



Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual

Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis

Políticas de control y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en Brasil: análisis conceptual

Hadelândia Milon de Oliveira^{1,2}, Cristiane Pavanello Rodrigues Silva³, Rúbia Aparecida Lacerda⁴

Como citar este artigo:

Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda RA. Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):502-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem, Manaus, AM, Brasil.

³ Universidade Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

This article is a theoretical-reflexive study that aims to discuss the development and changes in the quality of healthcare assistance to the patient over the years in Brazil, in light of the policies of control and prevention of Healthcare-associated Infection (HAI). Aspects of HAI and the process of change in health policy in Brazil, as well as the quality of assistance associated with its control, are approached in relation to policies of patient safety. There are various new theoretical and practical proposals created in Brazil. In spite of the difficulty of measuring patient safety, directed to the prevention and control of HAI, we emphasize that to only create policies and establish norms, guidelines, and indicators is not sufficient. If no structural support or conditions exist for interventions in the practices of healthcare professionals, aiming at results in acceptable levels, the control of HAI will not be achieved.

DESCRIPTORS

Health Evaluation; Public Health Policy; Cross Infection; Patient Safety; Public Health Nursing.

Autor correspondente:

Hadelândia Milon de Oliveira
Rua Terezina, 495 – Adrianópolis
CEP 69057-070 – Manaus, AM, Brasil
hmilon@ufam.edu.br

Recebido: 23/03/2016
Aprovado: 14/05/2016

INTRODUÇÃO

A qualidade nos serviços de saúde ligada à questão das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) é uma temática que continua evocando atenção no cenário mundial enquanto um sério problema de saúde pública. Trata-se de evento não somente biológico, mas histórico e social, que gera impacto direto na segurança da assistência à saúde, e constitui um dos principais desafios mundiais para a qualidade dos cuidados em saúde⁽¹⁾.

Avanços nesta área resultaram de iniciativas pioneiras, a partir do século XVII, colaborando não apenas para o controle e a prevenção de IRAS, como também para a transformação do hospital, de um local de reunião indiscriminada de doentes, na Idade Média, para um local de tratamento e cura de doenças, na Idade Moderna⁽²⁾.

Um avanço histórico foi a constatação da transmissão cruzada de microrganismos pelas mãos por Semmelweis, por volta de 1847⁽³⁾. De forma empírica e ainda sem conhecimento da teoria microbiana ou de transmissão de doenças infectocontagiosas, ele verificou que as mulheres atendidas por estudantes de medicina apresentavam taxas de morbidade e mortalidade maiores do que entre as assistidas pelas parteiras. Pelo método dedutivo, observou que a diferença era que os alunos não lavavam as mãos depois de manipular os cadáveres e em seguida cuidavam de mulheres em fase de parto e puerperal, ao contrário das parteiras que não entravam na sala de necropsias. Assim estabeleceu, com o seu achado, uma das primeiras e mais importantes medidas de controle e prevenção de IRAS: a necessidade da lavagem das mãos antes e entre contato com pacientes⁽³⁾.

No mesmo século, a enfermeira Florence Nightingale, por volta de 1865⁽⁴⁾, durante a guerra da Crimeia, inovou introduzindo cuidados básicos aos pacientes, como limpeza do ambiente, cuidados com a alimentação, separação de pacientes em leitos individuais, além de registros estatísticos das principais causas de óbito, incentivando assim a higiene e defendendo a premissa de que o hospital seria um lugar de promoção da melhoria e recuperação do paciente, não um lugar que lhe causasse danos⁽⁴⁾. Tais episódios, além de estabelecerem medidas pioneiras de controle e prevenção de IRAS, também se relacionaram com o embrião de controle de qualidade na assistência à saúde, ao buscar medir e avaliar a ocorrência de fenômenos.

Contudo, a implantação de programas específicos de controle e prevenção de IRAS (PCIRAS) somente se iniciou formalmente em meados do século XX, nos Estados Unidos, em consequência de um processo judicial, quando, pela primeira vez, responsabilizou-se não somente o profissional, mas também o hospital, pela ocorrência de IRAS⁽⁵⁾.

Ainda nos Estados Unidos, o Centro para Controle de Doenças (CDC) de Atlanta, por meio do projeto SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*), objetivou avaliar a efetividade da vigilância epidemiológica e dos programas de controle em atividade no país e mostrou que a IRAS prolonga a permanência de um paciente no hospital em pelo menos quatro dias e aumenta o custo adicional⁽⁶⁾. Tratou-se de um projeto ambicioso do CDC para controle de IRAS.

A partir daí a necessidade de PCIRAS nos hospitais se disseminou mundialmente. No Brasil, por meio de ações governamentais específicas, desde a década de 1980, culminando com a Lei 9431/97⁽⁷⁾ e a Portaria 2616/98⁽⁸⁾. A primeira, estabelece a obrigatoriedade da existência de PCIRAS em todos os hospitais, e a segunda determina o modo de organização e implementação dos PCIRAS.

Ainda que as atividades de tais programas acompanhem a evolução tecnológica e as evidências científicas das práticas assistenciais, o processo de trabalho permanece semelhante desde sua origem, pautado predominantemente em indicadores epidemiológicos de resultados de ocorrência dessas infecções.

Este artigo é um estudo teórico-reflexivo que tem como objetivo verificar, à luz das políticas de controle e prevenção da infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), a evolução e as mudanças na qualidade da assistência ao paciente ao longo dos anos no Brasil.

AS IRAS E O PROCESSO DE MUDANÇA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Historicamente, no Brasil, a demanda pelo controle e prevenção das IRAS, inicialmente denominada infecção hospitalar (IH), se deu em meados dos anos 70 do século XX, por recomendação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a partir de profissionais que já estudavam e lidavam com esse tipo de ocorrência no país, e que haviam criado as primeiras Comissões de Controle e Prevenção de IH (CCIH) nos hospitais em que trabalhavam⁽⁸⁾. Essa demanda era, em grande medida, decorrente da mudança da política de saúde no período da ditadura militar em que a assistência curativa passou a ser dominante, com a proliferação de hospitais e suas práticas eminentemente interventivas no corpo biológico⁽²⁾.

A década de 1980 foi o marco do crescimento geométrico dessa demanda, assim como de práticas mais efetivas para o seu controle e prevenção, tornando-se, inclusive, objeto de ações governamentais. A primeira delas foi a Portaria n° 196/83 do Ministério da Saúde (MS), recomendando a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em cada hospital, com o processo de trabalho pautado na vigilância epidemiológica, de modo passivo, dependente da notificação pelo médico atendente, o que gerava alta subnotificação⁽⁹⁾.

A demanda mais efetiva para seu controle e prevenção ocorreu com a morte do então presidente recém-eleito, Tancredo de Almeida Neves, em 1985, relacionada a uma infecção cirúrgica. Em consequência, surgiram ações governamentais mais pontuais, principalmente, com a criação de material instrucional e cursos de introdução ao controle dessa infecção, realizados em hospitais mais atuantes na área, mas com o propósito de se estender a outros hospitais⁽²⁾.

Outras ações governamentais também foram emitidas no final do século XX, identificadas e detalhadas, dentre elas, a instituição do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar em 1987, pela Portaria n° 232/87 do Ministério da Saúde⁽²⁾. Este programa foi transformado em

Divisão de Controle de Infecção Hospitalar, por meio da Portaria nº 666/1990⁽⁹⁾.

Em 1992, o MS expede a Portaria nº 930/92, em substituição à de nº 196/83, recomendando que os PCIRAS realizassem vigilância ativa dessas infecções, ao invés de passiva⁽¹⁰⁾.

A Lei Orgânica nº 8.080/1990, ao descentralizar as ações de saúde, num primeiro momento acarretou a fragmentação e dispersão das bases de apoio para controle e prevenção dessas infecções, e descumprimento da Portaria nº 930/1992. Mesmo assim, após esta Portaria foram criados mais de 127 PCIRAS, assim como maior profissionalização de seus executores⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Somente em 1997 o Ministério da Saúde tornou obrigatória a existência de um programa de controle e prevenção dessas infecções nos hospitais, pela Lei nº 9431/1997, vigente⁽⁷⁾.

No ano seguinte, o MS publicou nova Portaria, nº 2.616/98⁽⁸⁾, vigente, em substituição à anterior (nº 930/92), definindo o Controle de Infecção Hospitalar como: “um conjunto de ações desenvolvidas deliberadas e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”. Além de estabelecer diretrizes e medidas de controle e prevenção, também instituiu a criação de um PCIRAS, demandando, em sua estrutura, a organização de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). A CCIH, com funções deliberativas e organizacionais, coordena e estabelece diretrizes de controle e prevenção dessas infecções em seus hospitais. O SCIH, de caráter executivo, é encarregado das ações programadas pela CCIH^(8,12). Esta Portaria também determina as

responsabilidades e competências específicas, no âmbito das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal)⁽⁷⁾.

A partir de 1999, com a criação da ANVISA, autarquia ligada ao MS, a coordenação nacional de controle e prevenção dessas infecções passou a ser sua responsabilidade, com suporte às Secretarias Estaduais⁽¹³⁾.

Mesmo com todas essas ações governamentais, não se tinha conhecimento da situação dos PCIRAS nos hospitais. Para tanto, em 2000, a ANVISA, emitiu a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 48/2000, tratando-se de um roteiro de inspeção sanitária para avaliação desses programas nos hospitais do país⁽¹⁴⁾.

Em 2004, a ANVISA instituiu o Sistema de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SINAIS), com base no *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNIS), do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁽¹⁵⁾.

Uma das mais recentes ações governamentais foi a Portaria nº 1218/12, que criou a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (CNIRAS), com a finalidade de “assessorar a Diretoria Colegiada da ANVISA na elaboração de diretrizes, normas e medidas para prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS)”, tendo como objetivo identificar as fragilidades da estrutura atual do PCIRAS nos hospitais e propor ações para minimizar estas fragilidades⁽¹⁶⁾.

O Quadro a seguir apresenta um resumo histórico das principais ações governamentais para controle e prevenção de IRAS no Brasil.

Quadro 1 – Evolução histórica das principais ações voltadas para prevenção e controle das IRAS no Brasil. São Paulo, 2015.

Ano	Órgão	Política	Ação	Pontos relevantes
1983	MS	Portarias de nº 196	Dispõe sobre instruções par ao controle e prevenção das infecções hospitalares	Um importante marco na história do PCIH no Brasil, todavia necessita de revisão para atualização
1987	MS	Portarias de nº 232	Institui o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar	Transformado em Divisão de Controle de Infecção Hospitalar, por meio da Portaria nº 666/1990
1990	BRASIL	Lei Federal nº 8080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes	Estabelece o Sistema Único de Saúde, descentralizando as responsabilidades pelos serviços de saúde
1990	BRASIL	Lei Federal nº 8142	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde	Garantia da participação da comunidade na participação nas ações de saúde
1992	MS	Portarias de nº 930	Dispõe sobre novas normas gerais para o controle de infecções hospitalares e revoga a Portaria nº 196/83	Preconizando que todos os hospitais mantenham PCIH, constituindo CCIH e SCIH
1997	MS	Lei 9431	Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de Programas de Controle de Infecções Hospitalares nos hospitais do país	Expediu em forma de anexos, diretrizes e normas para a prevenção e controle de IH coordenações de CCIH no âmbito das três esferas de governo
1998	ANVISA	Portaria 2616	Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares	Estabelece recomendações para a sua formação, relacionadas à estrutura e operacionalização do PCIH

continua...

...continuação

Ano	Órgão	Política	Ação	Pontos relevantes
2000	ANVISA	RDC n° 48	Dispõe sobre o roteiro de inspeção de PCIH	Apesar dos esforços da ANVISA esse roteiro apresenta limitações em sua aplicação e não há documento com seu registro de validação
2000	ANVISA		Sistema de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde	Ausência de critérios nacionais de padronização de notificação de infecção e cadastramento de poucos hospitais, gerou-se inconsistência nos dados notificados em todas as regiões do país, com consequente suspensão do uso e manutenção do sistema
2006	SÃO PAULO		Manual de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar	Com indicadores de Estrutura, processo e resultado. Já validados e aplicados em estudos realizados no Estado de São Paulo, na cidade de Ribeirão Preto e no Estado do Paraná
2012	MS	Portarias de n° 158	Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	Com a finalidade de "assessorar" a Diretoria Colegiada da ANVISA na elaboração de diretrizes, normas e medidas para prevenção e controle de IRAS
2013	MS	Portarias de n° 529/2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente	Com o objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional em prevê ações que visam prevenir e controlar as IRAS no país

Fonte: Baseada em documentos oficiais Federais e Estaduais.

No entanto, mesmo com as várias ações governamentais específicas ao controle e à prevenção de IRAS, assim como outras legislações correlatas, muitos hospitais ainda têm dificuldades ou não operacionalizam os PCIRAS conforme as recomendações governamentais. Um dos motivos é porque muitos hospitais, principalmente aqueles com menor capacidade de leitos, não possuem infraestrutura e recursos humanos suficientes para atender completamente à organização e ao processo de trabalho exigido pela Portaria vigente, n° 2616/98⁽⁸⁾.

Há um consenso praticamente unânime de que as recomendações atuais conforme a Portaria n° 2616/98, vigente, são bastante defasadas em relação ao desenvolvimento do conhecimento científico e, conseqüentemente, às práticas de controle e prevenção de IRAS. Ao mesmo tempo, observa-se uma tendência de integração dessas práticas a dois movimentos mais abrangentes e recentes: avaliação em saúde e segurança do paciente. Para exemplificar, em 2013 foi publicada a Portaria n° 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, o qual prevê ações que visam prevenir e controlar as IRAS no país⁽¹⁷⁾.

Sem dúvida, ainda há muito a ser realizado na área de prevenção e controle de IRAS, e seu futuro encontra-se aberto, considerando-se as novas possibilidades em relação aos movimentos atuais de qualidade e segurança do paciente.

A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ASSOCIADA AO CONTROLE DAS IRAS

Uma breve retrospectiva mostra que os principais movimentos de avaliação em saúde originaram-se nos Estados Unidos⁽¹⁸⁾. Em 1910, o Relatório Flexner, para avaliação da educação médica e denúncia das precárias condições da prática profissional. Em 1916, a proposta de uma metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para

estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares, intitulada *A Study in Hospital Efficiency: the first five years*, por Ernest Codman. Em 1918, a avaliação da prática cirúrgica e dos hospitais americanos com mais de 100 leitos, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, em que, de 600 hospitais avaliados, apenas 82 cumpriam os padrões mínimos; Em 1928, foi criado o programa de padronização hospitalar, embrião da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO), criada em 1951; Na década de 1960, nos EUA, destacam-se os Programas Sociais Federais de Atenção à Saúde (*Medicare e Medicaid*)⁽¹⁸⁾.

Na Inglaterra, em meados do século XX, houve a criação do *National Health Service* (NHS), com estudos da eficácia e eficiência dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos⁽¹⁸⁾.

Em 1966, Donabedian⁽¹⁹⁾ propôs a avaliação da qualidade da atenção médica, por meio de um modelo que sistematizava os atributos que traduzem a qualidade nos serviços (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade). Em 1988/1990 o mesmo autor desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*⁽²⁰⁾. Desse modo, os serviços de saúde passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade⁽¹⁸⁾.

Assim, a novidade, sintetizada em Donabedian, por meio dessa tríade, pauta-se não somente em resultados ou desfechos de situações ou ocorrências, mas também na estrutura (área física, equipamentos, insumos, recursos humanos) e processos (procedimentos e tecnologia aplicados corretamente). Nesse movimento a qualidade em saúde passa a ser sinônimo de avaliação⁽²⁰⁾.

Predominantemente na área da assistência institucionalizada, é também no início do século XXI que a Organização

Mundial da Saúde (OMS) passa a considerar que a qualidade do cuidado e a segurança do paciente constituem uma única vertente. Tal consideração parte de demandas de reconhecimento da alta incidência mundial de eventos adversos na assistência, estimando sua ocorrência entre 5 e 17%, dentre os quais 60% podendo ser preveníveis. Em consequência, a OMS determina que os eventos adversos sejam reconhecidos como falha na segurança do paciente⁽²¹⁾. Inicia-se, assim, o mais recente movimento de qualidade em saúde, agora denominado como segurança do paciente.

Em 2002, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde atribuiu à OMS a responsabilidade de estabelecer normas e dar suporte aos países para o desenvolvimento de políticas e práticas voltadas à segurança do paciente, por meio da Resolução 55.18/2002. Em 2004, foi criado o projeto intitulado “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, cuja abordagem fundamental é a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central é a ação chamada “Desafio Global”, que a cada dois anos lança um tema prioritário a ser abordado⁽²¹⁾.

No biênio 2005/2006, o tema do desafio foi “cuidado limpo é cuidado mais seguro”, tendo como foco as IRAS, e a principal campanha referiu-se à higienização das mãos⁽²¹⁻²²⁾. O desafio global seguinte, 2007/2008, foi “cirurgia segura”, incluindo, entre as medidas, a prevenção e o controle de infecção do sítio cirúrgico (ISC)⁽²¹⁾. Desse modo, as IRAS também passaram a ser consideradas e classificadas como eventos adversos.

Em 2007, na XXII Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, as delegações da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador apoiaram a primeira meta estabelecida pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e firmaram compromisso internacional de desenvolver e aplicar os respectivos “Planos Nacionais de Segurança do Paciente”, focados na redução do risco a danos ao paciente e garantindo o direito à saúde, assinando inclusive a declaração de compromisso na luta contra as IRAS⁽²³⁾.

Parte do interesse mais recente pela qualidade surge em resposta às transformações na assistência à saúde, com o advento de novas tecnologias e estruturas nas estratégias dos serviços hospitalares, considerando-se que os danos causados pela assistência prestada ao paciente podem ser incapacitantes, com sequelas permanentes, morte prematura, assim como aumento significativo no custo hospitalar^(22,24). Para Donabedian, a qualidade é “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”⁽²⁵⁾.

Ocorre que, no caso de IRAS, em que pesem progressos no controle e prevenção, tendo em vista ser um evento multicausal, há maior dificuldade de eliminar totalmente sua ocorrência, pois ao mesmo tempo que a introdução de novos conhecimentos e a evolução de procedimentos de assistência para tratamento de doenças determinam cura e maior sobrevida, também podem expor o indivíduo a IRAS ainda mais graves, em consequência de novas modalidades de ocorrência em topografias variadas e com microrganismos altamente resistentes, tanto da própria microbiota humana, quanto de fontes do ambiente⁽²⁾. Em outras palavras, apesar de toda a evolução científica, nenhum hospital está isento de IRAS, pois existem fatores de riscos inalteráveis, que incluem tanto procedimentos eminentemente invasivos quanto as próprias condições de

saúde do paciente. Assim, os esforços dos pesquisadores e gestores voltam-se à redução das IRAS com ações de prevenção e controle das infecções preveníveis abordando diversos aspectos, tanto do ambiente como práticas seguras e melhora das condições do paciente⁽²⁶⁾.

O relatório do *Institute of Medicine* – IOM (EUA) de 2008 apontou que o número de IRAS era inaceitavelmente alto: 1,4 milhão de pessoas adquirem infecções anualmente, sendo que, nos países em desenvolvimento, o risco pode ser quatro vezes maior⁽²²⁾.

Especialistas propõem que a redução de IRAS a níveis evitáveis irá depender de quatro pilares estratégicos de ações: 1) adesão às práticas baseadas em evidências, educando, implementando e realizando investimentos; 2) aumentar a sustentabilidade por meio de incentivos financeiros e reinvestimento em estratégias que demonstrarem sucesso; 3) preencher as lacunas de conhecimento para responder a ameaças emergentes por meio de pesquisas básicas, epidemiológicas e translacionais; 4) coletar dados para direcionar esforços de prevenção e mensurar os progressos⁽²⁷⁾.

Contudo, atingir tais quesitos exige evolução do modelo de atuação do PCIRAS. No Brasil, o modelo vigente, conforme a Portaria nº 2616/98, tem sido nos últimos anos alvo praticamente unânime de críticas e demandas para sua atualização por especialistas nesta área⁽⁸⁾. Isso porque sua atividade dominante pauta-se basicamente em vigilância epidemiológica ativa e elaboração de incidências de IRAS. Com base nesses dados, estabelecem-se ações dirigidas ao seu controle e prevenção.

Embora seja altamente relevante a elaboração desses dados de resultado ou desfecho, eles constituem informações apenas retrospectivas, não favorecendo ações proativas e de prevenção. Além disso, mostram-se restritos para o reconhecimento de outros aspectos que possam estar dificultando ou favorecendo uma assistência mais qualificada e que podem implicar, direta ou indiretamente, essas ocorrências. Entre eles, as condições de realização de procedimentos assistenciais.

Sendo assim, novas modalidades operacionais mais amplas, oriundas inclusive do próprio movimento de qualidade em saúde podem e devem ser incorporadas ao PCIRAS.

Em 2006 foi concluído o projeto intitulado Manual de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar. Pautando-se no sistema de avaliação de Donabedian, foram criados e validados 61 indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado, distribuídos em cinco subgrupos de práticas assistenciais, de acordo com tipos de procedimentos específicos⁽²⁸⁾. Esses indicadores têm condição de também realizar um acompanhamento e uma avaliação prospectiva, e não apenas retrospectiva.

Tanto o modelo original quanto as novas propostas ampliadas de atuação dos PCIRAS precisam ser acompanhados *in loco*, na sua concretização. Há necessidade de se criar um sistema também para “avaliar o que está sendo avaliado”.

Em 2000, foi aprovada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC n. 48 –, que elaborou um Roteiro de Inspeção Sanitária, direcionado à avaliação dos PCIRAS dos hospitais do país⁽¹⁴⁾. Esse Roteiro, contudo, apresenta limitações. Uma delas, é que seu conteúdo baseia-se na Portaria nº 2616/98 vigente, mas sabidamente

desatualizada e insuficiente. Além disso, não há registros de que esse instrumento de inspeção tenha sido submetido a processo de validação, de modo a garantir interpretações e permitir que diferentes avaliações alcancem resultados similares temporais e na mesma instituição⁽¹²⁾.

Outras tentativas de avaliar ou qualificar os processos de controle e prevenção de IRAS nos hospitais foram elaboradas pela ANVISA, como o Sistema de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (SINAIS), em 2004, com base no *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNISS), do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Devido à ausência de critérios nacionais de padronização de notificação de infecção e cadastramento de poucos hospitais, gerou-se inconsistência nos dados notificados em todas as regiões do país, com consequente suspensão do uso e manutenção do sistema⁽¹⁵⁾. Mesmo que assim não fosse, o sistema, novamente, se pauta basicamente em indicadores retrospectivos de ocorrência de IRAS.

Para 2013-2015, a CNIRAS tem como objetivo principal a diminuição das ocorrências de IRAS, com as seguintes ações: 1. Reduzir infecções primárias da corrente sanguínea; 2. Reduzir infecções do sítio cirúrgico; 3. Estabelecer mecanismos de controle sobre a Resistência Microbiana; 4. Aumentar o índice de conformidade dos PCIRAS, segundo os critérios da OMS⁽²⁹⁾.

Outras linhas de pesquisadores defendem a *target zero*, taxa zero de infecção, que tem se tornado a nova ordem na prevenção de infecções, tema abordado nos últimos congressos na área no Brasil.

Especialista em prevenção de infecção, William Jarvis, MD, de *Jarvis and Associates*, baseado em Hilton Head, SC, observou e faz alusão à luta sobre quantas infecções são evitáveis. Pesquisa tem mostrado que podemos evitar mais infecções do que pensávamos antes⁽²⁸⁾. A intenção dos pesquisadores não é eliminar a infecção, mas não tolerar

que elas aconteçam, e investigar onde está a falha no processo e intervir⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

Sabidamente, as IRAS geram impacto social e financeiro, mas investir em políticas para sua prevenção e controle também requer custo. Apesar da dificuldade de se medir a segurança do paciente em termos monetários, somente criar políticas e estabelecer normas, diretrizes e indicadores não são suficientes, se não houver suporte de estrutura e condições para as intervenções nas práticas dos profissionais no seu processo durante a assistência prestada ao paciente em busca de resultados em níveis aceitáveis dessas infecções.

Prevenir IRAS envolve diversos segmentos, como a gestão de qualidade e recursos para garantia de estrutura de trabalho, como atenção à higiene, formação de profissionais de saúde e pessoal, conhecimento constante das mudanças dos agentes infecciosos, que levam ao crescente aumento do risco de infecção, associado a avanços nos cuidados médicos e pacientes cada vez mais vulneráveis. E, tão importante quanto, a cooperação e ajuda de pacientes e suas famílias e amigos.

Ações que envolvam a lavagem das mãos, dos ambientes de limpeza e esterilização de instrumentos são as melhores formas de prevenir infecções hospitalares. Porém, sabe-se que não é tão simples assim, pois requer de todos os envolvidos um compromisso em manter um ambiente complexo, em um lugar seguro para paciente, trabalhadores e familiares, segundo a factibilidade da realidade local.

Novas e variadas propostas teóricas e operacionais foram sendo criadas, doravante mais reconhecidas ou denominadas como avaliação em saúde. Em outras palavras, não bastando apenas o estabelecimento de novas modalidades de organização e atuação em assistência, mas também e, principalmente, averiguando como a assistência está ocorrendo.

RESUMO

Trata-se um estudo teórico-reflexivo, que objetiva discutir a evolução e as mudanças na qualidade da assistência ao paciente, ao longo dos anos no Brasil, à luz das políticas de controle e prevenção da Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS). Aspectos sobre IRAS e o processo de mudança nas políticas de saúde no Brasil, bem como a qualidade da assistência associada ao seu controle, são abordados em relação às políticas de segurança do paciente. Há novas e várias propostas teóricas e práticas criadas no Brasil. Apesar da dificuldade de medir a segurança do paciente, direcionada à prevenção e controle das IRAS, enfatiza-se que somente criar políticas, estabelecer normas, diretrizes e indicadores não são suficientes. Se não houver suporte de estrutura e condições para as intervenções nas práticas dos profissionais na assistência prestada ao paciente, visando resultados em níveis aceitáveis, o controle das IRAS não será alcançado.

DESCRIPTORIOS

Avaliação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Infecção Hospitalar; Segurança do Paciente; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Se trata de un estudio teórico-reflexivo, que tiene como fin discutir la evolución y los cambios en la calidad de la asistencia al paciente a lo largo de los años en Brasil a la luz de las políticas de control y prevención de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS). Los aspectos acerca de la IRAS y el proceso de cambio en las políticas sanitarias en Brasil, así como la calidad de la asistencia asociada con su control, se abordan con respecto a las políticas de seguridad del paciente. Hay nuevas y distintas propuestas teóricas y prácticas en Brasil. A pesar de la dificultad de medir la seguridad del paciente, dirigida a la prevención y control de las IRAS, se subraya que solo crear políticas, establecer normas, directrices e indicadores no son suficientes. De no haber soporte de estructura y condiciones para las intervenciones en las prácticas de los profesionales en la asistencia prestada al paciente, con vistas a resultados en niveles aceptables, el control de las IRAS no se alcanzará.

DESCRIPTORES

Evaluación en Salud; Políticas Públicas de Salud; Infección Hospitalaria; Seguridad del Paciente; Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira Junior C, Padoveze MC, Lacerda RA. Governmental surveillance system of healthcare-associated infection in Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 10];48(4):657-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/0080-6234-reeusp-48-04-656.pdf>
2. Lacerda RA, Jouclas VMG, Egry EY. A face iatrogênica do hospital: as demandas para o controle das infecções hospitalares. São Paulo: Atheneu; 1996.
3. Pittet D, Boyce JM. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. *Lacenet Infect Dis*. 2001;1(spe):9-20.
4. Padilha MICS, Mancianca JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(6):723-6.
5. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *REME Rev Min Enferm*. 2013;17(1):216-21.
6. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol*. 1985;121(2):182-205.
7. Brasil. Lei n. 9.431, de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de Programas de Controle de Infecções Hospitalares nos hospitais do país [Internet]. Brasília; 1997 [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9431-6-janeiro-1997-352339-veto-19786-pl.html>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares [Internet]. Brasília; 1998 [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 196, de 24 de junho de 1983. Dispõe sobre instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares. *Diário Oficial da União, Brasília*, 25 jun. 1983. Seção 1, p. 1.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA intensifica controle de infecção em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):475-78.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 27 de agosto de 1992. Dispõe sobre novas normas gerais para o controle de infecções hospitalares e revoga a Portaria n. 196/83 [Internet]. Brasília; 1992 [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/b44fbf00474576ba848bd43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+930-1992.pdf?MOD=AJPERES>
12. Silva CPR, Lacerda RA. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):121-8.
13. Oliveira R, Maruyama SAT. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2008 [citado 2016 mar. 10];10(3):775-83. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a23.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 48, de 2 de junho de 2000. Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Res_048.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília: ANVISA; 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 1.218, de 14 de agosto de 2012. Institui na ANVISA a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CNCIRAS) [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: http://www.abih.net.br/wp-content/uploads/Portaria-1218_Cria%C3%A7%C3%A3o-CNCIRAS_ANVISA.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
18. Novaes HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(2 Supl):S7-S12.
19. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966;44(1):166-203.
20. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.
21. World Health Organization. Patient safety research. Geneva: WHO; 2009.
22. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneva: WHO; 2008.
23. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo sobre a segurança do paciente e qualidade assistencial em Serviços de Saúde. Brasília: GGES/ANVISA; 2011.
24. Lacerda RA. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(1):55-63.
25. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978;200(4344):856-64.
26. Chor D, Klein CH, Marzochi KBF. Infecção hospitalar: comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. *Cad Saúde Pública*. 1990;6(2):201-17.
27. Cardo D, Dennehy PH, Halverson P, Fishman N, Kohn M, Murphy CL, et al. Moving toward elimination of healthcare-associated infections: a call to action. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31(11):1101-5.
28. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde; Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo: CVE; 2006.
29. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília: GGES/ANVISA; 2013.
30. Jarvis WR. The Lowbury Lecture. The United States approach to strategies in the battle against healthcare-associated infections, 2006: transitioning from benchmarking to zero tolerance and clinician accountability. *J Hosp Infect*. 2007;65 Suppl 2:3-9.