

INDICADORES DE QUALIDADE NO GERENCIAMENTO DA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Jonatas Dias Elias(1); Isélia Rodrigues de Souza (1); Gabriel Lima Jurema (2); Lucas Almeida Medeiros (3); Francisco das Chagas Cardoso Filho (4)

Universidade Estadual do Piauí, uespi@gmail.com

RESUMO: Este trabalho é o resultado de algumas reflexões que visam discutir o modelo explicativo e alguns conceitos metodológicos que determinam os caminhos para contextualizar ocorrências de infecções hospitalares e as possibilidades de intervenção social para o seu controle. Essas discussões são baseadas nos avanços de conhecimento e de programas de controle oriundos do Ministério da Saúde no Brasil. Consideramos que o acompanhamento das condições em que se processa o controle em cada instituição pode produzir importantes informações, constituindo-se numa condição marcada pela qualidade dos serviços e da assistência prestada de forma democrática em conjunto com instituições de saúde e da participação cidadã. Palavras-chave: Infecção hospitalar, prevenção, intervenção e gestão.

INTRODUÇÃO

Atualmente, é de suma importância discorrer acerca de um dos temas de grande relevância no ramo da saúde, os indicadores de qualidade no gerenciamento da prevenção das infecções hospitalares mostrando sua evolução e suas polêmicas quanto ao conservadorismo da ciência e a substituição de paradigmas dentro das práticas medicinais.

Os conceitos aqui relacionados estão feitos de maneira adequada para examinar os fenômenos sócio-culturais das representações sociais relacionadas com a infecção hospitalar. As análises de diferentes

abordagens devem auxiliar a compreensão do tema e serão desenvolvidos desde a Idade Média até a Contemporaneidade baseando-se na Teoria das Representações Sociais.

A importância do tema é justificada pela busca da qualidade assistencial que vem sendo abordada por profissionais de saúde, uma vez que os usuários dos estabelecimentos de saúde, nas últimas décadas, tornaram-se mais esclarecidos dos seus direitos exigindo maior comprometimento das instituições.

O alcance da qualidade dos serviços torna-se coletivo, ou seja, com diferencial técnico e social para atender a

demanda de uma sociedade cada vez mais exigente.

Nas últimas décadas, surgiu a preocupação com a mortalidade por infecções hospitalares. Dessa maneira, controlar as mesmas é a principal meta dos profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar, controlando os altos índices de morbidade através da melhoria na qualidade dos serviços. Com isso, pode-se reduzir o tempo de internação e gastos desnecessários.

A infecção hospitalar constitui um dos grandes problemas enfrentados por profissionais da saúde e pacientes. Os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos, tais como: diagnósticos e o aparecimento de microorganismos resistente aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar tornaram as infecções hospitalares um problema não só de saúde pública, mas, de processos jurídicos.

De maneira mais abrangente, Brock & Brocka diz: “a qualidade é entendida como uma nova abordagem da administração e marcada por princípios, ideias e crenças que buscam em última instância a satisfação dos clientes, dos trabalhadores, dos fornecedores e dos acionistas” (1994, p. 54).

Entretanto, no campo da enfermagem é adotado como indicador de qualidade, o gerenciamento com vistas a alcançar não só o padrão aceitável de

assistência, mas também a atender as expectativas dos colaboradores e dos pacientes.

Diante do exposto, surgiu o interesse em abordar um tema tão instigante quanto complexo, mas, que particularmente é muito útil para análise, compreensão e intervenção sobre um dos grandes problemas sociais da atualidade, a saúde e a doença.

METODOLOGIA

Para facilitar a compreensão do texto ora desenvolvido se faz necessário tecer algumas considerações sobre a evolução das doenças hospitalares surgidas desde a Idade Média, passando pela Europa até chegar ao Brasil contemporâneo.

Isso porque, conhecendo as origens torna-se esclarecedor o entendimento da necessidade da observação e explicação deste fenômeno que atualmente tem chamado a atenção não só de especialistas, mas também da sociedade, sem falar que em alguns casos tem sido acionado os tribunais para que fosse esclarecido o uso do direito pessoal de alguns pacientes em relação às instituições hospitalares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As infecções hospitalares surgiram na Idade Média quando foram criadas as “instituições para alojar pessoas doentes, os peregrinos, os pobres e os inválidos constituindo assim um local de separação e de exclusão”

(FOUCALT, 1985, p. 101). Assim, com a reunião indiscriminada de pessoas confinadas em um mesmo ambiente facilitava a transmissão de doenças contagiosas. Junte-se a isso a ausência de procedimentos terapêuticos, falta de higienização, água potável, má alimentação e temos como consequência a origem das primeiras epidemias do tipo: cólera, peste bubônica, diarreia, etc.

A concepção de mundo existente durante a Idade Média era eminentemente baseada nos dogmas da Igreja Católica, ou seja, as explicações para as epidemias estavam relacionadas ao sobrenatural, além de que as práticas medicinais eram muito empíricas.

Com a emergência do capitalismo, o desenvolvimento tecnológico, o desenvolvimento das ciências humanas, além da necessidade de preservação da mão de obra, onde o corpo era objeto de trabalho, surgem também as transformações dos hospitais que passam a ser um local de assistência aos pobres, onde as pessoas eram internadas tanto para curas quanto para medicalização.

Surge assim um novo modelo de organismos dentro da sociedade à qual FOUCALT chamou de “organização social disciplinar”, onde os indivíduos não mais se aglomeravam, mas eram ordenados de acordo

com a instituição, entretanto, os médicos ainda atuassem com a medicina domiciliar.

A “sociedade disciplinar”, representada por instituições do tipo: prisões, fábricas, escolas e hospitais, serviam para classificar os indivíduos segundo os padrões de “normalidade” da época, esses locais serviam entre outras coisas para o “adestramento” dos indivíduos e a sua formação. Algumas destas instituições eram confiadas a um médico, devido aos seus conhecimentos medicinais e disciplinador, assim a mão de obra era utilizada ao máximo e sem muitos riscos.

Com as transformações sociais e hospitalares ocorridas no século XVIII, segundo GONÇALVES (1985, p. 95), “... as práticas de saúde tornaram-se sociais”..., baseada em uma nova característica social onde havia um aumento de dependência entre as nações e uma maior complexidade na socialização devido à estratificação do trabalho, nascia aí a chamada Medicina Social ou o “saber epidemiológico”, a medicina social, desde o seu entendimento, sempre esteve articulada com o Estado tentando corresponder às suas necessidades de organização de uma sociedade que emergia do capitalismo, de uma urbanização crescente e das grandes epidemias.

No entendimento de SCHRAIBER, 1989, p. 81, “a tarefa que é

efetivada através do controle sanitário, onde as medidas são tomadas não se dão principalmente através do cuidado individual, mas no controle demográfico, das epidemias e do espaço urbano”. Assim, no hospital reorganizado, as primeiras ações terapêuticas foram de natureza coletiva e social, onde as observações, os registros e as coletas de dados possibilitaram gradualmente, o desenvolvimento de uma ciência de entidades patológicas, voltada para o corpo doente, às alterações das estruturas anátomo-fisiológicas. As consequências foram: o desenvolvimento de novos instrumentos de trabalho e a prática médica, o clínico.

Os primeiros relatos sobre contaminação hospitalar, no Brasil surgiu na década de 1950, com o aparecimento de microrganismos resistentes a antibióticos, procedimentos evasivos de esterilização de material hospitalar e procedimentos invasivos das técnicas assépticas. A discussão sobre este tema ainda era pouco abordada nas instituições formadoras de profissionais da saúde.

No Brasil, a Comissão de Controle de Infecções Hospitalares criadas nos Estados Unidos só seria implantada nos hospitais a partir de 1976, pois, antes era vinculada às instituições de ensino, essa medida não causou impacto e nem sofrera

fiscalização, pois fora implantada apenas nos hospitais da previdência.

Com a morte de um presidente brasileiro, por septicemia devido a uma infecção pós-cirúrgica, o Ministério da Saúde, pressionado pela população/imprensa, sobre as infecções hospitalares, emitiu em 24 de junho de 1986 a Portaria nº. 196, “foi o primeiro passo determinando a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e a obrigatoriedade de profissionais, entre eles o/a enfermeiro (a), especialmente designado para a função em todas as instituições hospitalares numa média de um enfermeiro (a) para 250 leitos, além de capacitação de multiplicadores, intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais da saúde e elaboração de manuais e normas para todos os profissionais”.

A década de 1980 ficou marcada pelo avanço no controle de infecções, mas é a partir de 1988 com a promulgação da Constituição Federal a saúde deixa de ser apenas uma questão coletiva e passa a ser um direito social.

Pela primeira vez a Constituição Brasileira cria uma seção completa para normatizar e amparar a saúde pública, que à época já era um caos e que a partir de então se torna um direito para que o Estado possa promover a cidadania.

Com a nova Constituição, foi proposto também a Reforma Sanitária, que embora hoje a saúde seja tratada como uma mercadoria que deva ser consumida ou não conforme as posses individuais, as normas sanitárias refutam este conceito e o Estado deve proporcionar a todos os cidadãos uma saúde, sejam indigentes ou não uma saúde como direito social e fundamental.

A nova condição que a saúde assume com a nova Constituição, começa a gerar disputa pela maior ou menor abrangência do direito à saúde diante das propostas de como operacionalizar a universalidade e a integralidade das ações do Sistema Único de Saúde. “As políticas públicas voltadas para o provimento do básico expressa algo fundamental que serve de base de sustentação indispensável ao que a ela se acrescenta. O básico requer investimentos sociais de qualidade que preparem o terreno para o surgimento de outras necessidades, que questionem os limites da própria estrutura social e das relações sociais vigentes”. “Trabalhar com o básico é trabalhar com um caminho sempre a percorrer, sempre a alargar e não com um ponto de chegada”. (POTYARA, 2000).

A publicação de portarias, como forma de fiscalizar com maior rigor os programas de combate às infecções hospitalares, na década de 90 entra em vigor

com a Portaria nº. 930/1992 do Ministério da Saúde, confirmando a necessidade de mais profissionais para o controle das infecções hospitalares, enquanto a Portaria nº. 196/1986 dizia que “seria um (a) enfermeiro (a) para cada 250 leitos”, a outra diz que deve ser: “um (a) médico (a) e um (a) enfermeiro (a) para cada 200 leitos”, ou seja, mais pessoas envolvidas no combate a infecção hospitalar, isso porque em 1990, é publicada a Lei nº. 8.080 de 19 de setembro, onde são normatizados os objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde, no artigo 5º inciso III tem a seguinte redação: “deve ser dada à pessoa assistência por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, desde 2000, com o lançamento da Resolução RDC nº 48, que estabelecia “avaliação e inspeção” dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar tem levado este órgão a fiscalizar a deficiência dos indicadores das infecções hospitalares, conhecendo o perfil epidemiológico, orientando e acompanhando as ações que visam diminuir a incidência e a gravidade nos serviços de saúde, além de medir sua eficácia e monitorar a qualidade de assistência hospitalar e riscos.

Atualmente, as práticas de fiscalização sanitária vêm sendo modificada numa concepção de trabalho voltada para a educação sanitária da população, com o objetivo de tornar mais efetiva e eficaz a atuação da Vigilância Sanitária, informando à sociedade quanto aos riscos a que estão expostos. A participação ativa da população no processo como representante dos interesses da sociedade deve se imbricar com as ações de controle do órgão fiscalizador, otimizando e garantindo as práticas fiscais.

A infecção hospitalar vai além dos aspectos perceptíveis e conhecidos, situa-se em dimensões complexas do cuidado com a saúde, principalmente em uma sociedade moderna, onde ambas estão em constante transformação. Assim, a infecção hospitalar é um evento histórico e social, não apenas biológico onde são requisitados investimentos científicos, tecnológicos e humanos para o uso de medidas de prevenção e controle de infecções e/ou doenças tropicais.

CONCLUSÕES

Embora a temática infecção hospitalar seja frequente nos eventos científicos e nas publicações, ainda assim existem lacunas e a necessidade de mais estudos para o seu entendimento, prevenção e/ou erradicação.

Muitos hospitais ainda não atentaram para a importância das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar como parte da administração dos hospitais, diagnosticando e monitorando a frequência e distribuição das infecções intervindo, implementando e/ou implantando medidas de controle de infecção, objetivando garantir a qualidade nos procedimentos hospitalares.

Por tudo que foi exposto devemos crer que a mera existência das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, não se constitui condição suficiente para solucionar o problema das infecções hospitalares, pois a mesma envolve uma pluralidade de ações onde os princípios de cada profissional envolvido no exercício de suas atividades devem estar à frente de toda e qualquer norma sobre infecção hospitalar entre pacientes ou não, pois defendemos a necessidade de reflexões acerca de estratégias simples e eficazes com o simples ato de lavar as mãos.

A educação como investimento, além da importância do uso de tecnologias de ponta, ainda é elemento fundamental para o desenvolvimento do ser humano nas práticas de controle de infecção hospitalar.

Assim podemos concluir que com o apoio das legislações vigentes, o uso de tecnologias avançadas, ainda há que se redimensionar o problema para além de sua prática isolada e recolocá-la no âmbito do

Sistema de Saúde como um todo, permitindo analisar não só as diferentes formas das práticas da qualidade da assistência à saúde, mas também dos diferentes interesses e necessidade da população, ou seja, não podemos ficar alheios a insegurança observada dentro dos hospitais no que se refere a infecção hospitalar ou que continuemos “esquecendo” o que a Constituição diz “direito de todos, dever do Estado”. Temos que buscar sim, concomitantemente, qualidade de assistência e menor custo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. M. Q e CAVALCANTE R. Gonçalves. Atribuições do serviço de Enfermagem, prevenção e controle da Infecção Hospitalar. São Paulo: 1985, p. 149 a 151. BRASIL. Constituição Federal, 1988.

CASTELAR, R. M; MORDELET, P; GRABOIS, V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro.

FOUCAULT, Michael. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, 1985.

IDEC, Instituto de Defesa do Consumidor. O controle de infecção hospitalar no Brasil e os consumidores. São Paulo, 2006.

POTYARA, Alves. P.P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo, 2000.

RODRIGUES, E.A.C. Histórico das infecções hospitalares. São Paulo, 1997, p. 3 a 28. H. M. Novaes e J. M. Paganini. OPAS/FLAH/FBH nº. 13, 1992. Garantia de qualidade: Acreditação de hospitais para América Latina e Caribe.

