

Gestão do Controle de Infecção Hospitalar: Administrando a Qualidade do Serviço e a Marca do Hospital

Izabel Cristina Costa Pires de Castro
ambe.regina@fmpfase.edu.br
FASE

Regina Shiraishi Bosio
ambe.regina@fmpfase.edu.br
FASE

Resumo: O presente estudo teve por objetivo abordar o tema Gestão do Controle de Infecção Hospitalar. Para tanto, inicialmente, buscou-se definir a infecção hospitalar e seus aspectos clínicos, especialmente nos Centros de Terapia Intensiva (CTI) e as políticas de saúde para o combate à infecção hospitalar. Em seguida traçou-se um painel sobre a estrutura do programa de controle de infecção, seu âmbito de atuação. Contemplou-se a qualidade no controle das infecções hospitalares, incluindo as competências do administrador hospitalar, o ensino teórico-prático sobre o controle de infecção para todos os profissionais da instituição, a composição do CCIH, aspectos da vigilância epidemiológica, a disseminação das ações de prevenção e controle de infecções. Discorreu-se igualmente sobre as conseqüências da ineficiência do controle de infecção hospitalar e a preservação da imagem da instituição. Será feita uma entrevista com 40 usuários que utilizam instituição de saúde no intuito de demonstrar seu conhecimento sobre infecção hospitalar, o comprometimento da imagem da instituição devido a ausência de gestão no serviço de controle de IH. Os objetivos são: (a) evidenciar as conseqüências da ausência da gestão do serviço de controle da infecção hospitalar; (b) caracterizar a importância da prevenção e controle de infecções hospitalares, garantindo uma assistência de qualidade; e (c) verificar a importância do gestor hospitalar na questão do comprometimento da imagem da instituição. O estudo concluiu, a partir da pesquisa de campo, que a grande maioria — 36 usuários — sabe o que é infecção hospitalar. As pessoas que sabiam sobre o assunto responderam que não se internariam ou fariam qualquer tipo de tratamento em uma instituição que o índice de infecção hospitalar seja elevado. Isso demonstra que a ausência de uma gestão

no serviço de controle de IH compromete a imagem da instituição e influência diretamente na escolha dos usuários de utilizar ou não determinados estabelecimentos.

Palavras Chave: infecção hospitalar - qualidade - serviço - imagem -

1. INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares são tão antigas quanto o cuidado humano. Historicamente, precárias condições de higiene e desconhecimento epidemiológico das doenças e de sua transmissão contribuíram para que as infecções hospitalares assumissem proporções endêmicas e de difícil controle.

As infecções hospitalares (IHs) constituem grave problema de saúde pública. Estão entre as principais causas de morbidade e letalidade e são responsáveis pelo aumento no tempo de hospitalização e, conseqüentemente, pelos elevados custos adicionais para o tratamento do doente (COUTO, PEDROSA; NOGUEIRA, 1997).

Há quase vinte cinco anos, a infecção hospitalar era um problema cuja solução competia somente à classe médica e de enfermagem. Mas em 1982, o controle de infecção hospitalar foi regulamentado pelo Ministério da Saúde quando da criação do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar. Contudo, estudos mais sérios e normas de controle mais rígidas nos hospitais só foram desenvolvidos a partir da “agonia” sofrida pelo presidente Tancredo Neves, submetido a sete cirurgias, cuja morte teve como um dos principais motivos uma grave infecção hospitalar.

Com o intuito de apoiar o Programa nacional de Controle de Infecção Hospitalar foi promulgada a Lei Federal 9.431, de 6 de janeiro de 1997, obrigando todos os hospitais brasileiros a constituir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Esta comissão é representada por médicos, enfermeiros, administradores entre outros, que criam um conjunto de ações a serem seguidas para reduzir ao máximo possível a incidência e gravidade de infecções hospitalares.

A CCIH executa tarefas importantíssimas, tais como: detectar casos de infecção hospitalar, elaborar normas de padronização, colaborar com o treinamento de todos os profissionais de saúde, realizar controle da prescrição de antibióticos e oferecer apoio técnico à administração hospitalar.

As conseqüências desastrosas da ausência de um programa efetivo para o controle das infecções hospitalares são inúmeras, tais como: o tempo de internação, eleva o consumo de antibióticos, desperdício de recursos, altos custos, imagem da Instituição comprometida no mercado, descredenciamento de operadoras, quebra de parcerias, perda de alvará de funcionamento / interdição parcial ou total da ANVISA de setores e serviços, dor, medo, sofrimento, afastamento da família, afastamento do trabalho etc.

É por isso que um controle de infecção bem estruturado, administrado, pode gerar grandes benefícios tanto para com o hospital como para seus funcionários. Saber planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar deve ser um trabalho conjunto feito pelo administrador hospitalar e os outros componentes do CCIH.

Nunca é demais ressaltar que os serviços hospitalares apresentam várias peculiaridades que os diferem dos demais serviços da área terciária da economia. Entre outros aspectos, é um trabalho sistêmico, pois o processo de trabalho envolve várias categorias profissionais, depende de mão-de-obra especializada, usa tecnologia de alto custo e de ponta, do que decorre a geração de custos elevados, e possui uma intensa relação entre o prestador e o usuário, a qual pode ser longa e ter conflitos.

O objetivo geral deste estudo é demonstrar a importância da gestão de controle de infecção hospitalar, evidenciando as consequências da ausência dessa gestão e analisando a importância do gestor hospitalar nesse processo.

Para o alcance dos objetivos propostos, no primeiro momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica a partir de livros e artigos científicos sobre o tema e assuntos correlacionados, tais como, a prevenção e controle da infecção hospitalar, responsabilidade do administrador hospitalar na CCIH, consequências ausência de gestão do serviço de controle de infecção hospitalar, entre outros. Na segunda parte do trabalho, realizou-se um estudo quantitativo, procurando determinar o conhecimento da população sobre infecção hospitalar e sua influência na escolha do serviço de saúde a ser utilizado.

2. INFECÇÃO HOSPITALAR

Segundo o Ministério da Saúde (MS), infecção hospitalar (IH) é toda manifestação clínica de infecção que o paciente adquire 72 horas após a internação, podendo ocorrer durante a internação ou após a alta, caso seja relacionada à internação ou aos procedimentos hospitalares. (BRASIL, 1998).

O quadro clínico do usuário com uma IH corresponde ao desenvolvimento microbiano nos tecidos do indivíduo, causando lesões funcionais ou anatômicas. Os fatores envolvidos com a ocorrência da IH constituem os riscos intrínseco e extrínseco. Constituem riscos intrínsecos: extremos de idade (prematurados e maiores de 65 anos); estado clínico do usuário; doenças agudas ou crônicas descompensadas; deficiência nas imunidades celular e humoral; uso de drogas capazes de interferir nos mecanismos de defesa; obesidade e desnutrição.

Assim, a predisposição para uma infecção é causada pelo tipo e gravidade da doença de base do usuário, constituindo o risco intrínseco. Já os riscos extrínsecos envolvem a estrutura, agressões ao hospedeiro e a qualidade do processo de trabalho.

Fernandes (2000), relata que a média mundial de IH variou de 8 a 10%, segundo um estudo de prevalência realizado entre 1983 e 1985, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Conforme Zanon (2003), publicações nacionais sobre a frequência de IH nas organizações hospitalares são escassas. A última pesquisa realizada em 1994, pelo MS, encontrou uma prevalência de IH de 13% e maiores índices nos hospitais públicos (18%).

As IH impõem um aumento no custo do atendimento decorrente do uso de terapêutica complementar, aumento do tempo de permanência hospitalar e das taxas de morbidade e mortalidade.

De acordo com Rodrigues (1997), o impacto econômico tem sido estimado em 382 a 1.833 dólares americanos, o que equivale a 1.910 e 18.330 dólares para uma taxa de IH de 5 ou 10%. Foi estimado um custo anual de US\$ 1 bilhão atribuído aos dias extras de internação decorrente de IH.

Nos Centro de Terapia Intensiva (CTI's) há elevada incidência não só de novos episódios de infecção, como surgimento de bactérias multirresistentes com repercussões dentro da unidade e em todo o hospital, já que egressos do CTI se mantêm como reservatório desses germes, disseminando-os intra e interinstitucionalmente (CARVALHO, 2003).

Os CTIs contribuem com mais de 25% dos custos totais da hospitalização relacionados à alta especialização. É praticada medicina sofisticada e tecnológica, dinâmica e agressiva, com o objetivo de estabilizar disfunções orgânicas agudas e viabilizar a execução dos procedimentos médicos mais complexos, como cirurgias de grande porte, manejo hemodinâmico invasivo, implantes de próteses e transplantes de órgãos (EGGIMANN; PITTET, 2001).

Pacientes admitidos em CTI desenvolvem risco mais alto de adquirirem infecções hospitalares por meio de exposição aos procedimentos invasivos e equipamentos para suporte de vida contaminados e microrganismos resistentes (SHULMAN; OST, 2005).

As infecções são as complicações mais prevalentes nos pacientes internados em CTI e contabilizam 20 a 30% de todos os casos hospitalares (SHULMAN; OST, 2005).

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO COMBATE À INFECÇÃO HOSPITALAR

É consenso que a infecção hospitalar é um problema antigo, que nasceu com o surgimento dos hospitais. Contudo, os estudos e pesquisas na área de controle da IH são recentes, quando comparados às demais áreas na saúde. Seu desenvolvimento se deu nos últimos 20 anos, período em que foram criadas algumas CCIH e publicadas, pelo MS, as Portarias nº 196/83, 930/92 e 2.616/98.

Conforme Rodrigues (1997), a década de 1970 foi marcada pela criação de várias CCIH em hospitais públicos e privados, principalmente nos hospitais universitários, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Na década de 1980 foi publicada a primeira Portaria sobre o assunto, a de nº 196 do MS, em 24 de junho de 1983, que normatizou aspectos importantes no controle das infecções, estabelecendo critérios para a classificação das IH e determinando a todos os hospitais do País, independente da natureza mantenedora, implantar (ter) uma CCIH, responsável pela determinação de normas, rotinas e pela vigilância das infecções hospitalares. (BRASIL, 1983).

Porém, foi a partir da morte de Tancredo Neves em 1985, decorrente de IH, um mês antes de assumir o cargo de presidente da República, que a temática ganhou maior divulgação pela mídia, gerando interesse nos profissionais de saúde e notoriedade na sociedade em geral, que começou a denunciar casos de IH, passando o controle da IH a fazer parte da política de saúde. Nessa época, o MS iniciou cursos de introdução ao controle da IH, com a finalidade de capacitar os profissionais da saúde.

Até 1985, não haviam sido publicados manuais oficiais contendo orientações e normas para prevenção e controle das IH, sendo usada literatura procedente de outros países, que nem sempre abordava e contemplava os problemas das organizações locais. Então, neste ano, foi publicado o primeiro manual com orientações sobre prevenção e controle das IH adaptadas e voltadas para a realidade nacional.

Em 6 de janeiro de 1997, foi publicada a Lei nº 9.431, obrigando os hospitais a manterem um PCIH e criarem a CCIH, não delineando, entretanto, as atividades para execução desse programa. (BRASIL, 1997).

Embora a Lei nº 9.431 tenha determinado, a todo hospital brasileiro, público ou privado, a obrigatoriedade em implantar e cumprir um PCIH, seu cumprimento ainda não é uma realidade nacional. Outro problema é que determinadas organizações hospitalares possuem CCIH, mas estas não são atuantes. Nestes casos, o PCIH existe apenas para atender à lei, suas recomendações não são acatadas, seja pela atuação dos profissionais ou pela falta de apoio dos gestores.

Apesar da ampla legislação e do poder fiscalizador do Estado, muitos hospitais mantêm o PCIH apenas como formalidade legal, suas CCIH não possuem profissionais especializados, funcionam sem dedicação exclusiva destes, não atuando assim como gerenciador da qualidade. Desse modo, apesar de ser obrigatório por lei que todas as organizações hospitalares tenham uma CCIH e ser também uma condição para obtenção do alvará de funcionamento, não é possível saber quantas estão efetivamente em funcionamento.

Para Fernandes e Fernandes (2000), se o PCIH for criado somente com o objetivo de atender à legislação vigente, em um determinado momento, se tornará mais um ônus para o já enfraquecido orçamento em muitas organizações. Nessa situação, o PCIH será ineficiente, ao não demonstrar resultados na qualidade da assistência e, conseqüentemente, na redução das taxas de IH. Em síntese, o desempenho do PCIH é influenciado pelo apoio político, administrativo e logístico dos hospitais, embora se trate de um programa verticalizado, determinado pelo MS.

O controle da infecção se fundamenta nos seus resultados, obtendo a partir disto seu apoio dentro da organização, já que suas conseqüências sobre a qualidade do cuidar são suficientes para justificar a sua manutenção. A problemática reside em despertar nos gestores a necessidade de operacionalização do PCIH em todos os hospitais brasileiros.

3. ESTRUTURA DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Para que se possa implementar um PCIH, é imperativo a existência de uma comissão estruturada com objetivos e estratégias bem determinados.

A Portaria nº 2.616 (BRASIL, 1998) reestruturou o PCIH que passou a ser constituído pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), sendo a CCIH de natureza consultiva e o SCIH, de natureza executiva.

A CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da organização, para o fornecimento de informação e auxílio à tomada de decisão, e de execução das ações de controle da IH, possuindo caráter deliberativo. É imprescindível o apoio político da administração para que a CCIH obtenha êxito no seu trabalho, através do fornecimento de condições mínimas essenciais para o seu funcionamento e desenvolvimento, como estrutura física, privacidade e recursos materiais e humanos.

Sob essa ótica, Martins (1997) relata que as CCIH e os SCIH podem ser componentes vitais e estratégicos para melhorar a qualidade do cuidado, desde que lhes sejam fornecidas as condições necessárias à atuação efetiva. São inquestionáveis as razões para manter um PCIH: atender às exigências legais; aos princípios éticos, bioéticos, de qualidade, segurança profissional, conformidade, racionalização e pelas necessidades econômicas.

No Brasil, muitas organizações hospitalares não cumprem a Portaria nº 2616/98, no que se refere à posição da CCIH no organograma, que varia em função do modelo gerencial adotado e das características e finalidades da organização. Entretanto é importante que haja uma flexibilidade, pois são essenciais ao trabalho do SCIH a participação e o envolvimento dos seus membros com os colaboradores dos vários serviços e setores.

De acordo com a Portaria referida, a CCIH deve ser constituída formalmente pelo órgão máximo do hospital e composta por uma equipe multidisciplinar, tendo como número mínimo de representantes os seguintes membros: da administração, área médica, farmácia, laboratório de microbiologia, serviço de enfermagem e do SCIH.

A CCIH conta com um núcleo executivo que é o SCIH, cujo número de membros varia segundo o número de leitos do hospital. Para cada 200 leitos ou fração deste número, é recomendado que o núcleo executivo seja composto por dois técnicos de nível superior da área da saúde, sendo um deles, preferencialmente, um enfermeiro. Os membros devem ter carga horária diária mínima de seis horas para o enfermeiro e quatro para os demais profissionais, sendo esta carga horária específica para a função (BRASIL, 1998). Isto permite dedicação integral às funções e não compromete o trabalho.

Os membros do SCIH precisam ter autonomia para iniciar ações que julgarem necessárias à prevenção das IH. São responsáveis pela vigilância epidemiológica, elaboração e execução das ações de controle, e, portanto, encarregados da execução programada do controle da IH.

Os profissionais que trabalham no PCIH precisam manter-se atualizados tecnicamente, já que são constantemente consultados por toda a equipe multidisciplinar; precisam liderar e desenvolver um trabalho de integração e de equipe, respeitando as divergências e compreendendo as diferenças.

O controlador de infecção como líder, de acordo com Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000), é um elemento importante na melhoria da qualidade, precisa saber delegar, definir e estimular responsabilidades, elogiar um trabalho bem realizado, ter constância de propósitos, habilidade diplomática e saber recuar e avançar no momento certo.

Um SCIH bem estruturado, com profissionais capacitados e qualificados contando com apoio político e logístico da administração, tem maior possibilidade de obter êxito nas suas ações.

Como muitas das recomendações do SCIH envolvem mudanças de hábito e de comportamento, é fundamental que, antes de implantar suas ações, o SCIH promova reuniões envolvendo as equipes do cuidado e estimulando sua participação nas discussões. A finalidade é apresentar os problemas, suas causas, analisar as estratégias de superação, fazer com que os membros das equipes compreendam os propósitos das recomendações e sua importância para melhor aceitá-las, garantindo seu compromisso no cumprimento destas.

A interação dos membros do SCIH se dá em quase todos os serviços e setores da organização hospitalar, seja para orientar as ações destes serviços, seja para supervisionar o cumprimento das recomendações, por isso é necessário procurar manter um clima de harmonia e bom relacionamento, sem ter caráter fiscalizador.

3.1 O PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO E A QUALIDADE HOSPITALAR

Um programa de controle de infecção em serviços de saúde deve possuir, como objetivo principal, a identificação do comportamento das infecções relacionadas com a assistência em serviços de saúde, para propor ações que possam prevenir e controlar os riscos associados, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção e para a redução dos índices de infecção hospitalar a níveis aceitáveis dos custos e também da mortalidade atribuída (FERNANDES, 2000).

Dessa forma, as atividades desenvolvidas pelas CCIHs devem exigir investigação, análise e definição dos procedimentos e processos assistenciais de maior risco, com vistas à melhoria da capacidade de prevenção em cada Instituição.

Para Sgarbi e Conterno (1997), os profissionais que trabalham com controle de IH foram desafiados a ampliar suas atividades com a perspectiva da qualidade, já que o controle da IH representa um dos meios de o hospital medir resultados.

As primeiras referências sobre padrões necessários para prevenção das IH, exigidos em programas que visavam à qualidade do cuidado datam de 1917, através de um documento do Colégio Americano de Cirurgiões. (FERNANDES; FERNANDES, 2000).

No Brasil, até o início dos anos 90, não havia nenhuma preocupação formal com a qualidade total dos serviços médico-hospitalares. Foi com a implantação do Código de Proteção e Defesa do Consumidor e com os Programas de Gestão pela Qualidade que se iniciou um novo momento na relação hospital-usuário, o qual teve poder para exigir segurança, qualidade, eficácia e efetividade.

Desde 1996, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade estabeleceu como projeto estratégico a avaliação e certificação das organizações de saúde, ocasião em que foi criado o Programa Nacional de Qualidade (PNQ).

Em 1997, o MS iniciou o projeto de acreditação hospitalar e, em 1998, o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar publicou a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, o qual se encontra na sua quarta edição, publicada em 2004.

Esse manual tem sido um marco orientador para programas de incremento do cuidado nos hospitais, cabendo à Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não-governamental autorizada pelo MS, o papel de credenciar as organizações responsáveis pelo desenvolvimento do processo de acreditação nos hospitais brasileiros.

O PCIH tem representatividade nos programas nacionais de qualidade, pois calcula vários indicadores de qualidade.

Para Donabedian (1998), a IH representa um dos problemas comuns da assistência, resultantes de falhas humanas e que pode ser analisada através dos instrumentos da gestão de qualidade, aplicados com adaptações.

Como também refere Wenzel (1991), o controle da IH é a atividade mais relacionada à qualidade da assistência médico-hospitalar desde quando se pensou em elaborar indicadores sobre esse assunto.

Um dos requisitos mínimos da proposta de acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe é o controle da IH, sendo um dos parâmetros utilizados para avaliar a qualidade do cuidado. (RODRIGUES, 1997).

Várias são as interfaces entre o controle da IH e a garantia da qualidade. A abordagem do controle da IH está integrada à da avaliação da qualidade, ambas usam uma sistematização semelhante para a solução de problemas: o planejar, do qual constam a definição e avaliação da importância do problema, a investigação do problema e o levantamento das suas causas; o fazer, que se refere à ação propriamente dita, com a finalidade de bloquear as causas do problema; o verificar, com o objetivo de avaliar a efetividade; e o atuar, com o objetivo de prosseguir com os avanços e revisar todo o processo.

O controle da infecção e a avaliação da qualidade perpassam todos os processos de uma organização hospitalar. Os membros do SCIH já usam o modelo de vigilância epidemiológica de controle de risco de forma natural e inerente. (GASTAL, 2004).

Outros aspectos comuns é que tanto o controle da IH quanto a avaliação da qualidade usam os mesmos princípios metodológicos para coleta e análise dos dados epidemiológicos e valorizam ações baseadas no incentivo ao trabalho em equipe. Assim, observa-se que, quando se almeja a qualidade, o controle da IH está inserido como um aprimoramento do trabalho. (FERNANDES e NOCA, 2000).

Conforme Fernandes e Noca (2000), as infecções, na maioria dos hospitais, refletem falhas básicas de sua estrutura ou do processo de atendimento. Estes autores sugerem a abordagem da qualidade como fundamental para tentar transformar esta realidade. Assim, o aparecimento de uma IH pode representar uma falha, sendo um resultado indesejável.

4. A QUALIDADE NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

4.1 COMPETÊNCIAS DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR

Segundo Fernandes (2000, p. 1471), o controle de infecção deve estar inserido na estrutura administrativa do hospital, fornecendo dados para as suas decisões, no que se refere às infecções hospitalares. Para tanto deve contribuir para avaliação do impacto econômico das IH e da relação custo/benefício das ações de controle executadas, fornecendo subsídios para orientar investimentos em biotecnologia ligados a controle de infecção.

A CCIH tem o objetivo não somente de prevenir e combater à infecção hospitalar, beneficiando dessa maneira toda a população assistida, mas também proteger o hospital e o corpo clínico. Deve manter arquivados documentos que comprovem a legalidade de sua existência, rotinas de sua funcionabilidade, protocolos que orientem o tratamento mais adequado efetivado ao paciente e, sobretudo dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do hospital, para que, solicitados judicialmente, possam ser comprovados, mantendo estes índices de infecção dentro dos limites aceitáveis, comparativamente.

A alta direção deve criar metas específicas, bem como sistemas e métodos bem definidos para alcançar as metas de segurança ora traçadas. Deve partir do administrador, a atitude de criar metodologias para o encorajamento dos funcionários na participação dos assuntos referentes à segurança. A alta direção deve reforçar os valores e encorajar a liderança em todos os níveis hierárquicos do hospital.

4.2 O ENSINO TEÓRICO/PRÁTICO SOBRE O CONTROLE DE INFECÇÃO PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

A educação constitui a principal ferramenta para o controle e prevenção das infecções hospitalares. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1994), a educação continuada requer avançar além da fragmentação, integrando as diversas áreas de atenção à saúde a fim de permitir a revisão crítica da cultura institucional, dos modos de pensar, perceber e atuar que servem de suporte aos processos de trabalho, de interação e comunicação. Também devem facilitar a apropriação ativa do saber científico integrado ao saber da experiência, partindo da análise do processo de trabalho e dos problemas da prática e, finalmente, permitir o fortalecimento dos objetivos da equipe multiprofissional, em função de valores partilhados.

Treinamento e orientações, relacionados à prevenção e controle das infecções hospitalares têm a função de capacitar os trabalhadores que prestam assistência direta ou indireta ao paciente, de forma a conscientizá-los, fazendo com que todos se comprometam com a mesma causa (BARBOSA e ABBOT, 2006).

A inclusão da família no contexto da infecção hospitalar é de extrema relevância, pois o enfermeiro deve incluir no seu rol de atividades a atenção à família e à comunidade. Não deve somente controlar o horário das visitas, regulamentar normas e coibir a sua permanência ou a entrada de objetos, mas também incluí-las em todo o seu processo de cura participando-lhe sobre o tratamento, ao informar sobre o que se passa na sua evolução enquanto internado, poderá estimulá-lo a uma recuperação mais rápida.

4.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

A vigilância epidemiológica é importante para a administração hospitalar, pois garante a identificação e a intervenção precoce nos casos de IH, reduzindo o risco de seqüelas; avalia através de estatísticas o perfil da instituição, clientela, qualidade da assistência prestada; abastecer dados para orientação/direcionamento adequado de recursos; fornece subsídios para defesa em glosas e processos judiciais. Tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e intercomplementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo

escolhido como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

4.4 AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES

É uma missão nobre que exige muito conhecimento, definição e, principalmente, apropriação da difícil e ao mesmo tempo encantadora arte da comunicação.

Para Oliveira, Armond e Clemente (2005) a divulgação das informações é de grande importância para a vigilância epidemiológica porque ao socializar estes conhecimentos, aumenta a responsabilidade da adoção de medidas de controle pelos profissionais que realizam atividades assistenciais. Enfatiza que a divulgação da análise dos dados deve ser de rotina para todos os profissionais envolvidos na assistência bem como para a administração da instituição. Muitos profissionais ao tomarem conhecimento dos resultados e quando os índices são referentes ao seu serviço específico, passam a repensar sua prática e se envolvem mais com as medidas de prevenção e controle, com a vigilância propriamente dita, ou seja, o retorno das informações pode ter impacto relevante sobre as taxas de infecção.

Para tanto, é fundamental a eleição do correto veículo para divulgação, a clareza do conteúdo, a objetividade, contextualizado e com informações pertinentes, de preferência utilizar-se de gráficos e tabelas para facilitar a interpretação e estímulo a novos estudos. Um instrumento de valia para atender esse objetivo é a “educação permanente”.

O registro dos eventos ocorridos e as decisões da CCIH em atas também consistem num valioso instrumento de comunicação. Nelas ocorrem os registros históricos de todas as decisões tomadas pelos consultores e executores ao logo do tempo. Por meio da ata verifica-se a evolução dos fatos ocorridos no âmbito do controle e prevenção do Controle de Infecção Hospitalar, sendo uma forma de proteção acerca dos processos decisórios, evidenciando a força da equipe. Pela ata da CCIH se conhece a história do Hospital, uma vez que as ações de prevenção e controle a permeiam como um todo (SILVA; SANTOS, 2001).

4.5 CONSEQÜÊNCIAS GERADAS PELA AUSÊNCIA DE GESTÃO NO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A ineficiência do controle de infecção hospitalar realizada pela CCIH pode acarretar vários malefícios ao hospital, tais como: o aumento da taxa de morbidade / mortalidade, maior tempo de internação do paciente no hospital, elevação dos custos diretos (atendimento ao paciente, custo da internação, procedimentos necessários, recursos humanos, tecnológicos e materiais disponibilizados para a assistência, etc) e custos indiretos (processos judiciais, imagem da instituição comprometida no mercado, descredenciamento de operadoras, quebra de parcerias, perda de alvará de funcionamento / interdição parcial ou total da ANVISA de setores e serviços).

Por isso que um controle de infecção deve ser bem estruturado, administrado, para que essas falhas não aconteçam e que estas não comprometam negativamente na imagem da instituição no mercado. Saber planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar deve ser um trabalho conjunto feito pelo administrador hospitalar e os outros componentes do CCIH.

4.6 A PRESERVAÇÃO DA IMAGEM DA INSTITUIÇÃO

Vimos que a ausência da gestão no serviço de controle de infecção hospitalar traz grandes prejuízos ao hospital. E um deles é a imagem negativa no mercado, quando a CCIH trabalha de forma ineficiente. Isso faz com que a instituição perca credibilidade e prestígio perante seus clientes externos e internos.

Um conceito que não expressa a realidade perde totalmente sua função e, além de não cumprir o seu papel, ainda confunde as pessoas gerando insatisfação, perda da credibilidade e estresse. Uma consequência é o comprometimento da imagem, isto é, a perda da credibilidade por não honrar atividades necessárias e, sobretudo, gera um clima de intranquilidade nos profissionais e clientes.

Para Schuler (2004, p. 37) a imagem corporativa “corresponde a um modelo mental que os indivíduos criam para representá-la”. Ela cita que as informações que os indivíduos adquirem sobre a organização são de ordem cognitiva, afetiva e sensorial, sendo todas elas organizadas em verdadeiros ‘bancos de dados’ mentais e que lhes permitem a configuração da respectiva imagem.

Em linhas gerais, temos que a percepção constitui a forma com que o indivíduo enxerga, interpreta a realidade a sua volta; ou seja, ele absorve tal realidade, a partir de filtros cognitivos, como, por exemplo, seu nível sócio-cultural, os sentidos, os mecanismos de autodefesa etc. e, a partir daí, faz sua interpretação pessoal.

Em meio a uma cultura da imagem, vê-se que o desafio constante da sociedade é despertar uma identificação coletiva quanto às imagens que se deseja disseminar. Assim temos que os *mass media*, a publicidade, buscam disseminar no inconsciente coletivo a imagem ou representação do que é belo, justo, politicamente correto, desejável.

Para que uma imagem consiga ser aceita pela maioria de modo homogêneo, ela deve antes estar intrinsecamente ligada aos anseios, desejos dos indivíduos, deverá satisfazer suas necessidades. No aspecto organizacional, a imagem deverá ser constantemente trabalhada de modo a se adequar às necessidades dos indivíduos.

A organização pode influenciar positivamente no processo de criação da imagem individual a partir do momento em que ela informa constantemente sua filosofia, objetivos, seu modo de trabalho, suas políticas, personalidade, quando ela passa a comunicar que é uma organização séria e responsável e, de igual forma, passa a agir de maneira coerente com o discurso produzido.

No hospital, quem faz a demanda é o próprio médico, é ele quem traz os clientes para fazerem consultas, operações e exames. O profissional, sabendo que o índice de infecção hospitalar é alto, não vai querer que seu paciente se interne, optando por outro hospital. O mesmo acontece com outros funcionários, pois trabalhar em um ambiente que não é seguro faz com que o clima se torne “pesado”.

Considerando que a adoção de conceitos de segurança por parte da instituição hospitalar aumenta o seu valor, a satisfação e a preferência do cliente, melhorando de modo significativo a relação cliente/hospital, faz-se necessário a implantação de medidas que procurem diferenciar os hospitais cujas atividades envolvam as boas medidas de segurança, daqueles que não têm este princípio.

5. ESTUDO DE CAMPO

No estudo foi utilizada a estratégia de amostra por acessibilidade e tipicidade. Esta escolha se dá em função de que este tipo de amostra depende de critérios do pesquisador, assim como ser dele a seleção dos elementos a que tem acesso e que representam significativamente o universo, além de proporcionar vantagens de custo e tempo despendido. (LAKATOS E MARCONI, 2003).

A seleção dos elementos da amostra foi realizada aleatoriamente. Foram entrevistados 40 usuários, de ambos os sexos, de diferentes níveis de renda, dos quais uma parte utilizava os serviços públicos de saúde e outra a rede privada, das cidades do Rio de Janeiro e Petrópolis.

O questionário foi "proposto por escrito aos respondentes" (GIL, 1999, p. 128). Em relação à forma, foram utilizadas questões fechadas, elaboradas com base nos objetivos específicos da pesquisa.

Antes da aplicação do questionário, foi explicado os objetivos e a importância da pesquisa, bem como a relevância da participação de cada respondente e a garantia de total sigilo das informações prestadas, inclusive o resguardo de nomes se assim o desejarem.

As perguntas foram dirigidas aos usuários das instituições de saúde.

A análise dos dados colhidos apresenta-se a seguir. Foram realizadas três perguntas, com o intuito de aferir se o usuário tem algum conhecimento sobre a infecção hospitalar e assim, observar se influencia ou não na sua escolha para algum tratamento ou internação. As três perguntas que compuseram o questionário eram fechadas e os respondentes escolheram uma opção dentre as apresentadas, sendo que as opções de respostas eram padronizadas, para facilitar a tabulação dos resultados.

No início das entrevistas, a terceira pergunta só seria feita se os usuários tivessem conhecimento das duas primeiras questões. Mas, após o esclarecimento do que é a infecção hospitalar por minha parte, eles resolveram responder.

Questão 1 - Você sabe o que é a Infecção Hospitalar?

Esta questão verificou que 90% dos usuários (36 respondentes) tem conhecimento sobre a existência da infecção hospitalar, razão que leva a constatar que a informação sobre IH está bem divulgada. Eles relatam, numa conversa informal, que ficam sabendo sobre o assunto, através de denúncias e casos apontados pela televisão, revistas e jornais e não através dos hospitais.

O Código de Defesa do Consumidor, além de proteger a vida e a saúde do consumidor, eleva à categoria de direito fundamental o direito à informação de uma maneira geral e, e especial, a informação quanto aos riscos que os produtos e serviços possam causar. Pode-se constatar que, no caso das infecções hospitalares, entretanto, esse direito está longe de ser reconhecido.

Questão 2 - Você já leu ou ouviu, em jornais, revistas e televisão alguma notícia sobre IH?

Neste caso, 70% do público entrevistado (28 respondentes) demonstraram estar bem informados sobre a IH, enquanto que 20% (8 respondentes) já ouviram falar e apenas 10% (4 respondentes) ignoram totalmente a questão.

Questão 3 - Você realizaria algum tratamento ou internação em uma instituição que possui casos de IH?

Vinte e oito respondentes (maioria de 70%) responderam negativamente à questão, enquanto 8 respondentes (20%) não souberam responder e apenas 4 responderam positivamente à questão. Depreende-se dessas respostas que existe maior conscientização dos usuários quanto aos casos de IH nos hospitais.

Como se pode perceber nos gráficos apresentados, a grande maioria — 36 usuários — sabe o que é infecção hospitalar. E por isso, essas pessoas que sabiam sobre o assunto, responderam que não se internariam ou fariam qualquer tipo de tratamento, em uma instituição que o índice de infecção hospitalar seja elevado. Isso demonstra que a ausência de uma gestão no serviço de controle de IH, compromete a imagem da instituição e influencia diretamente na escolha dos usuários de utilizar ou não determinados estabelecimentos.

Surpreendentemente, as respostas coletadas mostraram que mesmo com um índice elevado de IH, alguns usuários se internariam ou fariam algum tipo de tratamento nesta instituição, mas com a justificativa da falta de opção. Pessoas que só utilizam instituições públicas de saúde, muitas vezes não tem opção de escolha, tendo que usufruir daquilo que o governo oferece.

6. CONCLUSÃO

Este estudo remete à conclusão de que o setor de serviços de saúde inclui organizações especialmente complexas que prestam assistência importante para a sociedade e que apresentam gastos significativos. Enfrenta, ainda, desafios crescentes para conciliar a organização da assistência com a melhoria dos padrões de gestão e qualidade que subsidiem o controle dos riscos, ao mesmo tempo em que promovam redução de custos dentro de limites éticos e sociais.

A construção de um sistema hospitalar com base apenas em critérios de acesso e interesses econômicos compromete a assistência com segurança, qualidade e resolubilidade. A revisão do modelo atual de prevenção de infecções hospitalares, em parceria com gestores estaduais e municipais de saúde, prestadores, sociedade organizada e usuários é uma necessidade premente para a incrementação dessas qualidades ao sistema hospitalar.

Houve uma grande dificuldade para a coleta destas informações, visto que nenhuma instituição de saúde se propôs a ajudar.

Algumas pesquisas relacionadas ao esclarecimento dos índices de IH já foram feitas. Em maio de 2006, o IDEP, Instituto de Direito Público e Defesa Comunitária Popular, junto à ANVISA e às secretarias estaduais de saúde, tentaram levantar dados de IH no Brasil, mas somente quatro secretarias enviaram seus dados. Em paralelo com esta análise a Pesquisa Assistencial Medico-Sanitária do IBGE, mostrou que 36% dos estabelecimentos de saúde com leitos par internação no país não realizam controle de IH.

Pode-se concluir deste estudo que a Infecção Hospitalar é um importante problema de saúde pública no país, e seu controle não se limita apenas a área de saúde, mas da instituição hospital, que deve ter a sua imagem associada a um controle eficaz.

Os resultados apresentados pela pesquisa de campo feita neste estudo confirmaram a hipótese de que a grande maioria dos usuários tem conhecimento do que é infecção hospitalar. Assim, responderam que não se internariam ou fariam qualquer tipo de tratamento, em uma instituição que o índice de infecção hospitalar fosse elevado. Isso demonstra que a ausência de uma gestão no serviço de controle de IH, compromete a imagem da instituição e influência diretamente na escolha dos usuários de utilizar ou não determinados estabelecimentos.

7. REFERÊNCIAS

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação de Comissões de Controle e Infecção Hospitalar nos Estados Brasileiros**. Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicos/controldeinfeccao/htm. Acesso em 09/06/2009.
- ANVISA - **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9782_99.htm Acesso em 10/07/2009.
- ARMOND, G. A.; OLIVEIRA, A. C. Precauções e Isolamento. In: OLIVEIRA, A. C.; ARMOND, G. A.; CLEMENTE, W. T. **Infecções Hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BARBOSA, M. E.; ABBOT, A. A eficácia da educação continuada na prevenção de acidentes com riscos biológicos: uma análise qualitativa. In: **VI Congresso pan-americano e X Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar**. Porto Alegre. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 196 de 24 de julho de 1983. Dispõe sobre as instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares**. Brasília, 1983.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Atividades 2008 / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2009.
- BRASIL. Portaria 930 de 27 de agosto de 1992 institui **as normas de controle de infecção hospitalar**. Ministério da Saúde: Brasil, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Expede na forma de anexos às diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 133, 1998.
- BRASIL Lei Federal nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, **dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programas de controle de infecção hospitalar em todos os hospitais do país: Brasil, 1997**.
- CARVALHO, E.A.A. **Epidemiologia das infecções hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2003.117f.Tese (Mestrado em Medicina Tropical). Faculdade Medicina, UFMG, 2003.
- COUTO, Camargo Renato; Pedrosa, Tânia M. Grillo; Nogueira, José Moura. **Infecção Hospitalar - Epidemiologia e Controle**. 2º ed. Rio de Janeiro: Médico e Científico Ltda., 1997.
- DONABEDIAN, A. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1998.
- EGGIMANN, P.; PITTET, D. Infection control in the ICU. **Chest**, Park Ridge, v.120: p.2059-93, 2001.
- FERNANDES, A. T; Fernandes, M. O. V.; Filho, N. R. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. Atheneu, 2000.
- FERNANDES AT, NOCA CR. **Do controle de infecção ao controle de qualidade**. In: Fernandes AT, Fernandes MO, Ribeiro N Fo, editores. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1706-21.
- GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Avaliação e qualidade**. Brasília, 2004. (Módulo 2 do curso on-line: Talsa multiplicadores. Promovido pela Organização Nacional de Acreditação).

- MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. 2003. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª. Ed. Editora Atlas
- MARTINS, R.M. Avaliação do Papel das comissões de controle de infecção hospitalar. In: RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. p. 28-36.
- OLIVEIRA, A. C.; ARMOND, G. A.; CLEMENTE, W. T. **Infecções Hospitalares**: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- OPAS - ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington, 1994.
- RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. 669 p.
- SCHULER, Maria et.al. **Comunicação estratégica**. São Paulo: Atlas, 2004.
- SGARBI, L.P.S.; CONTERNO, L.O. Estruturação e Dinâmica das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. In: Rodrigues, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. p. 37-41.
- SHULMANN, J. G.; Goldin, M. **Epidemiologia hospitalaria. Diagnóstico clínico por el laboratorio**. 5º ed. Salvat Editores, 2005.
- SILVA, F. I; SANTOS, B. M. O. Estudo histórico organizacional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital universitário. **Medicina, Ribeirão Preto**, n.34, p.170-179, São Paulo, abr./jun. 2001.
- TAVARES, Mauro Calixta. **A força da marca** - como construir e manter marcas fortes. São Paulo: Habra, 1998
- WENZEL, R.P. Expanding roles of hospital epidemiology: quality assurance. **Infect. Control Hosp. Epidemiol**, v. 10, p. 255-6, 1989.
- ZANON, U. Etiopatogenicidade das complicações das infecções hospitalares. In: Couto, R.C.; Pedrosa, T.M.G.; Nogueira, J.M. **Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 3. ed. Minas Gerais: MEDSI, 2003. p. 9-42.