

A INFECÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

SILVA, Ruvani Fernandes da
WAGNER, Rosalba T. F
SCHMIDT, Bárbara Ramona Silva

RESUMO

O Ministério da Saúde, ao longo de sua existência, tem norteado as ações de saúde no sentido de controlar e/ou melhorar a vigilância epidemiológica e a atenção aos marginalizados. No decorrer dos tempos, mais precisamente desde a década de 70 vem se observando que o setor de saúde atravessa um período de falência e foi neste clima que estudos e pesquisas demonstraram e discutiram a necessidade da implantação de um sistema único de saúde. Este estudo tem como objetivo fazer um relato mostrando a problemática das infecções hospitalares no contexto das políticas de saúde no Brasil. A infecção hospitalar representa um problema da qualidade da assistência médica, devido a incidência e letalidade, como os custos diretos e indiretos, além dos distúrbios provocados pela dor, mal-estar e isolamento. Finalmente a questão da qualidade dos serviços prestados que num sentido mais amplo, estão relacionados com os problemas que cercam e protegem o consumidor. “O nó górdico de todas as divergências é, como se sabe, determinar o quanto é possível coadunar um elemento econômico e político, a liberdade de mercado, com um elemento moral, o resguardo da saúde e dos demais interesses do consumidor”. O ponto crítico da questão encontra-se na disjunção verificada quando se diz que a saúde não tem preço (o que todos reconhecem), mas tem custos (o que é dramaticamente vivenciado pelos provedores de serviços).

Palavras Chaves: infecção hospitalar, políticas de saúde, programa de acreditação hospitalar.

A INFECÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

SILVA, Ruvani Fernandes da
WAGNER, Rosalba T. F
SCHMIDT, Bárbara Ramona Silva

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), ao longo de sua existência, tem norteado as ações de saúde no sentido de controlar e/ou melhorar a vigilância epidemiológica e a atenção aos marginalizados.

Vem se observando no decorrer dos tempos, mais precisamente desde a década de 70 que o setor de saúde atravessa um período de falência e foi neste clima que estudos e pesquisas demonstraram e discutiram a necessidade da implantação de um sistema único de saúde.

Na década de 80, o agravamento da crise financeira do país atinge vários segmentos como reflexo da política econômica recessiva implantada no país, abalando inclusive a área da saúde. O principal foco dessa crise é o aumento dos custos e fraudes que é identificado com as despesas na assistência médica da Previdência. O governo recorre a várias tentativas para reorganizar o sistema nacional de saúde, e com isso evidencia um posicionamento diferenciado entre a Federação Brasileira dos Hospitais, através das denúncias de fraudes, e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

É neste clima que em 1981, criou-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), aprovado em 1982, que tinha como meta a racionalização

dos gastos e reorganização do Sistema Nacional de Saúde e da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 ocorre a grande mudança, onde se propôs a reformulação de toda a política nacional na área da saúde através da chamada Reforma Sanitária. Saúde é entendida como resultado das condições de vida da pessoa, direito de todos e dever do estado.

A reforma propõe a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgindo então uma forma de organização dos serviços de saúde no país, na qual tanto os serviços públicos quanto os privados (através de convênios) fazem parte de uma mesma rede, com objetivo único é atender às necessidades de promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Antes da Constituição Federal de 1988, saúde resumia-se apenas à assistência médica prestada. A saúde não era direito de todos os brasileiros, mas um direito exclusivo de quem tivesse carteira assinada e pagasse a previdência social – Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Quem não estivesse nessa parcela da população pagaria as contas (minorias) ou seria atendido como indigente (maioria).

Com a Constituição Federal de 1988⁽¹⁾, universaliza-se o direito à saúde e o Estado é responsabilizado como o seu provedor. No momento que este conceito é incorporado a prática, surge uma nova lógica organizacional em consonância com a reforma sanitária.

Foi a Constituição Federal de 1988, a primeira no Brasil a apresentar uma seção sobre saúde. Nela o conceito de saúde é mais amplo, segundo o que foi o discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

O conceito de saúde deixa bem transparente o direito de cidadania e a relação existente com as políticas sociais e econômicas, compreendendo então, as ações e serviços de saúde como de relevância pública.

No texto constitucional observamos avanços que permitiram a continuação da luta política entre os projetos da reforma sanitária e neoliberal.

Na década de 90, foram aprovadas 2 leis: a Lei 8080⁽²⁾, e a Lei 8142⁽³⁾. A Lei Orgânica de Saúde ou Lei 8.080 regulamenta a organização e o funcionamento dos serviços e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei 8.142 regulamenta a participação popular no SUS e condiciona a locação de recursos financeiros para a saúde à existência e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros para a saúde.

OBJETIVOS

Mostrar a problemática das infecções hospitalares no contexto das políticas de saúde no Brasil e em Santa Catarina.

A INFECÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS RELATIVAS A SAÚDE NO BRASIL

Em 1980, com o episódio da morte do presidente Tancredo Neves, a infecção hospitalar torna-se popular pelo trabalho realizado pela mídia. É neste período que começam, então, as denúncias das infecções hospitalares e seus riscos passam a fazer parte do cotidiano da população brasileira através das manchetes dos jornais.

A infecção hospitalar (IH) representa um dos principais problemas da qualidade da assistência médica, um problema econômico devido a importante incidência e letalidade significativa, assim como os custos diretos, além dos custos indiretos, como aqueles representados pela impossibilidade de retorno ao mercado de trabalho e os custos inatingíveis ou difíceis de se avaliar economicamente, como os distúrbios provocados pela dor, mal-estar, isolamento, enfim, pelo sofrimento experimentado pelo paciente.

A ocorrência da IH amplia o prejuízo, saindo da esfera institucional para o próprio paciente e para a sociedade como um todo.

O controle da infecção hospitalar, além de atender as exigências legais e éticas tornou-se também uma necessidade econômica, principalmente em países como o Brasil, no qual os recursos destinados a saúde são extremamente escassos.

O controle da infecção hospitalar encontra-se entre os requisitos mínimos da proposta de acreditação de hospitais para a América Latina e o Caribe.

“A problemática de infecção hospitalar ocupa posição de destaque na medicina atual, exigindo avaliação epidemiológica atualizada e o desenvolvimento de filosofia e prática de atuação que possa, senão resolver, minorar os resultados adversos da disseminação de doença infecciosa adquirida nos hospitais”⁽⁴⁾.

Diante desta situação, a infecção hospitalar passou a ser vista como um epifenômeno, que serve como importante índice da qualidade da assistência médico-hospitalar e o serviço

de prevenção passou a ser considerado programa prioritário de garantia de qualidade na área de assistência médica.

O assunto foi tomando outras proporções, até que, após algumas atitudes legislativas e normativas governamentais, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria 196⁽⁵⁾ de 1983, que de forma didática, estabelece critérios para a classificação das infecções hospitalares e obrigando os hospitais a criarem comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH), como órgão responsável pela determinação de normas e rotinas e vigilância das infecções hospitalares normatizando aspectos importantes no controle de infecção, não conseguindo, entretanto, o impacto desejado.

O MS inicia então, cursos de introdução ao controle de IH, em nível nacional, e cria 44 centros de treinamento, visando capacitar os profissionais da área da saúde. No final da década de 80, formam-se várias associações dos profissionais para estudo e controle das IH: cursos de controle de infecção hospitalar pela Associação Paulista de estudos em controle de infecção hospitalar (APECIH), iniciada como núcleo em 1982 e transformada em associação em 1987 em São Paulo, e Associação Mineira de estudos em controle de infecção hospitalar (AMECIH) em Minas Gerais, Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (ABIH), fundada em 1987. Curso Internacional de Infecções Hospitalares, financiado pela OPAS/OMS, realizado em Brasília de 26 a 31 de março de 1984. I Congresso Brasileiro sobre Infecção Hospitalar, realizado em São Paulo em 1989, organizado pela APECIH, etc.

Em 1992, foi promulgada a Portaria 930⁽⁶⁾ do MS em substituição à Portaria 196, que regulamenta a vigilância e o controle das infecções hospitalares no país. Esta Portaria determina que todos os hospitais mantenham um programa de controle de infecções

hospitalares, com um conjunto de ações desenvolvidas, deliberadas sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Até 1994, não se conhecia a magnitude dos problemas das infecções hospitalares, lacuna essa, que começou a ser preenchida pela iniciativa da Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar (COCIN), que idealizou, planejou e coordenou o primeiro estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários⁽⁷⁾.

Este estudo contou com uma equipe multidisciplinar de profissionais atuantes em controle de infecção hospitalar (CIH) de todo país. Para que houvesse uma homogeneização de conceitos relativos à IH, a equipe passou por um treinamento teórico-prático, com o objetivo de que a aplicação do instrumento de coleta de dados e técnica de entrevista, tivessem a mesma interpretação.

O MS realiza, além do estudo, uma pesquisa simultaneamente com o objetivo de conhecer e avaliar a qualidade das ações em controle de infecção hospitalar nacionalmente.

Os dados encontrados nesses estudos demonstram os riscos que as infecções hospitalares representam para a sociedade brasileira e ratificam os dados do MS de que as infecções hospitalares tem crescido na razão direta das técnicas invasivas, enquanto o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as práticas que controlam infecções não acompanham este desenvolvimento.

O MS divulga novos dados em 1995, que apontam uma incidência nacional média de IH de 15,5% e a avaliação da qualidade das ações de CIH, mostraram que o desempenho e as medidas de prevenção das IH a partir de procedimentos de risco para adquiri-las é de 42,5% conforme resultado⁽⁷⁾.

Em 12 de maio de 1998, o MS revoga a portaria 930 e expede a Portaria 2616⁽⁸⁾ que a nível nacional rege o controle de infecção hospitalar e mantém o Programa de Controle de

Infecção hospitalar, onde os membros do serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) exercem a função de membros executores e os membros da CCIH passam a ser membros consultores.

A INFECÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS RELATIVAS A SAÚDE EM SANTA CATARINA

Com a implantação do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, pelo MS em 1983, Santa Catarina contava com poucos hospitais, desenvolvendo ações nesta área. A partir da criação do centro de treinamento de recursos humanos para controle de infecções hospitalares, no Hospital Infantil Joana de Gusmão, teve início um processo de conscientização dos profissionais para a existência do problema embora atuando de forma voluntária e sem uma estrutura a ser um referencial no que dizia respeito a organização das CCIH. Este Centro que funcionou até 1991, foi responsável pela formação inicial de aproximadamente 200 profissionais de nível superior, provenientes dos hospitais de grande e médio porte do Estado.

Com a mudança de Governo e término do Centro de Treinamento, assume a Diretoria de Assuntos Hospitalares que realizou um levantamento através de questionário dirigido às Direções dos Hospitais e concluiu que apenas 7% ou 14 de um universo de 207 Hospitais, possuía CCIH. Com este resultado, abaixo da estimativa do País que é de 10%, partiu para uma ação mais efetiva e propôs a criação da Gerência de Controle de Infecção Hospitalar, em sua estrutura administrativa.

O Programa foi criado através da Portaria 01/92/SES/SC⁽⁹⁾ em 15 de maio de 1992, sendo aprovado em 16 de julho de 1992 pela Assembléia Legislativa que incluía a Gerência

de Controle de Infecção Hospitalar no organograma da Secretaria de Estado da Saúde (SES), como um órgão de assessoramento técnico e administrativo da Diretoria de Assuntos Hospitalares, voltada para a coordenação e o planejamento das ações de prevenção e controle das Infecções Hospitalares em hospitais da rede pública e privada de Santa Catarina. Desde então vem buscando estimular a criação das CCIH, de maneira sistemática, utilizando recursos e estratégias as mais diversas como o envio de ofícios circulares, alertando para as exigências legais e implicações jurídicas possíveis, fornecendo informações técnicas e científicas que venham ao encontro das necessidades dos profissionais de saúde, na execução das atividades diárias de prevenção e controle das infecções hospitalares.

A receptividade a estas ações foi favorável, tanto que as Comissões de Controle de Infecção foram implantadas em 90 hospitais de Santa Catarina o que representou um aumento significativo (7% em 1992 para 43% em 1993) de instituições engajadas no Programa.

Entre os compromissos assumidos pela Gerência de Controle de Infecção Hospitalar, constou a implantação em 50% dos hospitais de SC até dezembro de 1994.

A perseguição desta meta previa a utilização de várias estratégias, incluindo a publicação de um manual, que buscou facilitar e organizar os procedimentos administrativos necessários para a efetivação do cadastro das CCIH neste Órgão.

Pela Gerência de Controle de Infecção Hospitalar foram implantados vários Projetos em 1992, que continuam até os dias atuais, como o Disk & Saiba Infecção Hospitalar que serve como um instrumento de apoio técnico aos profissionais de saúde da área hospitalar, principalmente no que se refere à organização e atuação das CCIH. Através do telefone e fax o usuário formula as suas dúvidas, é preenchido um formulário e as respostas são encaminhadas via correio. O Programa de Acreditação de Hospitais em Controle de Infecção Hospitalar foi criado a partir de estudo em parceria com a Coordenação de Controle de

Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, adaptado aos moldes do “Manual de Acreditação dos Hospitais para América Latina e Caribe” da Organização Panamericana da Saúde, que constitui a adoção de padrões mínimos de avaliação do efetivo cumprimento das determinações da Portaria 930 e atualmente a Portaria 2616 de 1998.

Em 1998, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar de Santa Catarina (SES), divulga os dados através do caderno “Manual de Orientações”, colocando que dos 128 hospitais existentes no estado 75% apresentam CCIH formalmente constituída e destes apenas 33% encaminham boletins epidemiológicos ao Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (PECIH) da SES. Há um desconhecimento da SES da metodologia utilizada pelos hospitais para coleta de dados, inexistência de testes estatísticos estabelecendo os níveis de confiabilidade do instrumento utilizado pela própria SES, pouco preparo dos profissionais atuantes em CCIH e não explicitação da SES dos critérios utilizados para calcular as taxas.

O Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) foi criado em 1983, entretanto, somente a partir de 1985, intensificaram as ações através de centros de treinamento criados em todos os Estados da Federação.

Em 1991, o Estado assumiu a responsabilidade do Programa, criando uma Unidade de Controle de Infecção Hospitalar que vem atuando na prevenção e controle dessas infecções. Desse modo, o Estado passa a ter um papel importante nas ações que previnem e controlam a infecção hospitalar.

A Coordenação Nacional gerencia o programa no âmbito nacional; define as suas diretrizes; fornece condições aos Estados e os incentiva para o desenvolvimento do Programa; normatiza e coordena, no âmbito nacional, as ações do Programa desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado, baseado nas diretrizes nacionais, mantém a Coordenação Estadual que desenvolve uma atuação semelhante à federal, com uma diferença – dá enfoque

aos municípios. A Coordenação Municipal deveria ser a estância mais operacional dessa rede hierárquica; porém, no momento atual do Programa, a descentralização das ações ainda não se deu no âmbito dos municípios – grande meta a ser atingida pelo Brasil.

Pela organização dos programas, os organismos de gestão estadual e municipal do SUS deverão viabilizar estrutura técnico-operacional que assegure o cumprimento dos artigos 1º, 2º e 3º do Decreto n.º 77.052⁽¹⁰⁾, de 19 de janeiro de 1976; bem como o que dispõem os incisos VII, XI e XII do artigo 17, os incisos III, VII, XI e XII do artigo 18 e o artigo 19 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

CONCLUSÃO

Em texto editado em 1992 por consultores da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), o Controle da infecção hospitalar já se encontrava entre os requisitos mínimos da proposta de Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe. Dentre os fundamentos da garantia de Qualidade para fins de acreditação hospitalar, tais direitos são explicitados nos seguintes termos:

“O paciente tem o direito de participar, razoavelmente informado, nas decisões relacionadas com seu tratamento de saúde. Até onde seja possível, isto deve ser baseado em uma explicação clara e concisa de sua condição e de todos os procedimentos técnicos implícitos, incluindo a possibilidade de qualquer tipo de risco de morte ou de

reações sérias, de problemas relacionados com sua recuperação e sua possível alta satisfatória. O paciente não deverá estar sujeito a nenhum procedimento sem seu consentimento voluntário, competente ou o consentimento do seu representante legal autorizado. Quando existirem alternativas médicas significativas para seu tratamento, estas também deverão ser informadas ao paciente”.

Dentro deste contexto surge o Programa Brasileiro de Acreditação hospitalar que, após teste piloto para sua avaliação, permitiu a inclusão de excelentes sugestões de consultores técnicos e representantes das instituições que hoje trabalham com acreditação. O Ministério da Saúde, responsável pela determinação de políticas globais de saúde, poderá estabelecer como meta que, dentro de um determinado período de tempo, o Programa de Acreditação Hospitalar seja implantado em todos os hospitais do país e para tanto deverá ter como base duas importantes variáveis: Avaliação dos padrões de referência desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados e, os indicadores, isto é, os instrumentos que o avaliador/visitador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

Finalmente podemos argumentar que a questão moderna da qualidade de bens e serviços tem inegavelmente vínculos históricos com a chamada polícia sanitária e, em sentido mais amplo, com os problemas que cercam a proteção ao consumidor. “O que hoje é uma opção de oferecer o melhor foi ontem uma opção de oferecer o que elimina ou diminui o risco de dano à saúde da população.

O nó górdio de todas as divergências é, como se sabe, determinar o quanto é possível coadunar um elemento econômico e político, a liberdade de mercado, com um elemento moral, o resguardo da saúde e dos demais interesses do consumidor”⁽¹¹⁾.

O ponto crítico da questão encontra-se na disjunção verificada quando se diz que a saúde não tem preço (o que todos reconhecem), mas tem custos (o que é dramaticamente vivenciado pelos provedores de serviços). É o que se descobre ao considerar o processo de produção de serviços de saúde sob a ótica da gestão de recursos escassos dirigidos para a satisfação de necessidades aparentemente inesgotáveis⁽¹¹⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL, Leis, decretos, etc. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, – A, 05-10-1988.

BRASIL, Leis, decretos, etc. Lei Orgânica de Saúde ou Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Que regulamenta a organização e o funcionamento dos serviços. In: BRASIL Ministério da SAÚDE. BRASÍLIA, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990. Publicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.

BRASIL, Leis, decretos, etc. Lei Orgânica 8142 de 19 de setembro de 1990. Que regulamenta a participação popular no SUS e condiciona a locação de recursos financeiros para a saúde à existência e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. In: BRASIL Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990. Publicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.

LAFORCE, F. M. The control of infections in hospitals: 150 to 1950. In: Prevention and Control of Nosocomial Infections. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987, p.1-12.

BRASIL, Leis, decretos, etc. Portaria nº 196 de 24 de junho de 1983. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. In: BRASIL Ministério da Saúde. Manual de controle de infecção hospitalar, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985, p. 101- 105.

BRASIL, Leis, decretos, etc. Portaria nº 930 de 27 de agosto de 1992. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. In: BRASIL Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992. Publicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.

PRADE, S. S. et al. Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em hospitais terciários, Revista de Controle de Infecção Hospitalar, Ministério da Saúde, Brasília, mar/jul 1995, nº 2, ano 2, p. 11-24.

BRASIL, Leis, decretos, etc. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. In: BRASIL Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1998. Publicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.

.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde Diretoria de Assuntos Hospitalares Portaria 01/92/SES/SC, 1992.

BRASIL, Leis, decretos, etc. Decreto 77052 de janeiro de 1976. In: BRASIL Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1976. Publicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.

NOGUEIRA, R.P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.