

ORGANIZAÇÃO TÉCNICA E FUNCIONAL DOS SERVIÇOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EXISTENTES NOS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS*

Milca Severino Pereira* *
Adélia Yaeko K. Nakatani* *
Adenícia Custódia S. Souza****

RESUMO: Estudo sobre o controle de infecção hospitalar realizado em 49 hospitais das redes pública e privada, no município de Goiânia-Goiás, com o objetivo de investigar a existência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (**CCIH**), suas condições estruturais e funcionais e fatores intervenientes no processo. Entrevistados 7 médicos e 48 enfermeiras das **CCIH** ou que chefiavam serviços de enfermagem. Apenas 34,7% hospitais afirmam possuir **CCIH**. Os dados revelam fragilidade estrutural e administrativa. Em 20,4% hospitais encontram-se profissionais em dedicação exclusiva; 32,6% fazem algum tipo de vigilância epidemiológica; 10,2% padronizam antimicrobianos; 16,3% conhecem seus índices; 28,5% realizam algum tipo de controle de qualidade de esterilização; 26,5% relataram ter normas para os procedimentos de risco, dentre outros. O diagnóstico revela a necessidade de maior empenho dos profissionais, dirigentes e proprietários dos hospitais, quanto à implantação de um sistema de controle de infecção hospitalar.

ABSTRACT: A study about hospital infection control process, carried out in 49 hospitals of the private and public network situated in the urban area of Goiânia-Goiás. The aims consist in identifying the hospitals which have Hospital Infection Control Committees (**HICC**); examining the functional and structural conditions of **HICC**, and analyzing the intervening factors in the process. The data were gotten by means of interviews with 7 doctors and 48 nurses who work in **HICC** or are responsible for the leadership of nursing service. Only 34,7% hospitals said they had **HICC**. The data revealed administrative and structural frailties. 20,4% hospitals have professionals working full-time; 32,6% do some kind of epidemiologic surveillance; 10,2% standardize antibiotics; 16,3% know their infection rates; 28,5% carry out some kind of quality control in the sterilization; 26,5% said they had principles for risk procedures, among others. The carried out research reveals the need of more engagement and awareness in the professionals, directors and owners of the hospitals in order to create a hospital infection control system.

UNITERMOS: Infecção Hospitalar

1. INTRODUÇÃO

Segundo estudos realizados, a solução prática para o controle de infecção hospitalar (IH) estaria na criação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCHI), dotada de instrumentos e responsabilidades para vigilância e con-

trole e, conseqüentemente envolvimento da equipe de saúde no programa.

A portaria nº 196¹, substituída pela nº 930², do Ministério da Saúde, estabelece que todos os hospitais do país devem manter comissão de controle de **IH**, com participação de uma equipe

*

**

Trabalho apresentado como Tema Livre no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda-Recife, 28 de novembro a 3 de dezembro de 1995.

Doutora em Enfermagem. Docente-Departamento de Enfermagem - Universidade Católica de Goiás e Faculdade de Enfermagem e Nutrição-FEN - Universidade Federal de Goiás (UFG.)

Mestre em Enfermagem - Docente, Faculdade de Enfermagem e Nutrição - Universidade Federal de Goiás.(UFG.)
Especialista em Enfermagem - Docente, Faculdade de Enfermagem e Nutrição - Universidade Federal de Goiás.(UFG.)

multiprofissional, prevendo a implantação dos mecanismos de vigilância epidemiológica.

Por depoimento de alguns pesquisadores, sabemos que a maioria dos hospitais brasileiros ignora a sua taxa de infecção, não possuem **CCH**, ou esta apresenta-se como instrumento decorativo.

HALEY & GARNER⁷ afirmam que as **IH** preveníveis - cerca de 30% a 50% do total das **IH** - estão entre aquelas geradas por falhas nos cuidados dispensados ao paciente.

A despeito da forte evidência da efetividade e eficácia das atividades de vigilância e controle de **IH**, existem numerosas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para solucionarem ou minimizarem os problemas atinentes a esta questão.^{9,10}

Desconhecemos a existência de estudos realizados no município de Goiânia, que evidenciem o perfil epidemiológico dos hospitais ou, ainda, sobre a estrutura, organização e funcionamento das CCHs. Até mesmo, se existe comissão em funcionamento efetivo em todos os hospitais, conforme exigência da legislação brasileira e como pré-requisito para assistência hospitalar segura e de boa qualidade.

Percebemos a prevenção e controle de **IH** como espinha dorsal no processo de assistência hospitalar, merecendo maior envolvimento da equipe de saúde no geral e do enfermeiro, em particular.

Aprofundar o conhecimento desta temática significa identificar possibilidades de contribuir para transformações na assistência prestada, partindo de um estudo contextual, tomando como referência a importância epidemiológica da **IH** no cenário hospitalar.

O setor saúde, na sociedade brasileira, merece especial atenção no tocante à busca de qualidade, visando reduzir os riscos adicionais ao processo de hospitalização e exigindo adequação dos instrumentos e do conhecimento para recondicionar a cultura terapêutica, muitas vezes anacrônica.

As dificuldades operacionais são óbvias, entretanto, qualquer ação ou intervenção deverá basear-se na síntese compreensiva do contexto sócio-político-econômico e cultural.

Destaca-se a necessidade de estudos sobre esta questão, envolvendo o maior contingente de serviços possíveis. Nessa perspectiva, propusemos a realizar um diagnóstico da realidade do

controle de **IH** no município de Goiânia, com os seguintes objetivos:

- Identificar os hospitais que possuem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

- Levantar as condições estruturais e funcionais das comissões de controle de infecção hospitalar.

- Analisar os fatores intervenientes na operacionalização da vigilância epidemiológica e controle de infecção hospitalar.

2. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este é um estudo descritivo analítico, com abordagem epidemiológica, tendo como objeto o processo de controle da infecção hospitalar. O *locus* desta investigação constituiu-se nos hospitais das redes pública e privada, com números de leitos maior ou igual a 30, localizados no município de Goiânia-Goiás.

A população selecionada foi composta por enfermeiros chefes do serviço de enfermagem, para os hospitais que não possuem **CCHs**, que concordaram em participar do estudo.

Os dados foram obtidos mediante entrevistas realizadas por 05 auxiliares de pesquisa, acadêmicas de enfermagem, as quais foram treinadas previamente e submetidas a calibração. O roteiro para entrevista foi validado quanto ao conteúdo por 5 "experts", bem como, realizado teste piloto em 2 hospitais, com vistas à adequação e funcionalidade.

As unidades temáticas estudadas foram: característica do hospital; características e funcionamento da CCHI; conceito de **IH**; critérios para diagnosticar **IH**; métodos e técnicas de coleta de dados; fatores intervenientes na operacionalização do controle de **IH**.

Os dados foram tabulados com auxílio do micro-computador, apresentados em tabelas com frequência absoluta e relativa, e de forma descritiva. A análise foi realizada dentro de um enfoque quanti-qualitativo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 80 hospitais privados registrados na Associação de Hospitais, 52 possuem número de leitos maior ou igual a 30; destes 44 (84,6%) participaram do estudo. Oito hospitais que atenderam ao critério quanto ao nº de leitos não se dispuseram a fornecer as informações solicita-

das. Entretanto foi verificado, que nenhum deles possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Da rede governamental participaram todos os hospitais que atendiam ao critério pré estabelecido, em um total de 5.

Dos 49 hospitais estudados, 43 pertencem à rede privada, com fins lucrativos, 1 é particular e beneficente, e 5 à rede governamental; 28 são gerais e 21 são especializados: Pediatria (5); Psiquiatria (5); Ortopedia (3); Maternidade (3); Neurologia (2); Urologia (2); Geriatria (1); Doenças Tropicais (1);. Quanto ao número de leitos, variou de 30 a 300, conforme tabela 1.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO HOSPITAIS SEGUNDO O NÚMERO DE LEITOS. Goiânia, Jan./Março - 1993

Nº DE LEITOS	HOSPITAIS	
	f	%
30 — 50	12	24,5
50 — 100	19	39,0
100 — 150	7	14,3
150 — 200	5	10,2
200 — 250	2	4,0
250 — 300	4	8,0
TOTAL	49	100,0

Os dados foram obtidos mediante entrevistas realizadas com 48 enfermeiras (os) e 7 médicos. Apenas em um hospital não foi possível entrevistar a enfermeira. Dos hospitais que afirmaram ter CCIH, somente em seis foi possível entrevistar o médico e a enfermeira; nos demais os dados foram fornecidos pela enfermeira.

Dos 49 hospitais estudados, 25 revelaram adotar um controle sistematizado de IH, entretanto, a existência de CCIH foi relatada por 17 (34,7%) hospitais. Tal fato significa que 8 hospitais entendem ser possível controlar IH sem ter uma comissão ou serviço, organizado para este fim. A literatura 8 é contundente quanto à viabilidade do controle estar condicionada à instituição de uma comissão específica, com profissionais especializados e treinados.

Dentre as comissões dos 17 hospitais, 4 foram criadas na década de 80, em 4, o entrevistado não soube informar, e 9 foram organizadas a partir de 1990, denotando ser o controle de IH uma atividade recente.

O médico e enfermeiro estão presentes em todas as **CCIH**; o especialista em infectologia foi

mencionado em 9, bioquímico em 5; biomédico em 2; farmacêutico em 6, administrador em 4; auxiliar em enfermagem em 2; secretária em 4.

Quanto à existência de profissionais em dedicação exclusiva (DE), 10 **CCIHs** afirmaram tê-los e 7 não possuem nenhum profissional dedicando-se exclusivamente ao controle de **IH**. Foram mencionados em DE médicos infectologistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem e secretária. Em três hospitais, a enfermeira, contratada para a **CCIH**, cobre férias e licença de enfermeiras(os) das unidades de internação. Este procedimento significa que, na verdade, a enfermeira não desenvolveu seu trabalho na **CCIH** em DE.

Quanto ao funcionamento das **CCIH**, os dados revelaram fragilidade estrutural e administrativa, onde constatamos não existir reuniões sistemáticas, ausência de membros em DE, afirmativa de que a reunião da CCIH ocorreu no início de 92, portanto, há mais de um ano. Encontramos dois relatos de que todos os profissionais fazem parte da comissão e que todos estão empenhados no controle, porém, sem definir as atribuições específicas. Do mesmo modo ocorreram afirmativas advindas de dois hospitais, de que a **CCIH** está funcionando "só no papel".

Destacamos a questão conceitual como ponto básico à compreensão do que seja **IH**. É comum verificar-se a existência de conceitos diferentes, quando da classificação e/ou identificação de **IH**; tal fato gera confusão e índices inconsistentes, além de manter certa instabilidade entre a equipe assistente e a **CCIH**.

A Portaria nº 930² do Ministério da Saúde estabelece conceitos e critérios para diagnosticar a IH, com o objetivo de fundamentar o trabalho da equipe de saúde, mesmo assim, alguns pontos são questionados e até rejeitados por parte da equipe assistente. Podemos citar a classificação das cirurgias por potencial de contaminação, cujos conceitos não são homogêneos entre os cirurgiões de diversos hospitais.

Há de se considerar a subjetividade dos critérios de avaliação de uma IH, e por essa razão, normas são estabelecidas dentro de um padrão de referência. Quando os conceitos não são fundamentados nesta referência, os índices/taxas de IH terão grau de variabilidade incompatível com a análise comparativa.

Em muitos casos, a rejeição aos índices/taxas de IH advém da discordância dos conceitos entre a equipe assistente, que usa seu próprio

referencial, e a CCIH, que se norteia pelos conceitos oficiais.

Solicitamos, aos entrevistados, o conceito de IH adotado no hospital. Observamos uma preocupação com o tempo, período de incubação, procedimentos invasivos, entre aqueles profissionais que afirmaram ter CCIH, como se segue:

- *"neste hospital adotamos o conceito preconizado pelo Ministério da Saúde"; (dada esta informação o entrevistado não considerou necessário o seu detalhamento);*
- *"é toda infecção adquirida após 72 h. de internação";*
- *"toda infecção manifestada após 48 h. de internação ou que se manifeste após a alta, decorrente de algum procedimento de risco";*
- *"toda infecção que aparece após 72 h. de internação, ou após a alta até 30 dias a um ano, no caso de próteses";*
- *"patologias adquiridas no ambiente hospitalar, levando-se em conta o período de incubação da doença, procedimentos invasivos, período de internação, patologia de base. E toda infecção após a alta que que puder ser relacionada com a internação anterior";*
- *"toda infecção que ocorrer no período de internação e mesmo após a alta, até 30 dias";*
- *"qualquer anormalidade que ocorra com o paciente no hospital, como secreção e aumento de temperatura";*
- *"adotamos os critérios estabelecidos pelo CDC e MS, toda infecção relacionada com a internação do paciente".*

Em dois hospitais, os profissionais entrevistados afirmaram não estarem seguros quanto ao conceito de IH adotado, porque a comissão foi criada há bem pouco tempo. Um médico, ao responder a pergunta, destacou que o seu conceito era "quando o paciente apresenta sinais de infecção após 48h da internação, quanto ao conceito adotado no hospital ainda não conseguiu descobrir, não está definido".

Dois entrevistados ao invés de mencionarem o conceito falaram sobre medidas de prevenção.

Quanto ao conceito emitido pelos profissionais de hospitais que não possuem CCIH, encontramos:

- *"é toda infecção que o paciente adquire*

após 24 horas de internação";

- *são infecções adquiridas no decorrer do tratamento, inerentes à falta de controle"*
- *"é uma doença transmissível, transmitidas entre os pacientes";*
- *"qualquer infecção adquirida no ambiente hospitalar";*
- *"aquela que o paciente adquire no hospital, ele interna com um problema e sai com outro, devido a materiais não esterelizados, no caso de cirurgia, por exemplo";*
- *"é uma infecção adquirida pelo paciente, internado ou submetido à cirurgia, após dois dias, ou quando recebe alta";*
- *"é a infecção que o paciente adquire após 72 h. de internação";*
- *"paciente que chega com um tipo de patologia e apresenta outra patologia de 24 a 48 horas após a internação ou mesmo após a alta".*

Várias falas dos entrevistados abordam questões atinentes às causas, dados técnicos de controle, medidas de prevenção, postura da equipe multiprofissional frente à IH, sem, porém, mencionar o conceito propriamente. Dentre os 32 hospitais que não possuem CCIH, em 6 encontramos profissionais que afirmaram não saber explicitar o conceito de IH e em 2, os entrevistados relataram que adotam o conceito estabelecido pelo MS, porém não o verbalizaram.

As respostas obtidas estão permeadas de dúvidas, falta de experiência com o tema, evidenciando diversos pontos vulneráveis.

Chamou-nos à atenção a afirmativa de um médico "o nosso hospital não interna doença, conseqüentemente, não existe infecção hospitalar. O que desencadeia a infecção são as doenças".

Por ocasião da coleta de dados, 5 enfermeiras foram enfáticas quanto à necessidade de se conhecer melhor essa questão. Mencionaram que suas dúvidas não se limitam aos aspectos conceituais e sim, principalmente, ao metodológico, ou seja, como fazer e o que fazer para identificar, prevenir e controlar IH.

Observamos que nos hospitais, onde, de certa forma, existe uma CCIH, os profissionais apresentam menos dificuldades em falar sobre o conceito de IH.

Na medida em que se aprofundam os estudos,

sobre as metodologias de vigilância e controle de IH, os conceitos são estabelecidos de modo a torná-los operacionais, na aplicação prática.

O Center for Disease Control (CDC) define as infecções hospitalares em cinco princípios: ^(3,5,11).

- combinação de vários achados clínicos, resultados de exames laboratoriais e outros testes diagnósticos;
- diagnóstico resultante da observação direta durante a cirurgia, exame endoscópico ou outro estudo diagnóstico ou avaliação clínica;
- para a infecção ser definida como hospitalar não deve haver evidência que a infecção estava presente, ou em incubação, no momento da admissão. É considerada hospitalar a infecção que é adquirida no hospital e se torna evidente após a alta hospitalar; infecção em recém-nascido que é resultante da passagem através do canal de parto;
- não é considerada hospitalar a infecção associada com complicação ou extensão de infecções já presentes na admissão, exceto quando muda o patógeno, ou sintomas que sugiram a aquisição de nova infecção; ou infecção em crianças adquiridas por via transplacentária;
- o tempo específico de internação anterior ao aparecimento da infecção não é usado para determinar se uma infecção é hospitalar ou comunitária. A infecção será avaliada fundamentando-se o diagnóstico em evidências que a associe com a hospitalização.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS SEGUNDO O MÉTODO DE COLETA DE DADOS SOBRE IH. Goiânia, Jan./Março - 1993.

MÉTODO DE COLETA DE DADOS	f	%
ASSOCIAÇÃO DO MÉTODO PASSIVO E ATIVO	7	14,3
MÉTODO ATIVO	5	10,2
MÉTODO PASSIVO	4	8,2
NENHUM MÉTODO	33	67,3
TOTAL	49	100,0

Destaca-se que dentre os 33 (67,3%) hospitais que não coletam dados sobre IH, 1 afirma ter

CCIH.

Predominantemente, o registro dos dados segundo o método ativo é realizado pelo enfermeiro e no passivo, pelo médico. A análise dos dados, quando presente, é feita pelo médico. Encontramos 2 hospitais com CCIH onde a enfermeira não conhecia os termos "busca ativa" e "passiva".

São indicados três métodos para a vigilância epidemiológica de IH2: prospectivo, retrospectivo e de prevalência. A CCIH estabelece o melhor método que se adequa às características do hospital, estrutura de pessoal e natureza do risco.

Um problema limitante quanto à coleta de dados, refere-se à falta de pessoal preparado e de equipamentos. Das 17 CCIHs existentes, nenhuma tem seu sistema de vigilância totalmente informatizado; o processamento dos dados é, predominantemente, manual; duas CCIHs contam com o auxílio do micro-computador, parcialmente; uma CCIH está em fase de implantação; e uma CCIH não processa seus dados.

Os critérios para diagnosticar IH, mencionados pelos profissionais, compõem a tabela 3, onde podemos verificar a preocupação com os procedimentos de risco, mesmo onde não há CCIH.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS SEGUNDO OS CRITÉRIOS PARA DIAGNOSTICAR A IH, CONSIDERANDO A EXISTÊNCIA OU NÃO DE CCIH. Goiânia, Jan./Março - 1993.

HOSPITAIS COM CCIH CRITÉRIOS	SIM		NÃO	
	f	%	f	%
laboratoriais e clínicos	13	26,5	4	8,1
procedimento de risco	11	22,4	10	20,4
curva térmica	8	16,3	3	6,1
uso de antibióticos	8	16,3	1	2,0
tempo de internação	6	12,2	0	0,0
laboratoriais, clínicos e radiológicos	4	8,1	2	4,0
idade	3	6,1	1	2,0
patologia básica	3	6,1	4	8,1
exame físico	2	4,0	5	10,2
aparência da ferida cirúrgica	1	2,0	4	8,1
estado nutricional	0	0,0	1	2,0
nada a informar	1	2,0	22	44,9
TOTAL	17	34,7	32	65,3

A tabela 4 retrata, de modo simplificado, o perfil do controle de IH. Há que se considerar ainda que entre os poucos hospitais que atendem a um ou outro pré-requisito, para o controle de IH, existem aqueles que ainda não consolidaram plenamente

suas atividades. Como exemplo clássico desta fragilidade, apontamos o uso dos antimicrobianos.

Conquanto o uso racional de antimicrobianos seja fator imperativo no controle de *IH*, dentre 17 hospitais com *CCIH*, apenas 5 adotam critérios sistematizados. Dentre os 49 hospitais incluídos neste estudo, 44 (89,8%) ainda não implantaram programas nessa direção.

A literatura ^{4,6} é contundente, ao tratar do significado do uso inadequado e indiscriminado de antibióticos no contexto do controle de *IH*.

Outro fator importante é a instituição da vigilância epidemiológica e o conhecimento do perfil epidemiológico do hospital, mediante a detecção dos índices/taxas de infecção. Entretanto, apenas 16 (32,6%) hospitais fazem vigilância e apenas 8 (16,3%) conhecem suas taxas de *IH*, revelando que até mesmo entre os que afirmaram fazer vigilância, os dados não são analisados.

Para HALEY et al. ⁸ um programa de controle de *IH* que não faça vigilância epidemiológica, é difícil de ser sustentado.

No que se refere ao controle de qualidade do processo de esterilização, vários equívocos emergiram, como o uso da fita teste de autoclave como comprovante de esterilização, a periodicidade do controle extremamente lábil, dentre outros.

Como critério de escolha do produto químico predomina o fator custo. Os procedimentos de

risco quando padronizados com elaboração de rotina de serviço, esta nem sempre é seguida pela equipe assistente, conforme afirmativa dos sujeitos deste estudo. Dentre os procedimentos normatizados mencionados pelos hospitais, o cateterismo venoso (15 hospitais), cateterismo vesical (15 hospitais) e técnica de curativo (8 hospitais) foram os de maior frequência. Por diversas vezes, mencionaram que as normas ficam "só no papel", a mais negligenciada é a lavagem das mãos.

Quanto ao treinamento sobre *IH* oferecido para a *CCIH* foram citados: estágios em hospitais, curso de atualização, revisão de normas, visitas a serviços organizados, leituras de artigos, participação em eventos científicos. O treinamento para a equipe assistente é feito esporadicamente, mediante: sessões de discussão de casos, atualização de rotinas, leituras, cursos, palestras, vídeo, dentre outros. Foi relatado que, quando ocorre aumento nas taxas de *IH*, é feito treinamento em serviço, por um hospital. Outros disseram não ter treinamento específico, no entanto, o consideram importante e está nos planos das chefias implementá-lo. Houve menção à supervisão e observação diárias.

Há que se considerar que todos os treinamentos citados, no atinente à equipe assistente, referem-se à equipe de enfermagem e/ou de higi-

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS CONFORME A EXISTÊNCIA OU AUSÊNCIA DE *CCIH*, CONSIDERANDO ALGUNS FATORES DE INTERESSE PARA O CONTROLE DE *IH*. Goiânia, Jan./Março - 1993.

HOSPITAIS	COM <i>CCIH</i>		NÃO TEM <i>CCIH</i>		COM <i>CCIH</i>		NÃO TEM <i>CCIH</i>	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	f	%	f	%	f	%	f	%
Profissionais em Dedicação Exclusiva	10	20,4	7	14,2	0	-	32	65,3
Vigilância epidemiológica	16	32,6	1	2,0	0	-	32	65,3
Padronização de antimicrobianos	5	10,2	12	24,4	2	4,0	30	61,2
Conhece o índice/taxa de <i>IH</i>	8	16,3	9	18,3	0	-	32	65,3
controle de qualidade do processo de esterilização	14	28,5	3	6,1	15	30,6	17	34,7
Padronização de desinfetantes e esterilizantes	15	30,6	2	4,0	20	40,8	12	24,4
Normatização dos procedimentos de riscos	13	26,5	4	8,1	15	30,6	17	34,7
Treinamento para os membros do <i>CCIH</i>	14	28,5	3	6,1	0	-	0	-
Treinamento para equipe assistente em controle de <i>IH</i>	10	20,4	7	14,2	5	10,2	27	55,1
Laboratório de microbiologia	12	24,4	5	10,2	7	14,2	25	51,0
TOTAL								
	17		34,7		32		65,3	

ene e limpeza. Não foi relatado existir um programa de atualização sistematizada para a equipe de saúde.

Entre as dificuldades para operacionalizar o programa de Controle de *IH*, foram mencionadas pelos profissionais que atuam em *CCIH*:

No serviço de higiene e limpeza

- *"resistência por parte dos funcionários; não seguem as orientações; alta rotatividade; não usam a paramentação recomendada; poucos funcionários..."*

Na lavanderia

- *"resistência do pessoal quanto a aceitação das técnicas e paramentação; equipamentos obsoletos; alta rotatividade de pessoal; número reduzido de funcionários; falta de roupa..."*

Na central de esterilização

- *"planta física inadequada; falta de material para controle biológico da esterilização; equipamentos antigos, obsoletos..."*

No centro cirúrgico

- *"dificuldades com a equipe médica (cirurgiões e anestesistas); materiais insuficientes..."*

Nas unidades de internação

- *"problemas de manutenção de equipamentos; não cumprimento das rotinas; compras demoradas, artigos de péssima qualidade; insatisfação salarial; negligência quanto ao uso das precauções universais; falta de equipamentos para proteção individual; restrição à mudança..."*

Foram apontados problemas com lixo, água, presença de insetos e roedores, falta constante de sabão e papel toalha, dentre outros.

Conforme informações obtidas, as dificuldades vivenciadas nos hospitais, estão relacionadas a fatores de ordem técnica, administrativa, econômica e social. Entretanto, ao nosso ver, o maior empecilho está na falta de vontade política. Existe certo descomprometimento, por parte de vários profissionais e dirigentes de hospitais, quanto a estas questões.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações atinentes ao controle *IH* encontradas pelos profissionais, estão relacionadas a diversos fatores. Observamos que existe um entendimento, predominantemente

positivo, quanto à importância de um sistema de vigilância e controle de infecção funcionante. No entanto, os dados desta investigação permitem identificar que, de um modo geral, o controle de *IH*, em Goiânia, necessita ser otimizado, mesmo nos hospitais que possuem uma *CCIH*.

Se se considerarmos que há 10 anos existem normas e legislação que estabelecem a criação de uma *CCIH* em todos os hospitais, torna-se preocupante o quadro encontrado, onde apenas 17 (34,7%) hospitais têm algum tipo de trabalho nesta direção. Este quadro fica pior se considerarmos, também, os hospitais excluídos deste estudo, onde constatamos a ausência de *CCIH* em todos eles, caindo o índice para 19,5%. Adiciona-se ao quantitativo o problema da qualidade do controle de *IH*, a qual necessita ser conquistada pelos serviços.

Diversas medidas revelam-se fundamentais para que o controle de *IH* seja realizado, dentre elas, mencionamos:

- que as Secretarias de Saúde, Estadual e Municipal, implementem a fiscalização nas redes públicas e privada, no sentido de se fazer cumprir a Portaria 930 do Ministério de Saúde;
- que a Comissão Central de Controle de *IH* funcione como órgão de apoio para prestar orientações técnicas aos hospitais;
- que a Associação de Hospitais crie mecanismos para motivar os empresários hospitais a investirem no controle de *IH*, instituindo, inicialmente, uma *CCIH* dando condições técnicas e de infra-estrutura, para que ela *realmente* funcione;
- que a Associação Goiana de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar e o Centro de Treinamento sejam referências para os hospitais, no sentido de promover estudos, eventos científicos, dentre outras atividades, com vistas a fundamentar e instrumentalizar a equipe de saúde, para esta tarefa;
- que os proprietários e administradores dos hospitais entendam que investir no controle de *IH* é econômico, e aumenta, significativamente, o padrão de qualidade da assistência;
- que a equipe de saúde assuma o seu papel no sentido de reivindicar condições técnicas e funcionais para o controle de *IH*, buscando a capacitação permanente nos serviços e que lute pela vida;

que todo cidadão lute pelo direito de receber assistência de qualidade, incluindo em suas reivindicações a existência de uma **CCIH**

com atuação concreta: serviço de vigilância epidemiológica e controle de **IH**, sistematizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 196, de 24 de junho, 1983. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 de junho, 1983.
- 2 - _____ Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de setembro de 1992.
- 3 - CENTER FOR DISEASE CONTROL. A report from the National Nosocomial Infection Surveillance System (NNISS). Nosocomial Infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.*, v.12, p.609-21, 1991.
- 4 - CHAVIGNY, K.H. e FISCHER, J. Competing risk factors associated with nosocomial infection in two university hospitals. *J. Hosp. Infect.*, v.5, Supplement A, p.57- 62, 1984.
- 5 - GARNER, J.S. et al. CDC definitions for infections. *Am. J. Infection Control.*, v.16, n.3, p. 128-40, 1988.
- 6 - GRIECO, M.H. Antibiotic resistance. *Med. Clin. N. Amer.*, v. 66, p. 25-31, 1982.
- 7 - HALEY, R.W. 7 GARNER, J.S. Infection surveillance and control programs. In: BENNETT, J.V. e BRACHMANN, P.S. -*Hospital Infections*. Boston/Toronto: Little, Brown and Co., 1986, p.39-50.
- 8 - HALEY, R.W. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in U.S. hospitals. *Am. J. Epidemiol.*, n.121, v.2, p.182-205, 1985.
- 9 - PEREIRA, M.S. *Infecção hospitalar no Brasil - um enfoque sobre seu controle*. Ribeirão Preto, 1987, 127 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1987.
- 10 - _____ *Infecção hospitalar: estrutura básica de vigilância e controle*. Ribeirão Preto, 1990, 208 p. Tese (Doutorado). USP/ Programa Interunidades Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da USP-SP, 1990.
- 11 - STARLING, C.E.F. et al. Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções hospitalares por Componentes. *Metodologia NNISS aplicada a hospitais brasileiros*. 2 ed., Belo Horizonte, 1992, 134 p. (Apostila).

Recebido para publicação em 15/1_/93

ANEXO

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1) Caracterização do Hospital:

1.1- Dados de identificação:

1.2- Neste hospital é feito um controle sistematizado de infecção hospitalar ?

1.3- O controle de IH é feito por uma comissão ? Data de criação: _____

1.4- Qual é o conceito de IH, adotado neste hospital ?

2) Comissão de Controle de IH:

2.1- Composição (categoria profissional e quantidade)

2.2- Funcionamento:

periodicidade das reuniões _____

componentes em dedicação exclusiva (quantidade, categoria e carga horária).

3) Atividades desempenhadas pela CCIH:

3.1- Coleta de dados: (descrever qual o tipo e método de vigilância adotados; quem realiza o registro dos dados; qual o instrumento (fichas...); que variáveis são observadas.

3.2- Quais são os critérios adotados para diagnosticar as IH? (Pistas; procedimentos de riscos; indicadores clínicos, laboratoriais...)

3.3- Quais são as informações sobre o paciente que interessam para a CCIH deste hospital, com vistas a diagnosticar a IH.?

3.4- Os antibióticos são padronizados? Descrever os critérios.

3.5- Os desinfetantes, esterilizantes são padronizados? Citar o nome comercial dos usados e critérios para compra.

3.6- É feito controle de qualidade do processo de esterilização (Descrever método, periodicidade e avaliação).

3.7- Os procedimentos de risco são normatizados? (Cateterismo venoso, vesical;...) - quais? Pontos principais.

3.8- É oferecido treinamento para a CCIH? (Periodicidade e tipo)

3.9- É oferecido treinamento para a equipe assistente? (Periodicidade, tipo e avaliação).

4) Operacionalização do controle de IH:

4.1- A CCIH tem sido atendida quanto às solicitações encaminhadas à direção do hospital, no que

diz respeito a:

infra-estrutura (humana, material, técnica)
poder de atuação e autonomia

4.2 - A CCIH enfrenta dificuldades para implementar medidas de controle de IH? Mencionar:

na lavanderia; serviços de nutrição; central de material, centro cirúrgico, dentre outros.

4.3 - O hospital possui laboratório de bacteriologia próprio? Convênio? Onde os exames são feitos?

4.4 - Como são processados os dados sobre IH? (manual/micro-computador).

5) Informações epidemiológicas

(Obs.: - não serão usadas para comparação entre os hospitais participantes, sua finalidade é, exclusivamente, para identificar o alcance da investigação sobre IH).

5.1 - O índice de IH é conhecido? (Qual (is)).

geral _____

por topografia _____

por unidade de internação _____

por agente etiológico (quais) _____

5.2 - Identifica a prevalência?

5.3 - Identifica surto(s)?

6) Deseja acrescentar outras informações sobre o controle de IH?