutricional dos tecidos operados e, principalmente, a técnica cirúrgica. A técnica de preparo da pele do paciente é outro fator destacado, onde a tricotomia realizada com lâmina há mais de duas horas do início da cirurgia destaca-se, aumentando significativamente o risco de infecção (MERCADANTE, 2000). Em relação à prevenção da ferida cirúrgica, Pittet e Ducel (1984) e Oliveira (1997) apontaram como fatores críticos a existência de integridade pessoal e a ética de trabalho para toda a equipe cirúrgica, desde o pessoal da limpeza até o corpo de cirurgiões, com adesão às padronizações para a prevenção de infecções. Dados do CDC de 1985 mostravam que 57,52% dos hospitais, faziam vigilância das infecções em ferida cirúrgica e 26,4% usavam antibióticos de forma profilática baseados em estudos randomizados e controlados. Oliveira (1997) relatou que em apenas 22,9% dos hospitais pesquisados pelo CDC, recebiam retorno das taxas de infecção em feridas cirúrgicas aos cirurgiões. O estudo mostrou que 20,8% dos hospitais possuíam normas escritas para antibioticoprofilaxia e 54% dos serviços faziam controle das infecções em feridas cirúrgicas. Também se observou ausência geral de normas para este tipo de infecção nos hospitais de pequeno porte, sendo que nos hospitais não públicos, as deficiências foram significantes também para a presença de normas para a antibioticoprofilaxia.

A infecção do trato respiratório é geralmente a terceira principal topografia de infecção hospitalar. Fatores como idade, patologia de base, instrumentação do trato respiratório, colonização da orofaringe com flora intestinal favorecida pela neutralização do pH do estômago e pelo uso de sondas, endoscopia, equipamentos de terapia respiratória, bronco aspiração e biópsia transbrônquica predispõem ao aparecimento dessas infecções (MERCADANTE, 2000).

As bacteremias primárias ocupam muitas vezes o quarto lugar dentre as infecções hospitalares. O avanço tecnológico vem contribuindo para maior sobrevivência do paciente, mas o uso de novas terapias mais invasivas, dentre elas o acesso vascular, vem favorecendo o aumento da incidência de infecções da corrente sanguínea. Os fatores de risco associados às bacteremias são: idade, alterações dos mecanismos de defesa locais ou sistêmicos (perda da integridade da pele, diminuição da função dos granulócitos, imunodeficiência ou imunodepressão), utilização de insumos contaminados, emulsões lipídicas, severidade da doença de base, dentre outros. Salienta-se que as bacteremias primárias são registradas por cultura positiva da corrente sanguínea, onde nenhum outro

sítio de infecção foi achado como de origem, sendo somente estas consideradas hospitalares (MERCADANTE, 2000).

A ocorrência das infecções hospitalares causa conseqüências relevantes em relação ao prolongamento do tempo médio de permanência no hospital. Isso se deve ao aumento do número de internações provocadas por afecções simples que poderiam ser tratadas ambulatorialmente, sugerindo uma redução na qualidade do atendimento médico prestados por estes serviços (WENZEL, 1993; OLIVEIRA, 1997). Os autores também associam o prolongamento do tempo médio de permanência a um maior risco de ocorrências de infecções hospitalares, com conseqüente impacto econômico. No Brasil, o aumento dos custos hospitalares pela ocorrência de infecções é coberto pela chamada “permanência maior”, que paga aos hospitais integralmente os valores das contas, independente da causa originária do aumento da permanência, principalmente em hospitais públicos. Nos hospitais não-públicos, esta taxa mantém-se aquém do preconizado pelos mesmos parâmetros, não havendo influência no prolongamento do tempo de permanência (OLIVEIRA, 1997).

Ainda, segundo a ANVISA (2005), as infecções hospitalares são consideradas como importantes fatores de complicação no tratamento de pacientes internados em hospital, pois além de causar mais sofrimento para o paciente e sua família, contribuem para o aumento das taxas de morbidade, mortalidade e tempo de permanência no hospital, como também dos elevados custos no tratamento pós-infecção (DANTAS, 2010).

O Gestor Hospitalar

As infecções hospitalares desafiam constantemente a qualidade da assistência prestada no sistema de saúde como um todo, pois aumentam as taxas de morbimortalidade entre os pacientes, elevando o sofrimento destes e, inclusive, os custos hospitalares. Portanto, pode ser considerado um grave problema de saúde pública mundial (SANTOS *et al.*, 2005; DANTAS, 2010).

O gestor hospitalar deve enfatizar o controle de infecções como ponto de partida para o estudo da qualidade dos serviços de saúde: a) para o paciente devido a redução dos riscos associados ao atendimento; b) para o administrador pela otimização da relação custo-benefício; e c) para os médicos pela garantia de segurança dos

procedimentos realizados (OLIVEIRA, 1997). Para este autor outra vantagem do CIH para o gestor, na avaliação da qualidade dos serviços, é a capacidade que esta atividade tem de avaliar três elementos: a) a estrutura existente para a prestação de serviços; b) o processo de realização das atividades de atendimento; e c) os resultados deste, com aumento ou redução da ocorrência de infecções hospitalares.

Há muitas maneiras de o hospital controlar a infecção, tais como higiene pessoal, medidas de gestão de doentes, fatores ambientais (ventilação, espaço, modalidades, facilidades de limpeza, dentre outros), e medidas de proteção, incluindo os Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Mais atualmente, a ausência de um tratamento eficaz no controle da infecção hospitalar se tornou uma questão importante para a gestão, em especial frente ao surgimento de doenças como a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARS) e gripe causada pelo vírus H1N1 (SARS, 2003).

Para Lacerda (1997), o aumento da incidência das infecções hospitalares aconteceu com o desenvolvimento tecnológico, a partir da revolução industrial, que possibilitou o aumento de procedimentos e técnicas mais invasivas, elevando as chances de o paciente contrair uma infecção. Além do surgimento de novas tecnologias, outros fatores contribuem significativamente para o aumento da incidência de infecção hospitalar, como o tratamento de doenças crônico-degenerativas que elevam a taxa de permanência do paciente no hospital, possibilitando, desta forma, oportunidades de o paciente ser contaminado por alguma infecção. Os maiores problemas enfrentados se referiram tanto à proteção pessoal, como à prevenção da propagação entre os pacientes internados e aos visitantes nos hospitais. Um bom programa de CIH pode, sensivelmente, reduzir a incidência da infecção, pois o risco ocupacional representado pelas infecções para os profissionais de saúde é elevado, portanto, é importante que os indivíduos sejam treinados por bons serviços de saúde ocupacional (GASTMEIER *et al.*, 1998).

Em relação aos casos de SARS, os autores mostraram que os padrões de CIH são inadequados e não possuem reconhecimento de sua importância. Exemplo disso inclui o fato de que a microbiologia é quase que inteiramente baseada em análise laboratorial, não havendo um controle eficaz pelos médicos dos surtos infecciosos. Ademais, o treinamento dos enfermeiros dos laboratórios é insuficiente, a vigilância das doenças

infecciosas é fraca e as relações entre hospital e equipes de controle de infecção são pouco desenvolvidas (GASTMEIER *et. al.*, 1998).

É fato que cada hospital deve ter um plano em foco, que precisará ser atualizado regularmente, pois os surtos de infecção podem variar muito tanto em extensão quanto em gravidade, indo desde alguns casos de infecção do trato urinário até um grande surto de intoxicação alimentar envolvendo várias pessoas (WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, 2002).

Considerando a magnitude do problema da infecção hospitalar, e após todas as abordagens aqui apresentadas, torna-se imprescindível a implantação e manutenção de práticas de prevenção e controle das infecções hospitalares em todos os serviços de saúde pelo gestor. Para isso, são incorridos gastos regulares que, segundo Dantas (2010) podem ser classificados como custos da qualidade. O autor ainda define estes custos como sendo “os custos que existem porque a má qualidade existe ou pode existir”.

Sabendo-se que recursos são escassos e as demandas infinitas, compreende-se que os gestores dos estabelecimentos de saúde, na maior parte das vezes, tenham que optar, entre várias necessidades de investimento, por aquela que considera ser a melhor para se atingir resultados mais eficazes (DANTAS, 2010).

Segundo Saint, Chenoveth e Fendrick (2001), geralmente as decisões a respeito de investimento em prevenção e controle das infecções hospitalares são tomadas pela direção do hospital e habitualmente são focadas apenas no período de hospitalização, sem incorporar custos e sequelas observadas após a alta do paciente. Neste caso, existe uma dificuldade claramente estabelecida em identificar os custos de falhas externas.

Comissão de CIH (CCIH)

Segundo Santos *et al.* (2005), a consolidação, pelo Governo Federal, do reconhecimento da infecção hospitalar como um problema de saúde pública se deu a partir da publicação da Lei nº 9431/97 que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle das infecções hospitalares pelos hospitais do país. Este programa é definido pela citada lei como sendo o “conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Na literatura internacional, Roth (2006), define Comitês de Controle de Infecção como grupos multidisciplinares que devem contar com pelo menos um representante dos médicos e um de enfermagem, além de um representante da direção do hospital. O autor sugere, ainda, que representantes de serviços clínicos que sejam ligados às ações de controle de infecção também façam parte do comitê. Esses serviços também englobariam os de microbiologia, farmácia, terapia intensiva, cirurgia, higienização, saúde ocupacional, e departamento de saúde pública local. Além desses representantes, cada hospital deveria avaliar a sua realidade assistencial e incluir no comitê representantes de serviços que tenham impacto no dia a dia nas ações e CIH. Como principais funções atribuídas aos comitês podem ser citadas as responsabilidades: a) formular recomendações sobre temas pertinentes ao controle de infecção; b) servir como centro de capacitação para os outros departamentos do hospital; c) revisar e acompanhar os dados de vigilância epidemiológica de infecção hospitalar, desenvolvendo planos de ação baseados nestes dados; d) identificar situações de surto promovendo ações de contenção dos mesmos; e) aprovar políticas de controle de infecção assim como aprovar os objetivos a serem alcançados pelo Programa de Controle de Infecção da instituição (ROTH; LOEB, 2006).

A Lei Federal nº 6.431 de 6 de janeiro de 1997 instituiu a obrigatoriedade da existência da CCIH e do PCIH, definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais (FERNANDES, 2000 b). Em 13 de maio de 1998, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações (FERNANDES, 2000 b). Novas atribuições foram conferidas, destacando-se o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares. Além disso, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, deve-se definir uma política de utilização de antimicrobianos. Estas novas recomendações objetivam tornar mais atuante as ações de controle de infecção, integrando-as na estrutura administrativa da instituição, substituindo seu papel eminentemente consultivo para participar com maior profundidade dos processos decisórios, auxiliando a administração a dimensionar as prioridades de investimento para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada (FERNANDES, 2000 b).

Para funcionar eficazmente, a CCIH necessita incorporar uma gama de conhecimentos e competências que incluem a microbiologia, os princípios de controle de infecção, os princípios de vigilância, de epidemiologia e de gestão.

Basicamente, a CCIH tem por objetivos:

- Coletar dados – cada instituição necessita saber a microflora de suas áreas de alto risco, como exploração das áreas, centros cirúrgicos, Unidades de Terapia Intensiva (UTI), unidades de diálise e serviços de oncologia. É necessário um laboratório de microbiologia para isolar microrganismos, analisar a resistência de bactérias aos antibióticos e indicar aos médicos as tendências da flora hospitalar;
- Realizar a vigilância – a vigilância do hospital inteiro é pouco prática e sem sentido. A maioria dos hospitais focaliza a vigilância em infecções que estão associadas com um elevado nível de morbidade. A vigilância é uma ferramenta poderosa no percurso das infecções, mas o tempo de controle é dispendioso, pois os patógenos hospitalares têm reservatórios e são transmitidos por vias susceptíveis previsíveis de contaminação, como por exemplo, a água da torneira do hospital; o ar condicionado deve ser mantido livre de patógenos com uma rotina de limpeza eficaz; a transferência de organismos nas mãos dos profissionais de saúde de um paciente para outro se faz numa única lavagem das mãos, portanto a prática deste tipo de controle de infecção é importante (GAWANDE, 2004; AJITA, 2005).

Outra sugestão é de que a equipe da CCIH deve incluir um epidemiologista do hospital, um médico de saúde pública com competências em ambas as áreas: epidemiologia e controle de infecção. A equipe também precisa ter uma perspectiva de base populacional a fim de divulgar as incidências de infecção hospitalar para toda a comunidade (WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, 2002). As atribuições da equipe são:

- Desenvolvimento, implementação e políticas de auditoria, procedimentos e orientações sobre controle de infecção;
- Educar, treinar e aconselhar os estudantes e funcionários em todos os aspectos de controle de infecção;
- Realização de vigilância de infecção adquirida do hospital e contribuir para a vigilância da comunidade;
- Normas de higiene do acompanhante no hospital;
- Avaliar e gerir os riscos em relação à infecção hospitalar;

- Ligação com a saúde ocupacional, serviços de pessoal;
- Aconselhamento sobre os aspectos de controle de infecção na aquisição de novos equipamentos e projetos de construção do hospital;
- Elaborar e atualizar planos de manifestação e levando respostas a surtos de infecção hospitalar;
- Produzir um relatório anual trabalhando em estreita colaboração com os Recursos Humanos (RH) e a CCIH em outros hospitais (SARS, 2003).

Resumidamente, a equipe que coordena as ações do CIH deve também:

- Atualizar-se teoricamente sobre o tema, tendo o respaldo científico-legal de toda comunidade hospitalar.
- Avaliar todos os cuidados prestados direta ou indiretamente ao paciente a fim de se identificar problemas e apontar soluções.
- Medir o risco de aquisição de infecção hospitalar, avaliando prioridades para seu controle, auxiliando toda comunidade hospitalar na aplicação de recursos técnicos financeiros.
- Verificar a necessidade de programas educativos e colaborar na sua execução.
- Intermediar as relações do hospital com as autoridades sanitárias (MERCADANTE, 2000; IRA, 2005).

O profissional do controle de infecções deve ser uma fonte permanente de consultas para toda a equipe hospitalar, por isso deve estar sempre atualizado tecnicamente e ter um bom relacionamento com todos, procurando agir pela competência e não pelo mero “poder do cargo”. O espírito do trabalho em grupo deve nortear todas as interseções do controle de infecção com a equipe de atendimento (MERCADANTE, 2000).

O Tribunal Penal Internacional iniciou o desenvolvimento, a avaliação e a revisão das políticas de controle de infecção e de procedimentos, visando garantir que estas políticas sejam levadas ao conhecimento tanto dos administradores quanto do pessoal clínico. Os envolvidos devem estar em acordo com os objetivos e prioridades para a vigilância de infecções, assegurando-se que todos recebam instrução e orientação adequadas, com educação permanente para os funcionários que trabalham em áreas de alto risco, assim desenvolvendo um programa de auditoria de controle de infecção (GASTMEIER *et al.*, 1998).

A fiscalização é o componente essencial na prevenção e no controle das infecções hospitalares. Ela auxilia a equipe da CCIH a atribuir prioridades para as atividades de controle, na identificação de riscos e para reforçar as práticas de detecção de surtos imediatos de infecção (SARS, 2003).

A comunidade acadêmica e as clínicas devem concordar em partilhar os protocolos de informação e conduzir os ensaios de controle antes de surtos, a exemplo da SARS. Estes devem abranger todos os aspectos de gestão de uma epidemia, incluindo o tratamento clínico, proteção dos doentes e dos funcionários (incluindo EPI) e intervenções de saúde pública.

A crescente importância da CCIH tem sido reconhecida no Brasil dada a magnitude do problema associado a essas infecções, seja pela emergência de cepas de microrganismos resistentes, pela ocorrência de surtos de infecções hospitalares ou pelo aumento da frequência de fatores de risco que as proporcionam (DALTOE, 2008).

Amplitude da visão no controle da Infecção Hospitalar

O primeiro requisito de um hospital é não provocar nenhum dano ao doente. Hoje, este lema foi expandido para incorporar a saúde e segurança dos funcionários do hospital. Suas necessidades foram adequadas ao surgimento de doenças decorrentes do vírus HIV, dentre outras, dando origem ao conceito de Precauções Universais, agora chamadas Precauções Padrão para todas as doenças infecciosas que são transmitidas por sangue ou fluidos corporais (AJITA, 2005).

Outro tema bastante atual se refere à proteção ambiental, pelo gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Estes devem ser tratados o quanto possível. O CIH necessita de uma abordagem multidisciplinar. Além disso, esta luta é infinda devido aos procedimentos invasivos e o aumento da proporção de envelhecimento e de pacientes imunodeprimidos na população (AJITA, 2005). Os pacientes acometidos por infecção hospitalar também são responsáveis pela manutenção do risco de disseminações cruzadas de microrganismos resistentes (COELLO *et al.*, 1993; DALTOE, 2008).

Wenzel (1993) tem citado as atividades de CIH como um dos campos onde os esforços para o aumento da qualidade dos cuidados de saúde podem ser mais bem evidenciados. Tal afirmação tem-se apoiado, principalmente, no uso de elementos de epidemiologia para o amplo conhecimento da realidade do hospital pelas

epidemiologistas hospitalares, aliado à relativa facilidade para a identificação dos problemas ou áreas problemáticas (infectadas) e à rápida demonstração de resultados após a implementação de medidas preventivas.

Com base nesta visão, o CIH apresenta-se como um dos mais indicados pontos de partida para o estudo da qualidade dos serviços de saúde, pela relevância de análise dos serviços de saúde: para o paciente – pela diminuição dos riscos associados ao atendimento: para o administrador – pela otimização da relação custo-benefício e para os médicos – pela garantia de segurança nos atos realizados (OLIVEIRA,1997).

Outra vantagem da utilização do CIH, na avaliação da qualidade de serviços, é a capacidade que esta atividade tem de avaliar três elementos: a estrutura existente para a prestação de serviços, o processo de realização das atividades de atendimento e os resultados deste, com aumento ou diminuição de ocorrência de infecções hospitalares. Porém, as deficiências das diretrizes de CIH, com escassos resultados obtidos em termos de melhora do atendimento médico, e possibilidade de formulação de intervenções capazes de aumentar a eficiência destas ações nos hospitais brasileiros, reforçam a relevância de um estudo que se proponha a avaliar a organização e o funcionamento das Comissões e Serviços de CIH, testando a utilização deste controle como indicador de qualidade de serviços (OLIVEIRA, 1997).

Pelas diferenças apresentadas entre as diversas categorias hospitalares estudadas por Oliveira (1997), identificou-se a existência de padrões para o CIH. Um deles seria a dos hospitais públicos que apresentaram bom desempenho e qualidade das atividades de controle de infecção. No estudo, a estrutura de corpo clínico fechado facilitou a implantação de normas para a prevenção de infecções, como é o caso da antibioticoprofilaxia cirúrgica. Wurtz (1995) relatou as dificuldades para o controle de infecção nos hospitais públicos dos Estados Unidos pelo fato de serem hospitais antigos, de uso intenso, com manutenção precária, com numerosa população de pacientes indigentes, HIV positivos, com tuberculose e outras doenças notificáveis e pela existência de recursos limitados e controlados por políticos. Apesar destes valores estarem presentes no Brasil e, da mesma forma, responderem em grande parte pelo atendimento de pacientes com doenças infecciosas, no estudo de Oliveira (1997) encontrou-se diferenças significativas como a presença de comissões e serviços de controle de infecção com médico, de normatizações mínimas para a prevenção de infecções, existência de normas para antibioticoprofilaxia, melhor organização e

funcionamento dos setores de isolamento por hospitais públicos. A dicotomia público-não-público é citada por Mix (1991), como apresentando maior comprometimento do atendimento nos hospitais públicos para a avaliação da qualidade nos serviços de saúde.

No Brasil, para a melhoria dos resultados do programa de controle de infecções hospitalares, a implantação do modelo do CDC teria que acompanhar-se de liderança, por parte do Ministério da Saúde, para a promoção de pesquisas, no sentido da efetivação dos programas, do refinamento dos critérios e metodologias de vigilância adequada aos diversos níveis e de disponibilidade para servir como órgão de referência para a divulgação de informações sobre os principais aspectos da operacionalização dos programas de infecção (OLIVEIRA, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se a magnitude do problema da infecção hospitalar, e após todas as abordagens aqui apresentadas, conclui-se que a presença de um gestor capacitado torna-se imprescindível para a frequente implantação e manutenção de práticas de prevenção e controle das infecções hospitalares em todos os setores do hospital, por meio de estratégias de treinamento constante e conscientização de todos a respeito do tema.

REFERÊNCIAS

AJITA, D.M.; RODRIGUES, C. Programas de trabalho no controle da infecção. JAPI, v.53, p.1-5, 2005.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Pediatria: prevenção e CIH/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 116 p.

BRASIL. Portaria 196. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 1983.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei 9431. Diário oficial da União. Brasília, DF, 07 Jan. 1997.

COELLO, R.; GLENISTER, H.; FERERES, J.; COOKE, E.M. The cost of infection in surgical patients: a case-control study. J. Hosp. Infect., v. 25, n.4, p. 239-50, 1993.

DALTOE, T. Métodos de vigilância de infecções hospitalares utilizados pelos hospitais de Porto Alegre. 2008. 108f. Tese - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DANTAS, C.B. Análise da incidência de infecção hospitalar em função dos custos dos materiais consumidos na sua prevenção: um estudo no Hospital de Pediatria da UFRN. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/artigos102010/576.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

FERNANDES, A.T; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. p.129-159.

FERNANDES, A.T. Infecção Hospitalar. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/infehospitalar.html>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

SOUZA, A.M.; ROCHA, R.F.; GABARDO, M.C.L. O PAPEL DO GESTOR NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p39-60. 2011.

GARNER, J.S.; DAVIS, W.R.; EMORI, T.G.; HORAI, T.C.; HUGHES, J.M. CDC definitions for nosocomial infections. *Am. J. Infect. Control.*, v.16, n.3, p.128-40, 1988.

GASTMEIER, P.; KAMPF, G.; WISCHNIEWSKI, N.; SCHUMACKER, M.; DASCHNER, F.; RUDEN, H. Importance of the surveillance method: national prevalence studies on nosocomial infections and the limits of comparison. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.*, v.19, p.661-667, 1998.

GAWANTE, A. Na lavagem das mãos. *N. Engl. J. Med.*, v.350, p.1283 -86, 2004.

IRA, A.C. Infecção hospitalar, epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LACERDA, R.A.; EGRY, E.Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.5, n. 4, p.13-23, 1997.

MERCADANTE, L. Infecções dentro do âmbito hospitalar. 2000. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/ih.html>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

MIX, P. Historical trends in public general hospitals. *Health. Rep.*, v.3, n.1, p.59-78, 1991.

OLIVEIRA, T.C. CIH como indicador de qualidade dos hospitais dos municípios de Campinas e região. 1997. 121f. Tese - UNICAMP, Campinas, 1997.

OLIVEIRA, A.C. Infecção hospitalar, epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, M.S.; MORITA, T.M. Infecção Hospitalar: Estrutura básica de vigilância e controle. Goiânia: AB. Editora, 1994.

SOUZA, A.M.; ROCHA, R.F.; GABARDO, M.C.L. O PAPEL DO GESTOR NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p39-60. 2011.

PITTET, D.; DUCEL, G. Infections risk factors related to operating rooms. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.*, v.15, p.456-462, 1994.

PRADE, S.S.; OLIVEIRA, S.T.; RODRIGUES, R.; NUNES, F.A.; MARTINS NETO, E.; FELIX, J.Q.; PEREIRA, M.; GADELHA, M.Z.; BORBA, E.A.; MENDES, M.S. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. *Rev. Contr. Inf. Hosp.*, v.2, p.11-24, 1995.

ROTH, V.R.; LOEB, M. The infection control committee. *Practical handbook for healthcare epidemiologists*. 2 ed. SLACK, 2006. p.307-10.

SAINT, S.; CHENOWETH, C.; FENDRICK, A.M. The role of economic evaluation in infection control. *Am. J. Infec. control*. v. 29, n. 5, p. 338-44, 2001.

SANTOS, A.A.M.; LOPES, F.F.P.; CARDOSO, M.R.A.; SERUFO, J.C. Diagnóstico do controle da infecção hospitalar no Brasil. 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/serviço_saúde/controle/Infectes%20Hospitalares_diagnostico.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2009.

_____. SARS Collaborative Committee was presented at a WHO Workshop on the Clinical Management of SARS held in Hong Kong on 13-14 June 2003. Disponível em: <<http://www.cih.com.br>>. Acesso em: 10 de fev. 2010.

THORWALD, J. O século dos cirurgiões. São Paulo: Hemus, 1996. 350p.

WENZEL, R.P. The economics of nosocomial infections. *J. Hosp. Infect.*, v.31, p.79-87, 1995.

WENZEL R.P. Instituting health care reform and preserving quality: Role of the hospital epidemiologist. *Clin. Inf. Dis.*, v.17, p.:831-6, 1993.

_____. *Weekly Epidemiological Record*. v. 78, n.12, p.81-88, 2002.

SOUZA, A.M.; ROCHA, R.F.; GABARDO, M.C.L. O PAPEL DO GESTOR NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p39-60. 2011.

WURTZ, R. Infection control in public hospitals. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.*,v.16, p.642-46, 1995.