



FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

17 NT

YASUE HIGAKI

PERCEPÇÕES E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS
QUE ATUAM NAS COMISSÕES DE CONTROLE DE
INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
curso de Pós-Graduação da FGV/EAESP,
Área de Concentração: Administração
Hospitalar e Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof.Dra Ana Maria Malik

SÃO PAULO

1991



Fundação Getulio Vargas
Escola de Administração
de Empresas de São Paulo
Biblioteca

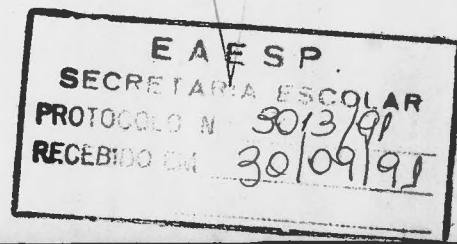


48/93



1199300040

[Handwritten signature]



Carlos

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data	N.º de Chamada
20/01/93	64.024.8 (81) H634P
N.º Volume	Registrado por
40/33	Hi

Dis.
e. 2

| 614.29.008.6 : 64.024.8 / : 613/614-057 (81)
| 616-022.1 : 64.024.8 / : 613/614-057 (81)

F U N D A Ç Ã O G E T U L I O V A R G A S
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

Y A S U E H I G A K I

PERCEPÇÕES E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS
QUE ATUAM NAS COMISSÕES DE CONTROLE DE
INFECÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Banca Examinadora:

Prof. Orientadora.-----

Prof. -----

Prof -----

SÃO PAULO,

1991

A large, stylized handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is fluid and appears to be a cursive representation of a name.

Handwritten signature or initials.

HIGAKI, Yasue. Percepções e Atitudes dos
Profissionais que Atuam nas Comissões de
Controle de Infecção Hospitalar.

Resumo: Retrata as percepções e atitudes dos
profissionais de saúde que atuam nas Comissões de
Controle de Infecção Hospitalar do Estado de São
Paulo , nos aspectos comportamentais existentes em
seu ambiente de trabalho e sobre a situação atual
do controle de infecção hospitalar.

Palavras-Chave: Comissão de Controle de Infecção
Hospitalar, Enfoque comportamental.

AGRADECIMENTOS

A Prof Dra Ana Maria Malik

Ao Prof Dr Rudolf Uri Hutzler

Ao Dr Frederico de Barros Correa

A Dra Graziela Almeida da Silva

A Enf Edna Rodrigues

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a combination of letters, possibly 'R' and 'M'.

I N D I C E

	página
INTRODUÇÃO	.....0 1
OBJETIVOS	.....1 6
JUSTIFICATIVA	.....1 8
O ARCABOUÇO TEÓRICO	.....2 2
MATERIAL E METODO	.....3 2
RESULTADOS	.....3 7
ANALISE DOS DADOS	.....6 1
CONCLUSÃO	.....7 6
SUMARIO	.....8 0
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	.....8 3

A large, stylized handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is fluid and cursive, with a prominent loop at the end.

I N T R O D U Ç Ã O .

A handwritten signature in dark ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a cursive representation of a name, possibly 'Ch' or 'Chen', with a long, sweeping line extending downwards from the bottom of the signature.

I N T R O D U Ç Ã O.

O controle da infecção hospitalar tem sido objeto de preocupação entre os administradores hospitalares e as autoridades da área de Saúde em todo o mundo. A Infecção Hospitalar (I.H.) está intimamente ligada com a institucionalização dos Serviços de Saúde.

Historicamente, as instituições hospitalares que conhecemos atualmente, tem origem no período medieval, quando a Igreja exercia atividade de assistência social em locais que serviam tanto como hospedaria ou abrigos para peregrinos, pobres e inválidos, como para o abrigo de doentes que aí recebiam alguma atenção médica da época.

No século XVIII, durante as epidemias de doenças infecto-contagiosas, já eram usadas as precauções de isolamento, recomendando-se que os doentes fossem hospitalizados em enfermarias isoladas, visando prevenir a sua transmissão.^[06]

I N T R O D U Ç Ã O.

Semmelweiss, na Áustria em 1848, baseando-se em observações clínicas formulou as bases epidemiológicas do controle da infecção puerperal.

Parturientes atendidas por médicos e estudantes de medicina apresentavam índices de infecção e letalidade quatro vezes superior, quando comparadas com àquelas atendidas por parteiras.

Com o advento da Bacteriologia com Pasteur e Koch, com o desenvolvimento das práticas da moderna cirurgia com Lister e com as técnicas de assepsia, antissepsia e esterilização, supunha-se na época que os problemas de infecção hospitalar (I.H.) estivessem resolvidos.

Com a evolução, já em 1910, observam-se práticas de isolamentos, em cubículos individuais e segregação por doença em enfermarias, como parte da preocupação de utilização de técnicas assépticas para o combate de infecção cruzada.^[06]

I N T R O D U Ç Ã O.

A percepção do problema de infecção hospitalar começou a tomar figura contemporânea nos idos da década de 40, quando os cirurgiões norte americanos da época preocuparam-se em elaborar uma classificação de cirurgias, a partir de pesquisas em dez hospitais universitários entre 1942 e 1946 (National Research Council and Office of the Scientific and Research Development), onde os doentes foram categorizados de acordo com o potencial de risco de infecção na incisão cirúrgica, em infectado, contaminado, pouco contaminado e limpo [06].

Desde os idos de 1950, quando as epidemias por S.aureus em ambientes hospitalares, especialmente em áreas críticas foram caracterizadas como praga hospitalar, o problema de I. H. tornou-se um dos temas de saúde pública em evidência. [04, 06, 16, 23, 24].

Nasce nesse momento, a preocupação de se estudar e organizar grupos de trabalho para enfren-

I N T R O D U Ç Ã O.

tá-lo sistematicamente. Na década de 60, estimava-se que cerca de 5% dos 35 milhões de doentes admitidos nos hospitais norte americanos por ano, adquiriam tais infecções.[23,24].

Nas décadas seguintes caracterizaram-se pelo aparecimento e aumento progressivo das infecções por enterobactérias e Pseudomonas sp. A tendência atual mostra um aumento gradual na frequência de estafilococos multirresistentes às drogas, fungos, anaeróbios e novos contaminantes ambientais e patógenos não usuais no ser humano.[04,16,19].

A partir dos anos 60, várias tentativas para o controle de I.H. foram feitas, porém a sua eficácia nunca foi determinada. As décadas de 60 e 70 se caracterizaram pela instalação de programas de controle de I.H. usando-se o modelo da Associação Americana de Hospitais e do "Center for Disease Control" (C.D.C.) que incluíam: 1). criação de Comissões de Controle de Infecção, 2). designação de uma enfermeira de I.H. em regime de parcial ou de integral dedicação hospitalar e de um médico epidemi-

I N T R O D U Ç Ã O.

ologista, 3). implantação de um sistema de vigilância epidemiológica periódica ou contínua para a detecção de epidemias através de notificações dos profissionais das unidades operacionais, 4). monitoramento microbiológico do ambiente hospitalar, e, 5). estabelecimento de rotinas e procedimentos escritos, prescrevendo-se as técnicas corretas para as várias práticas de cuidados diários ao doente.[01, 02, 03, 18].

Por causa das dificuldades para se desenvolver cientificamente esse modelo de controle de I.H., poucos trabalhos foram publicados, causando para os hospitais em geral, dificuldades em fundamentar os

seus programas de controle de I. H., sendo portanto, de pouca ajuda para a tomada de decisão sobre quais determinantes seriam os mais eficazes para a redução de riscos de I. H. por um custo mínimo.

A "Joint Commission on Accreditation of Hospitals", em 1971 introduziu como padrão para o

I N T R O D U Ç Ã O.

credenciamento de hospitais dos Estados Unidos, que tivessem no mínimo, as seguintes medidas para a prevenção e controle de infecção aos seus doentes: 1) uma Comissão de Controle de I.H.(C.C.I.H.) atuante, com programa de controle de I. H. em todo o hospital, 2) monitoramento do programa feita por uma equipe multiprofissional, 3). rotinas e procedimentos por escrito para todo o hospital.[16, 29].

A vigilância de I.H. pelo C.D.C. nos hospitais norte americanos foi iniciada em 1965, com o objetivo de conhecer melhor os problemas e desenvolver métodos para comparação de experiência em diferentes hospitais. Em 1974, o C.D.C. organizou um programa de estudo em nível nacional designado de

Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (Projeto SENIC), [20, 29] na tentativa de preencher esta lacuna. Esta pesquisa apontou para a possibilidade de redução do número de I.H. em cerca de 32%.

I N T R O D U Ç Ã O.

Os primeiros movimentos para o controle de I.H. no Brasil foram iniciados na década de 60, embora somente na década seguinte alguns hospitais tenham instituídos em seus quadros organizacionais a Comissão e/ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (C/S.C.I.H.).

As primeiras medidas tomadas pelo Ministério da Saúde no sentido de equacionar o problema de I. H., culminou com a emissão da Portaria n. 196 de 24 de junho de 1983. Destinava-se a apoiar os hospitais no manuseio dos instrumentos básicos para o controle das I. H.^[08].

Muitos dos hospitais brasileiros tem criado as suas C/S.C.I.H., que, a partir da Portaria nº 196/83, que disciplinou essas Comissões em todo o país, expedindo sob forma de anexos, instruções acerca do assunto e tornando obrigatória

I N T R O D U Ç Ã O.

a existência de C/S.C.I.H. em todos os hospitais do Brasil.

A maioria das Comissões existentes em nosso país, apresentam estruturas organizacionais e atribuições definidas por essa Portaria, que, em resumo, são formadas por representantes dos Serviço Médico, Serviço de Enfermagem, Laboratório de Análises Clínicas, Farmácia e Administração. Além disso, uma equipe de trabalho permanente composta de no mínimo um médico epidemiologista, um enfermeiro e um bacteriologista, que conjuntamente com os primeiros, traçam normas e rotinas de serviço, coletam e analisam dados de vigilância epidemiológica, avaliam e identificam as fontes e o modo de transmissão de todas as infecções hospitalares no hospital, fazem recomendações e tomam medidas adequadas para limitar um maior alastramento dessas infecções.

A Portaria define como infecção hospitalar propriamente dita, institucional ou

I N T R O D U Ç Ã O.

nosocomial, "qualquer infecção adquirida após a internação do doente, que se manifeste durante a internação, ou mesmo, após a alta hospitalar, quando puder ser relacionada com esta hospitalização".

Os pontos principais que nortearam este documento, basearam-se em premissas de que naquele momento pouco se conhecia acerca do problema e de que não existia nenhum instrumento para a orientação de seu controle em nosso meio. Era reconhecido pelas nossas autoridades de que este controle somente poderia ser efetuado no próprio hospital. Nenhuma medida de caráter nacional poderia equacionar diretamente o problema como ocorre em outros tipos de doenças de caráter epidêmico como as doenças infecto-contagiosas.[08].

A proposta endossada pelo Ministério da Saúde na ocasião, foi de caráter epidemiológico,

I N T R O D U Ç Ã O.

isto é, dispor a equação do problema caso a caso, a partir das condições observadas em cada hospital. Deixa em segundo plano, as questões de soluções por apropriações tecnológicas influindo sobre o ambiente do hospital e leva em conta de que o controle de I. H. está intimamente relacionado com a qualidade de serviços prestados no hospital, envolvendo portanto, as práticas médicas e de enfermagem e assim sendo, toda a rotina de uma unidade hospitalar.

A metodologia de investigação epidemiológica adotada por este documento é a definida como busca passiva que, diante das dificuldades observadas em todo os países, é consenso atual da necessidade de uma melhor discussão e sua conseqüente atualização.[07, 16, 21, 30,31]

Apesar do conteúdo da proposta do Ministério da Saúde, a importação tecnológica na área médica e a assimilação dos procedimentos cada vez mais

I N T R O D U Ç Ã O.

invasivos, cuja manipulação nem sempre é suficientemente planejada, adaptada ou divulgada entre os nossos profissionais de saúde, configura-se como um dos agravantes ao incremento dos índices de I.H. na atualidade.

O uso indiscriminado de antibiotico-terapia pelos profissionais de saúde constitui um dos responsáveis no aumento da resistência bacteriana o que dificulta o controle de I.H.. [02, 32].

A formação de profissionais de saúde não oferece informação e capacitação adequada em vários níveis de sua formação na área do controle de I.H. Uma das medidas adotada pelo Ministério da Saúde em 1985, com o objetivo de adequar as instituições hospitalares ao controle de I.H. foi de criar o Projeto de Capacitação de Recursos Humanos para o Controle de I.H., hoje Divisão de Controle de I.H. na Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde; criação de Centros de Treinamentos

I N T R O D U Ç Ã O.

em hospitais de ensino; promoção de cursos de Introdução ao Controle de I. H. em todo o território nacional e da emissão do Manual de Controle de I. H.

A base legal do controle de infecção hospitalar (I.H.) ficou situada dentro do controle das condições do exercício profissional e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas com a saúde. [9,10,11,12,13,14,15].

As secretarias estaduais, dentro de suas atribuições de fiscalizar as instituições de saúde, que no Estado de São Paulo tem fundamentação legal também no Decreto-lei nº 12.342 de 27 de setembro de 1978 (Código Sanitário), destacam-se os artigos 226 (normas gerais de edificação), 552 a 556 (assistência medico-hospitalar) e 557 a 596 (repressão às infrações de natureza sanitária). No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ela também

I N T R O D U Ç Ã O.

propôs algumas medidas, visando uma atuação mais concreta: incorporou o problema de I. H. no seu Cadastro Hospitalar, estabeleceu uma Divisão de I. H. no Centro de Vigilância Epidemiológica e criou um Grupo Especial de Programas de Controle de I. H. (GEPRO-IH) e de uma Comissão Científica para o Estudo das I. Hs.[40]

Os programas mais conhecidos desta Secretaria estão sendo desenvolvidos pelos GEPRO-IH, Centro de Vigilância Epidemiológica (C.V.E.) e Centro de Vigilância Sanitária (C.V.S.). As ações de vigilância epidemiológica e sanitária estão integradas em dois Centros, com ações coordenadas por um Conselho de Vigilâncias. As ações de vigilâncias, em seus aspectos de normatização, planejamento, avaliação e controle, partem do Centro de Vigilância Epidemiológica (C.V.E.) e do Centro de Vigilância Sanitária (C.V.S.) e permeiam por toda a estrutura de prestação de serviços de saúde, através dos

I N T R O D U Ç Ã O .

Escritórios Regionais de Saúde (SUDS-Rs) em todo o estado .[3, 38, 39].

Os Conselhos Regionais de Medicina, de Enfermagem e de profissões afins, ao controlar o exercício profissional de seus membros, também atuam diretamente no controle das I.H., desde que por definição, o problema de I.H. está relacionado com a qualidade dos serviços hospitalares, onde o exercício profissional tem peso relevante.

OBJETIVOS.

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a series of loops and a long, sweeping tail that extends downwards and to the right.

1 - Determinar o grau de aceitabilidade dos Programas e Projetos existentes em nosso meio pelos profissionais de saúde que atuam nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, procurando analisar as suas opiniões frente às normas técnicas e às políticas impostas pelas estruturas burocráticas sobre as suas atividades.

2 - Detectar os fatores que influem nas inter-relações entre a atividade tecno-burocrática de uma C.C.I.H. e as atuações dos órgãos normatizadores e de referência de diferentes níveis.

3 - Caracterizar os possíveis mecanismos de legitimação da autoridade das C.C.I.H.s dentro de uma organização hospitalar.

J U S T I F I C A T I V A

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized 'C' followed by a series of loops and a long vertical stroke extending downwards.

As C/S.C.I.H.s em nosso meio costumam adotar rotinas de serviço e programas de trabalho baseados em publicações estrangeiras, no que se referem aos vários aspectos do controle de I.H., estudadas quase sempre em instituições de países mais desenvolvidos tecnologicamente. Muitas vezes, não se preocupam em investigar, levantar ou consultar as opiniões dos profissionais envolvidos em sua adoção e utilização dentro de nossas instituições.

Observamos que a maioria dos nossos serviços de saúde não possuem uma C/S.C.I.H. efetivamente atuante, e que, muitas vezes, as orientações emitidas por elas não são devidamente aceitas pelos diferentes profissionais, mesmo quando estes apresentam um adequado conhecimento técnico e conscientização do problema.

A suposição de que existe um controle sobre o seu trabalho profissional por parte dos membros dessa Comissão, criam conflitos de natureza organizacional e psicossocial dentro do hospital, muito semelhantes aos descritos em estudos sobre as relações humanas em instituições do mesmo tipo.

Muitos grupos de profissionais da área hospitalar, particularmente os médicos e outras profissões liberais, cuja característica de trabalho altamente especializada, experimentam uma grande autonomia em suas atividades diárias, tornando-se difícil qualquer subordinação às estruturas administrativas. O conhecimento, a autonomia e a habilidade técnica que lhe são exigidos na sua função e o que lhe é imposto pela Comissão, constituem muitas vezes, zonas de insubordinação, que dificulta a legitimação da autoridade dos membros da Comissão. Não só o profissional médico, como também os grupos de profissionais paramédicos, apresentam os mesmos

conflitos, já que se encontram em situações semelhantes, porém em níveis diferentes.

Entre as profissões de perfís mais administrativos, a aceitação de programas e de ações normativas exeradas pela C/S.C.I.H. são melhor assimiladas sem contestação e assumidas sem muita reflexão.

Um controle de infecção hospitalar eficiente resulta da adoção de estratégias visando obter de todos, uma qualidade de serviço no que se refere ao seu campo de atuação, abrangendo todos os setores do hospital.

O A R C A B O U Ç O T E Ó R I C O .

A handwritten signature in dark ink, consisting of several loops and a long vertical stroke, positioned to the right of the page number.

Na análise comparativa das organizações complexas, segundo Rosen,[33] " o hospital para ser compreendido deve ser visto como um órgão da sociedade, partilhando suas características, mudando de acordo com as transformações da sociedade da qual faz parte e levando para o futuro, provas de seu passado. Um mero desenvolvimento de conhecimento médico e de idéias não asseguram por si mesmos, a sua aplicação. O ambiente social e o meio intelectual devem criar condições favoráveis e padrões de comportamento para que o conhecimento possa ser posto em prática."

Parsons[22] define a organização como um subsistema da sociedade, que mobiliza poder e recursos com a intenção de alcançar os objetivos sociais coletivos.

A tipologia das organizações de Blau-Scott baseia-se no fundamento do **principal beneficiário**, ou seja, ainda que outros grupos de interesse reclamem a sua recompensa, tanto quanto o faz o maior beneficiário, "mas embora todos sejam

beneficiados, os proveitos de um fornecem a razão de ser da organização, enquanto os dos outros constituem, essencialmente, um custo"[17].

Etzioni[17] vale-se da estrutura da obediência que é determinada pelos tipos de poder aplicados aos subordinados. Este define a organização complexa como unidades sociais (ou agrupamentos humanos) intencional, construídas e reconstruídas, a fim de atingir os objetivos específicos. Dentro da sua tipologia, este autor classifica o hospital como organização que utiliza símbolos com a finalidade de controle (poder normativo).

A tipologia de Etzioni leva em consideração os sistemas psicossociais das organizações, deixando de lado aspectos relativos à tecnologia e à estrutura.

Kast & Rosenzweig[22] baseia-se no

arcabouço tipológico das organizações como um sistema sócio-técnico que conta com os seguintes subsistemas: metas e valores, tecnologia, estrutura, sistema psicossocial e sistema administrativo.

A administração supõe uma hierarquia de poder, sem uma caracterização explícita de indivíduos em postos superiores e inferiores, em que os superiores têm mais poder que os inferiores, e podem, portanto controlar e coordenar as atividades destes últimos.

O conceito de poder elaborado por Parsons, "O poder, então, é a generalizada capacidade de assegurar o desempenho de obrigações por parte de unidades, num sistema de organização coletiva, quando as obrigações são legitimadas com referência ao seu impacto sobre metas coletivas e onde, no caso de recalcitrância, há um pressuposto de imposição de sanções de qualquer que seja a real agência daquela imposição"[36].

Segundo Arendt, o poder "corresponde à capacidade humana de não só agir, porém de agir em conjunto. O poder nunca é propriamente de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas enquanto o grupo prossegue unido. Quando dizemos de alguém que está "no poder", referimo-nos atualmente à situação empossada por um certo número de pessoas para agir em seu nome. No momento em que desaparece o grupo, do qual o poder se originou a princípio, seu poder também desaparece.[36]

Nas organizações hospitalares a estrutura de autoridade diferenciada entre a administrativa e a especializada, onde existem diversas profissões nas quais o conhecimento e a atividade especializada assumem papéis de gerência, estabelece-se habitualmente conflitos entre os objetivos da organização e a orientação dos especialistas. Nestas organizações, a correlação entre as duas autoridades costumam ficar invertidas, em geral os administradores se encarregam de atividades meios para a atividade

principal desempenhada pelos especialistas.

As atividades de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar apresentam-se estruturalmente com os aspectos de uma organização burocrática, onde o seu papel assume a responsabilidade pela execução de programas identificáveis e coordenados de serviços e de supervisão aos cuidados dispensados ao doente dentro de um conceito de controle de qualidade. A sua atuação abrange a compreensão dos serviços executados por um grande número de pessoas com diferenciação e especialização de atividades.

A estrutura de autoridade no hospital diante às ações normativas da comissão de controle de I.H., obedece a uma estrutura funcional não muito clara, onde uma pessoa está subordinada ao mesmo tempo a duas ou mais autoridades, dentro de um campo de ação limitado, ou seja, a enfermeira pode estar subordinada em suas funções ao médico especialista do doente, à sua chefia de enfermagem e à enfermeira de I.H.

Diante da diversidade de subordinação do profissional de saúde, verificam-se situações de conflito entre diferentes níveis. O grau de autoridade e de legitimidade de uma Comissão pode estar relacionado com o grau do conhecimento e da capacidade de estabelecer contato pessoal com os pro-fissionais de saúde do hospital. " A credibilidade dos profissionais da C/S.C.I.H. dependem do grau de sua "visibilidade" medida quantitativamente através de sua atuação dentro do hospital e qualitativamente, por meio do aparente conhecimento observado."[22].

Situações de estratégias governamentais diante do sistema de gerenciamento das ações de saúde em uma determinada época, podem criar distorções que favoreceriam o incremento dos índices de I.H.[27].

Ao longo da história das instituições hospitalares brasileiras, a importância da assistência medica a cargo da Previdência Social tem exercido um papel significativo sobre a assistência hospitalar.

A partir da década de 50, quando o desenvolvimento industrial, com conseqüente aceleração da urbanização, gerou o crescimento de um complexo medico-hospitalar para atender às pressões populares para a assistência médica. No período seguinte, houve a intensificação da privatização da assistência médica previdenciária, onde em 1969 cerca de 90% dos recursos previdenciários eram comprados a terceiros e transferidos em sua maior parte às empresas médicas e aos hospitais privados. Esta interferência estatal crescente no setor, representou um importante estímulo para o aparecimento de organizações privadas hospitalares e parahospitalares. A maior parte das internações eram compradas destes hospitais privados sob forma de pagamento por unidade de serviço, o que estimulou a produção de serviços hospitalares, levando a um grande número de internações e de procedimentos de riscos desnecessários.[27], o que possivelmente incrementou a frequência de índices de I. H. mais elevadas. Não é possível afirmar objetivamente se houve este aumento, desde que os indicadores epi

demiológicos não são disponíveis.

Uma das dificuldades para se desenvolver uma efetiva estratégia de controle de infecção hospitalar está na pouca consistência da nomenclatura para exprimir o significado "práticas de controle de infecção hospitalar", pois, o termo refere-se a designação ampla das práticas de certos cuidados ao paciente pela enfermagem ao lado do leito como também as atividades de ensino ou de estatística de uma enfermeira de controle de infecção: um programa de vigilância epidemiológica tem sido considerado meramente como sendo uma coleta e tabulação de dados estatísticos, enquanto que outros dispõem de um programa abrangente de monitoramento e uma ativa atuação.

As mudanças nos índices de Infecção Hospitalar podem variar em função de alguns fatores, assim como uma combinação deles. A característica de cada paciente, a presença de uma infecção comunitária no momento de sua admissão, as intervenções para o diagnóstico e terapêutica submetidos no hospital, e os riscos intrínsecos atribuíveis à doença e os procedimentos cirúrgicos indicados.

As praticas de cuidados ao doente que predispõem a infecção hospitalar como cateterização vesical, assistência ventilatória contínua, técnicas de isolamento e lavagens de mãos, constituem fatores importantes que alteram o índice de I.H.

Os profissionais que compõem uma comissão ou serviço de controle de infecção hospitalar podem influenciar de duas maneiras, "diretamente" através de ações dentro da C/SCIH, fiscalizando o trabalho do dia-a-dia dos profissionais de saúde e implementando mudanças de materiais e equipamentos que apresentem menor risco de IH. "Indireta para eliminar deficiências na habilidade ou conhecimento das praticas de cuidados ao doente e das conseqüências legais que podem advir ou influenciando e motivando para a prática de técnicas corretas.

MATERIAL E MÉTODO

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized 'K' or 'M' shape with a long, sweeping vertical stroke extending downwards and to the left, and a smaller, more complex shape to the right.

MATERIAL E MÉTODO

Em 15-05-90, durante a Reunião Técnica em comemoração ao Dia Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, promovido pela GEPRO-IH da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi distribuído um questionário aberto a cada um dos participantes do evento, que tinham sido convidados através cartas-convite dirigidos a todos os hospitais do Estado de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODO

As questões eram abertas, reservando-se ao participante, toda a liberdade de colocar um maior número de informação. Não se procurou em nenhuma pergunta, dirigir para qualquer programa ou projeto conhecido ou em andamento, por qualquer órgão público no Brasil ou fora.

O questionário procurou abranger:

- a. - questões com o objetivo de avaliar o nível de penetração dos programas e projetos em andamento ou já realizados pelos órgãos públicos federais, estaduais e por iniciativa de hospitais de ensino, privados ou associações de classe.
- b. - obter informação que forneça orientação à GEPRO-IH para projetos ou programas futuramente.
- c. - avaliar o nível de motivação dos participantes e detectar aspectos críticos predominantes nas comissões de controle de I.H. dos hospitais de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODO

QUESTIONÁRIO

PERGUNTA - 1 O que, de proveitoso, já foi feito em infecção hospitalar, no Brasil e no Estado de São Paulo ?

PERGUNTA - 2 Quais os principais erros já cometidos nesse campo, no Brasil e no Estado de São Paulo ?

PERGUNTA - 3 Quais as estratégias que sugere adotar para o controle da infecção hospitalar ?

Foram respondidos 63 questionários pelos membros de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais de todo o Estado de São Paulo.

1. Para cada pergunta foram levantados todos os termos citados pelos participantes.

AK

2. De acordo com as características apresentadas por cada termo, foram agrupados em categorias antes da análise final.

3. A análise foi feita sobre os índices levantados em cada pergunta.

RESULTADOS

A handwritten signature in dark ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a cursive or semi-cursive script, possibly reading 'M. J. L.' or similar. It is positioned below the horizontal line and to the right of the page number.

Os participantes que responderam questionário eram profissionais de saúde de hospitais das seguintes cidades e em cujas Coordenações Regionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se localizam. Segue abaixo:

RESULTADOS

TABELA nº 1

Coordenação Regiões	Cidade	Nº
1	São Paulo	25
3	Ribeirão Preto	03
5	Santos	03
4	Americana	01
2	Araçatuba	01
4	Atibaia	01
2	Barra Bonita	01
4	Campinas	01
4	Casa Branca	01
3	Catanduva	01
2	Dracena	01
2	Duartina	01
3	Fernandópolis	01
5	Guarujá	01
5	Itapetininga	01
1	Itapevi	01
2	Marília	01
4	Matão	01
3	Mirassol	01
3	São Joaquim da Barra	01
4	Taubaté	01
3	Urupês	01
	sem informação	11

Coordenação de Macroregiões - Coordenação administrativa regional dos Escritórios Regionais
da Secretaria de Estado da Saúde.

RESULTADOS

A categoria profissional dos respondentes estavam distribuídos conforme a tabela nº 2:

CATEGORIAS PROFISSIONAIS

TABELA Nº 2

CATEGORIA	Nº
Enfermeiro	28
Médico	21
Farmacêutico	8
Administrador hospitalar	2
Dentista	1
Biomédico	1
sem informação	2
TOTAL	63

RESULTADOS

No levantamento das respostas observamos os termos abaixo relacionados, que procuramos agrupar em categorias para a análise do trabalho.

Para a pergunta nº 1
segue a tabela nº 3 :

TABELA Nº 3

TÉRMO ANOTADOS NAS RESPOSTAS DA PERGUNTA Nº 1

CATEGORIA	TÊRMOS	NO DE RESPOSTAS
LEGISLAÇÃO		
	-Portaria 196/83	38
	-Decreto-lei n. 6.437	3
	-Decreto-lei n. 77.052	1
	-Normas técnicas sem especificação	4
	-Normas técnicas-germicidas	6
	-Normas técnicas-lixo hospitalar	2
	-Normas técnicas-material descartável	3
	-Normas técnicas-óxido etileno	1
TOTAL		58 (27.10%)

RESULTADOS

EVENTOS

-1º Congresso Brasileiro de Controle de Infecção Hospitalar	5
-Congressos sem especificação	10
-Encontros	4
-Jornadas	5
-Seminários	3

TOTAL 27 (12.62%)

CURSOS

-Cursos de atualização para enfermagem	1
-Cursos de atualização sem especificação	1
-Cursos de Introdução do M.Saúde ⁽¹⁾	19
-Cursos sem especificação	5

TOTAL 26 (12.15%)

CRIAÇÃO DE ÓRGÃOS PÚBLICOS

-Divisão C.I.H-M.Saúde ⁽²⁾	7
-Centro de Vigilância Epidemiológica ⁽³⁾	4
-Centro de Vigilância Sanitária ⁽⁴⁾	5
-GEPRO-IH Grupo Especial de Programas de I.H. ⁽⁵⁾	10

TOTAL 26 (12.15%)

(1).Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar - Programa do Projeto de Capacitação de Recurso Humanos para o Controle de Infecção Hospitalar (atual Divisão de Controle de Infecção Hospitalar) da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde.

(2).Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar - antigo Projeto de Capacitação de Recursos Humanos para o Controle de Infecção Hospitalar e Programa de Controle de Infecção Hospitalar da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde.

(3).C.V.E. - Centro de vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

(4).C.V.S. - Centro de vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde

(5).GEPRO-I.H. - Grupo Especial de Programas de Infecção Hospitalar-ÇADAIS - Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

RESULTADOS

CRIAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES DE CLASSE

-A.P.E.C.I.H. (6)	21
-Associação sem especificação	3
TOTAL	24 (11.21%)

CRIAÇÃO E AÇÕES DE COMISSÕES NOS HOSPITAIS

-Criação de C/S.C.I.H. (7)	11
-Melhor atuação das C/S.C.I.H.	1
-Projetos e pesquisas desenvolvidos em alguns hospitais no Brasil	3
TOTAL	15 (07.01%)

PROGRAMAS E PROJETOS DESENVOLVIDOS PELO GEPRO

-Projeto de Vig.Epid.em I.H. (P.V.E.I.H.) (8)	9
TOTAL	9 (04.21%)

MUDANÇAS DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

-Conscientização dos profissionais de Saúde	8
TOTAL	8 (03.74%)

(6).APECIH - Associação Paulista de Estudo de Controle de Infecção Hospitalar.

(7).C/SCIH - Comissão e/ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

(8).P.V.E.I.H. - Projeto de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares coordenado pelo GEPRO-IH em 36 hospitais do Estado de São Paulo.

RESULTADOS

PROGRAMAS DE TREINAMENTOS CRIADOS EM CONVÊNIO COM M.SAÚDE

-Criação de Centros de Treinamento
em convênio com M.Saúde⁽⁹⁾ 5

TOTAL 5 (02.34%)

MATERIAL DIDÁTICO

-Manual de Controle de I.H. do M.Saúde 5

TOTAL 5 (02.34%)

DIVULGAÇÃO

-Divulgação literatura 2
-Divulgação pelos meios de comunicação
imprensa leiga 2

TOTAL 4 (01.87%)

(9).Centros de Treinamento - Programa da Divisão de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde através de convênios com instituições hospitalares ligadas as organizações de ensino, com atribuições de capacitação profissional na área de Controle de Infecção hospitalar.

(10).Núcleos de Estudos - Núcleos de Estudos criados em instituições hospitalares com atribuições de pesquisa, desenvolvimento e capacitação profissional na área do controle de infecção hospitalar.

RESULTADOS

AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO PÚBLICA

- Supervisão e fiscalização
pelo V.I.S.A - SUDS-Rs(11) 4

TOTAL 4 (01.8%)

OUTROS

-Não responderam ou desconhecem
sobre o assunto 3

TOTAL 3 (01.40%)

(11). VISA-SUDS-Rs - Equipe Técnica de Vigilância Sanitária dos SUDS-Rs.

RESULTADOS

TABELA Nº 4

TÊRMO ANOTADOS NAS RESPOSTAS
DA PERGUNTA No 2

CATEGORIA	TÊRMO	No DE RESPOSTAS
RECURSOS HUMANOS	Falta conscientização dos profissionais de saúde	18
	Falta qualificação técnica dos profissionais de saúde	09
	Falta intercâmbio de informações entre profissionais e hospitais.	07
	Desconhecimento de padrões mínimos de instalações hospitalares pelo profissionais da C/SCIH e a administração hospitalar	01
	Desconhecimento de incidência de infecção hospitalar nos hospitais brasileiros	01
	TOTAL	36 (24.00%)

RESULTADOS

FISCALIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS

Falta fiscalização governamen- tal sobre hospitais e C/SCIH	26
Falta fiscalização dos produtos domissaneantes e correlatos relacionados com a atividade do C/SCIH	02
TOTAL	28 (20.89%)

CURSOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Falta cursos de qualificação e de reciclagem dos profissionais da área de Controle de infecção hospitalar	14
Ausência de abordagem de temas de C.I.H. no currículo dos cursos de graduação dos profissionais de saúde	04
Falta divulgação de cursos e de temas nos congressos especiali- zados	03
Falta material didático e ma- nuais técnicos mais atualizados	02
Falta eventos para divulgação dos temas de C.I.H.	01
TOTAL	24 (17.91%)

RESULTADOS

ATIVIDADES SUPERVISORA E ORIENTADORA DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS

Falta ação normatizadora dos
órgãos públicos 08

Falha de supervisão e orien-
tação técnica pelos órgãos
públicos aos hospitais e Centros
de Treinamento 06

Estrutura organizacional dos
órgãos públicos com centrali-
zação de Serviços 02

TOTAL 16 (11.94%)

FALHAS TÉCNICAS DIRE- TAMENTE RELACIONADAS COM AS ATIVIDADES DA C/SCIH

Falta incentivo para a
implantação e implementação de
programas de C.I.H. 02

Deficiência na coleta e
avaliação das informações
coletadas nas investigações
epidemiológicas 01

Definição sobre o que é infecção
hospitalar 01

Falta implementação de programas
de C.I.H. após o levantamento
epidemiológico 02

Faltam investigações epidemioló-
gicas nos hospitais 01

Falta metodologia científica
nas investigações epidemiológicas 01

RESULTADOS

	Obrigatoriamente do médico nas C/SCIH	01
	Falta de atuação do médico nas C/SCIH	01
TOTAL		10 (07.46%)
TÉCNICOS		
	Uso incorreto de antibiótico sem o antibiograma	04
	Tratamento de doentes infecto contagiosos em serviços não especializados	01
	Não utilização de recursos laboratoriais no diagnóstico clínico	01
	Condutas muito intervencionistas dos profissionais de saúde	01
TOTAL		07 (05.22%)
LEGISLAÇÃO, PORTARIAS E NORMAS TÉCNICAS		
	Falha na redação de Portarias e Normas Técnicas	04
	Projeto P.V.E.I.H. desorganizado	01
TOTAL		05 (03.73%)
RECURSOS FINANCEIROS		
	Faltam recursos financeiros	03
TOTAL		03 (02.24%)

RESULTADOS

FALHAS ADMINISTRATIVAS E ORGANIZACIONAIS

Falta de controle de qualidade
das atividades de serviços
médicos 01

Área física hospitalar
inadequada. 01

TOTAL 02 (01.49%)

SEM INFORMAÇÕES

Sem informação. 03

TOTAL 03 (02.24%)

RESULTADOS

TABELA Nº 5

TÉRMINOS OBSERVADOS NAS RESPOSTAS
DA PERGUNTA Nº 3

CATEGORIA	TÉRMINOS	Nº DE RESPOSTAS
SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA		
	-Avaliação e pesquisa de surtos	01
	-Controle de doença ocupacional	01
	-Rotinas de uso de laboratório para detecção de I.H.	01
	-Avaliação de prontuários	02
	-Busca passiva	02
	-Vigilância epidemiológica pelo Laboratório	03
	-Busca ativa	07
	-Vigilância epidemiológica	10
TOTAL		27 (12.16%)
ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO PROFISSIONAL		
	-Capacitação de pessoal	01
	-Formação de equipe especializada em cursos (formação de corpo docente)	01
	-Cursos básicos	01
	-Cursos de informática, estatística, epidemiologia no curso de formação profissionais C/SCIH	01
	-Cursos, estágios promovidos por órgãos governamentais	02
	-Maior facilidade ao acesso as informações de literatura	02

RESULTADOS

-Capacitação dos profissionais de saúde	03
-Eventos, reuniões periódicas e reciclagem promovido pelos órgãos do governo	05
-Conscientização prof saúde	10
TOTAL	26 (11.71%)

VIGILÂNCIA AMBIENTAL, PRODUTOS E MATERIAIS

-Controle de fluxo de material contaminado	01
-Controle de potabilidade da água	01
-Controle de qualidade dos germicidas	01
-Dedetização do ambiente hospitalar	01
-Desinfecção de área física e equipamentos	01
-Normatização de lixos e vetores	01
-Normatização de limpeza hospitalar	02
-Normatização de desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos	05
TOTAL	13 (05.86%)

VIGILÂNCIA DE ADEQUAÇÃO DE TÉCNICAS PARA DETER MINADAS PRÁTICAS DE CUI DADOS PROFISSIONAIS

-Equipe permanente para execução tarefa tipo curativo	01
-Uso de luvas esterilizadas (precaução universal)	01
-Visitas periódicas nas unidades do hospital	01
-Controle de técnicas cirurgias ou invasivas	02

RESULTADOS

-Controle de técnicas de lavagens de mãos	02
-Normatização interna dos procedimentos	07
-Política antimicrobiana no hospital	11

TOTAL 25 (11.26%)

SUPERVISÃO E FISCALIZAÇÃO PELOS ÓRGÃOS PÚBLICOS

-Estabelecimento de legislação pertinente	01
-Integração C.V.S. - hospital e outros Serviços	01
-Normas técnicas por órgãos públicos	01
-Padronização de produtos e correlatos	01
-Padronização de sistema de vigilância epidemiológica para análise e comparações de dados	01
-Fiscalização a legislação	02
-Obrigatoriedade de C/S.C.I.H. nos hospitais	03
-Fiscalização pelo SUDS-Rs	15

TOTAL 25 (11.26%)

POLÍTICA DE ESTÍMULOS A CRIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

-Criação de cargos e carreira em serviços públicos	01
-Estimular a implementação das C/S.C.I.H. nos hospitais	01
-Facilidade de acesso aos órgãos públicos que atuam na área	01
-Melhor coordenação de programas pelos órgãos governamentais	01
-Programas regionalizados	01

RESULTADOS

-Investimento governo aos hospitais	01
-Maior disponibilidade de recursos materiais	03
-Pontuar os hospitais de acordo com a qualidade de serviços	03
-Estimular criação de C/S.C.I.H.	04
-Assessoria técnica promovida pelo governo	05

TOTAL 21 (09.46%)

PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO E DE RECICLAGEM DO RE CURSO HUMANO HOSPITAL

-Envolvimento ativo das equipes compõem corpo clínico com o problema de infecção hospitalar	01
-Conscientização medico	02
-Conscientização enfermagem	03
-Promoção de cursos de reciclagem de profissionais	04
-Educação continuada	10

TOTAL 20 (09.01%)

PROGRAMAS RELACIONADOS COM A POLÍTICA DE ENSINO

-Criação de cursos de pós-graduação	01
-Capacitação pessoal dos SUDS-Rs	01
-Temas de controle de infecção hospitalar no currículo de graduação todos prof saúde	04
-Atualização dos profissionais da C/S.C.I.H.	04
-Temas sobre controle de infecção hospitalar em cursos de graduação de enfermagem e médico	06

TOTAL

16 (07.21%)

RESULTADOS

ATIVIDADES DE COMPETÊNCIA
DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA
DO HOSPITAL

-Controle de qualidade de Serviços laboratoriais	01
-Controle de tipo de paciente admitido no hospital	01
-Dar condições financeiras aos C/SCIH	01
-Investimento nas C/S.C.I.H. pela direção do hospital	01
-Programa de Custo Hospitalar	01
-Setorização de área física das clínicas e departamentos	01
-Exame médico dos profissionais de saúde das áreas críticas pelo hospital	02
-Atuação dos elementos da C/S.C.I.H. com dedicação exclusiva	05

TOTAL

13 (05.86%)

ATIVIDADES INTERNAS
DOS MEMBROS DAS C/SCIH

-Reuniões periódicas internas da C/SCIH	03
-Atuação efetiva dos C/S.C.I.H	04

TOTAL

07 (03.15%)

RESULTADOS

ATIVIDADES DE COMPETÊNCIA DA DIREÇÃO TÉCNICA DO HOSPITAL

-Implementação de medidas de padronização laboratorial	01
-Integração entre equipes do hospital	01
-Participação do corpo clínico e paramédico nas reuniões da C/SCIH	01
-Apoio da direção do hospital aos Programas de Controle de Infecção Hospitalar	01
-Política de implantação de C/S.C.I.H	01
-Criação de S.C.I.H.(executiva) e C.C.I.H.(normativa) para melhor desempenho	01
-Equipe multiprofissional na C/S.C.I.H.	01
TOTAL	07 (03.15%)

INTEGRAÇÃO TÉCNICA ENTRE A EQUIPE DA C/SCIH E O CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL

-Discussão índices e casos de infecção hospitalar com a C/SCIH e o corpo clínico do hospital	01
-Reuniões obrigatórias com a equipe de enfermagem	01
-Divulgação interna de dados aos profissionais de saúde	04
TOTAL	06 (02.70%)

RESULTADOS

CONSCIENTIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL

-Educação sanitária ao paciente hospitalizado	01
-Divulgação de dados levantados aos usuários do hospital	04

TOTAL	05 (02.25%)
-------	-------------

INTEGRAÇÃO ENTRE DIFERENTES HOSPITAIS E C/S.C.I.H.

-Divulgação dos problemas aos outros serviços	01
-Integração interhospitais	04

TOTAL	05 (02.25%)
-------	-------------

VIGILÂNCIA DOS PROGRAMAS

-Supervisão das medidas de controle de infecção hospitalar	04
--	----

TOTAL	04 (01.80%)
-------	-------------

AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

-Educação sanitária a população	01
-Educação e campanhas	01

TOTAL	02 (00.90%)
-------	-------------

RESULTADOS

PERGUNTA N. 1

CATEGORIA	No DE RESPOSTAS
LEGISLAÇÃO	58 (27.10%)
EVENTOS	27 (12.62%)
CURSOS	26 (12.15%)
CRIAÇÃO DE ÓRGÃOS PÚBLICOS	26 (12.15%)
CRIAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES DE CLASSE	24 (11.21%)
CRIAÇÃO E AÇÕES DE COMISSÕES NOS HOSPITAIS	15 (07.01%)
PROGRAMAS E PROJETOS DESEN VOLVIDOS PELO GEPRO	09 (04.21%)
MUDANÇAS DE ATITUDES E COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	08 (03.74%)
PROGRAMAS DE TREINAMENTOS CRIADOS EM CONVÊNIO COM O M.SAÚDE	05 (02.34%)
MATERIAL DIDÁTICO	05 (02.34%)
DIVULGAÇÃO	04 (01.87%)
AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO PUBLICA	04 (01.80%)
NÃO RESPONDERAM OU DESCONHECEM SOBRE O ASSUNTO	03 (01.40%)

RESULTADOS

TABELA Nº 7

PERGUNTA Nº 2

CATEGORIA	Nº DE RESPOSTAS
RECURSOS HUMANOS	52 (43.33%)
FISCALIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS	28 (18.67%)
CURSOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	24 (16.00%)
ATIVIDADES SUPERVISORA E ORIENTADORA DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS	16 (11.66%)
FALHAS TÉCNICAS DIRE TAMENTE RELACIONADAS COM AS ATIVIDADES DA C/SCIH	10 (06.66%)
TÉCNICOS	07 (04.66%)
LEGISLAÇÃO, PORTA RIAS E NORMAS TÉCNICAS	05 (03.33%)
RECURSOS FINANCEIROS	03 (02.00%)
FALHAS ADMINISTRATIVAS E ORGANIZACIONAIS	02 (01.33%)
SEM INFORMAÇÕES	03 (02.00%)

RESULTADOS

TABELA Nº 8

PERGUNTA Nº 3

CATEGORIA	Nº DE RESPOSTAS
SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	27 (12.16%)
ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO PROFISSIONAL	26 (11.71%)
VIGILÂNCIA DE ADEQUAÇÃO DE TÉCNICAS PARA DETERMINADAS PRÁTICAS DE CUIDADOS PROFIS SIONAIS	25 (11.26%)
SUPERVISÃO E FISCALIZAÇÃO PELOS ÓRGÃOS PÚBLICOS	25 (11.26%)
POLÍTICA DE ESTÍMULOS A CRIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	21 (09.46%)
PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO E DE RECICLAGEM DO RECURSO HUMANO DO HOSPITAL	20 (09.01%)
PROGRAMAS RELACIONADOS COM A POLÍTICA DE ENSINO	16 (07.21%)
VIGILÂNCIA AMBIENTAL, PRODUTOS E MATERIAIS	13 (05.86%)
ATIVIDADES DE COMPETÊNCIA DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL	13 (05.86%)
ATIVIDADES INTERNAS DOS MEMBROS DAS C/SCIH	07 (03.15%)
ATIVIDADES DE COMPETÊNCIA DA DIREÇÃO TÉCNICA DO HOSPITAL	07 (03.15%)
INTEGRAÇÃO TÉCNICA ENTRE A EQUIPE DA C/SCIH E O CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL	06 (02.70%)
CONSCIENTIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL	05 (02.25%)
INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAIS E C/S.C.I.H.	05 (02.25%)
VIGILÂNCIA DOS PROGRAMAS	04 (01.80%)
AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA	02 (00.90%)

A N Á L I S E D O S D A D O S

A handwritten signature in dark ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes, positioned in the bottom right corner of the page.

ANALISE DOS DADOS

ANALISE DOS DADOS

Recebemos 63 respostas que foram entregues na ocasião, e, nos dias subsequentes, por encaminhamento aos Escritórios Regionais dos SUDS-R da Secretaria de Estado da Saúde, através do correio. Os questionários foram respondidos por profissionais de saúde que trabalham em C/S.C.I.H. de 22 cidades do Estado de São Paulo assim distribuídos: São Paulo 25/63 (39.68%), de demais cidades 27/63 (42.86%) e sem referência de localidade 11/63 (17.46%) (TABELA N.1). O grande número de

ANÁLISE DOS DADOS

não informantes, foi devido a não obrigatoriamente ser solicitado este item . Em geral, foram de pessoas que entregaram no local da Reunião e provavelmente, óoriundas da cidade de São Paulo.

Os profissionais que responderam aos questionários faziam parte das seguintes categorias de profissões (TABELA N.2): enfermeiro - 28/63 (44.44%) médico -21/63 (33.33%) farmacêutico 08/63 (12.70%) administrador hospitalar 02/63 (03.17%) dentista 01/63 (01.59%) biomédico 01/63 (01.59%) e não responderam 2/63(03.17%). A presença de dentista neste universo não costuma ser habitual em C/S.C.I.H.

As extração de dados dos questionários, foi resultado de levantamento inicial de todos os termos encontrados, procurando-se manter a citação original sempre que possível.

Foram em seguida, feitas reavaliações de cada questionário, para padronizar interpretações de termos, evitando-se colocações subjetivas do ana-

ANALISE DOS DADOS

lista. A partir destas reavaliações, foi feita uma classificação de termos, em agrupamentos para as necessárias análises das respostas.

ANALISE DAS RESPOSTAS DA PERGUNTA N. 1

A categoria Legislação 58/214 (27.10%), em particular a Portaria 196/83 - 38/214 (27.10%) foi considerada ser o item mais proveitoso já feito no Brasil até agora. O conjunto de Normas Técnicas parece não ter sido considerado. A Norma Técnica referente aos germicidas foi a mais citada 6/16 (37.50%). Na tabela 4 (Pergunta n.2), pode explicar o porquê do resultado; houve problemas na disposição da Portaria de início e foi necessária a sua retificação³.

Na categoria Eventos 27/214 (12.62%), o 1º Congresso Brasileiro de Controle de Infecção Hospitalar, ocorrido em 28-30/08/89 deve ter sido fator decisivo na citação deste termo.

ANALISE DOS DADOS

Para Cursos - 26/214 (12.15%), o Curso de Introdução de Controle de I.H. do M.S. 19/214 - (08.88%) responde pela maioria desta categoria.

Na Criação de órgãos públicos - 26/214 (12.15%), o GEPRO-IH responde por 38.46% da informação.

Na Criação da APECIH 24/214 (11.21%), demonstra a sua importância entre os profissionais da área.

Criações e ações das comissões de controle de IH, 15/214 (07.01%) consideraram positivas no cenário do seu controle.

Programas e Projetos desenvolvidos pelo Gepro/I.H. - P.V.E.I.H., 9/214 (04.21%) citaram como sendo item positivo .

Mudanças de atitudes dos profissionais de saúde, foram observadas em 8/214 (03.74%) de citações .

Programas de treinamentos criados em convênio com o M.S., 5/214 (02.34%) referiram este termo..

Material didático - o Manual de Controle de IH do M.S. foi citado em 5/214 (02.34%).

Para a categoria divulgação, 4/214 (01.8%) referi-ram o termo..

Ações de fiscalização pública, 4/214 (01.80%) consideraram como proveitoso.

Considerando-se que os itens eventos, cursos, programas de treinamentos criados em convênio com o M.S., material didático e divulgação constituem, de um modo geral, aspectos de divulgação do tema, a sua somatória. 67/214 (31.13%) situa-se antes da legislação, o que sugere

a forte influência destes itens sobre as respostas, dado que muitos dos profissionais participaram dos projetos do M.S.

A atuação de instituições públicas tem sido considerado serem proveitosas - legislação (58), Curso de Introdução de C.I.H. do M.S.(19), criação de órgãos públicos(26), programa desenvolvido pelo GEPRO-IH (9), criação de C.Treinamento (5), manual de C.I.H.(5), somam-se em 117/214 (54.67%) dos termos citados.

Dentre os termos que sugerem uma evolução na conscientização dos profissionais de saúde, traduzindo-se em ações objetivas, notamos que as categorias eventos (27), cursos de atualização em geral (7), criação de APECIH(24), criação e ações das comissões nos hospitais(15), mudança de atitudes dos profissionais de saúde(8), correspondem a 59/214 (27.57%) dos termos, o que coloca a necessidade de maior esforços em programas e conscientização.

A categoria fiscalização publica demonstra que existem deficiências do setor sobre a área.

ANÁLISE DAS RESPOSTAS DA PERGUNTA No 2

Na categoria Recursos humanos, 36/134 (26.86%) referiram serem áreas de maior erros cometidos. O termo Falta de conscientização 18/36 (50.00%), foi a maior citação da categoria e da pergunta. Se considerarmos que os itens Falta de qualificação técnica (9), Desconhecimento de padrões mínimos de instalações hospitalares(1) e Desconhecimento de incidência de I.H. nos hospitais brasileiros(1) poderiam ser caracterizados como sendo falta de qualificação profissional, a sua totalização de 11/36 - (30.55%) demonstra que existe a necessidade de uma maior preocupação em melhorar a qualificação dos profissionais de saúde.

A falta de fiscalização nos hospitais do Estado de São Paulo traduz-se em 28/134

(20.89%), índice bastante elevado e sugestivo de que não exista controle pelos órgãos públicos, no sentido de fazer cumprir as legislações pertinentes, que na pergunta N. 1 foram consideradas fator positivo no campo do controle de I.H.

Na categoria Cursos e formação profissional, 24/134 (17.91%), a falta de cursos para qualificação e reciclagem para os membros das C/S.C.I.H., foi reclamação importante em 14/24 (48.33%).

Na categoria Atividades supervisora e orientadora dos órgãos públicos, 16/134 (11.94%) dos respondentes sentem a ausência deste item em sua atividade profissional na comissão.

Falhas relacionadas diretamente com as atividades das C/S.C.I.H. foram em 10/134 o que corresponde a 7.46%.

A falta de conhecimento técnico dos profissionais de saúde, sendo que alguns dos termos

aqui classificados como tal poderiam exatamente não ser correta; o tratamento de doentes infecto-contagiosos em serviços não especializado pode demonstrar um certo desconhecimento do profissional acerca do controle de I.H. Esta categoria representou em 7/134 (05.22%)

Sobre a Legislação 5/134 (3.73%), a grande reclamação ficou para a falha de redação da Portaria n.67 124/5 (80.00%).

Sobre Falta de recursos financeiros , 3/134 (2.24%) citaram este item.

Das Falhas organizacionais e administrativas, 2/134 (1.49%) reclamaram sobre isso.

Três respondentes afirmaram não ter ou desconhecer o assunto 3/134 (2.24%).

ANALISE DAS RESPOSTAS DA PERGUNTA N. 3

Na categoria - Sistema de vigilância epidemiológica, 27/222 (12.16%) responderam ser a estratégia mais importante a ser sugerida para o controle de IH. Todos os itens relaciona-dos são variações sobre a metodologia de aplicação desse sistema.

Na - Estratégias e programas de capacitação e conscientização profissional, responderam 26/222 (11.71%) e o termo genérico - Conscientização dos profissionais de saúde foi de 10/26 (38.46%), ou 10/222 (04.50%).

Para a - Vigilância ambiental, produtos e materi-ais - 13 respostas consideraram como estratégia importante 13/222 (05.86%). Os profissionais sentem a necessidade de normas no setor de desinfecção e esterilização de materiais que são consi-derados atividades críticas num programa de controle de IH.

Para a - Vigilância de adequação de técnicas para determinadas práticas de cuidados profissionais 25/222 (11.26%), referiram que a adoção de uma política de controle de antimicrobianos é importante.

Para a - Supervisão e fiscalização pelos órgãos públicos 25/222 (11.26%), o termo Fiscalização pelo SUDS-Rs 15/25 (60.00%) que, acrescentando-se, Fiscalização a legislação 02/25 (8.00%) e Obrigatoriedade de existência de C/S.C.I.H nos hospitais 3/25 (12.00%), somam-se a 20/25, correspondendo a (80.00%). ou na contagem geral da pergunta, 20/222 (9.00%). Consideramos este índice bastante significativo.

Para a - Política de estímulos à criação de pro-gramas de controle de I.H., 21/222 (9.46%) foram citados, sendo que o item - Estimular a implementação das C/S.C.I.H (1) pode ser somado com Pontuar os hospitais de acordo com a qualidade de serviços (3), Estimular a criação de

C/S.C.I.H.(4) e Assessoria técnica promovido pelo governo (5) resultaria em 13/21 (61.90%) ou 13/222 (5.85%).

Na categoria - Programas de educação e de reci-clagem do recurso humano no hospital 20/222 (9.01%), houve resposta para a - Educação continuada em 10/20 (50.00%).

No - Programas relacionados com a Política de ensino, 16 / 222 (7.21%) citaram este item . Observa-se que o grupo sente falta do tema nos cursos de graduação.

Para a - Atividades de competência da direção administrativa do hospital 13/222 (5.86%), houve resposta para a necessidade de atuação dos elementos nas C/S.C.I.H. com dedicação exclusiva em 5/13 (38.46%)

Para a - Atividades internas dos membros das C/S.C.I.H. 7/222 (3.15%) responderam com este item..

Na - Atividades de competência da Diretoria Técnica do hospital, 7/222 (3.15%) formularam várias condições.

Na - Integração técnica entre equipe da C/S.C.I.H. e o corpo clínico do hospital 6/222 (2.70 %), respon-deram com essa categoria

Para a - Conscientização dos usuários do hospital 5/222 (2.25%), sendo que 4 sugerem a divulgação dos indicadores de I.H. aos usuários do hospital..

Para a - Integração entre C/S.C.I.H. 5/222 (2.25%) consideraram esta necessidade.

Para a - Vigilância de Programas

das comissões , a necessidade de supervisão das medidas de controle de I.H. 4/222 (1.87%) .

Em 2/222 sugeriram - Ações de educação sanitária pelo Estado 2/222 (0.90%).

As categorias: Sistema de vigilância epidemio-lógica (27), Vigilância ambiental, produtos e materiais (13), Vigilância de adequação de técnicas para determinadas práticas de cuidados profissionais(25), Programas de educação e reciclagem do R.H. do hospital (20). Atividades de competência da Direção admi-nistrativa do hospital (13), Atividades interna dos membros da comissão(7), Atividades de competência da Direção técnica do hospital (7), Conscientização dos usuários (5) e Vigilância dos programas (4), são categorias diretamente ligadas ao hospital A soma destas resultam em 114/222 (51.35%). Portanto, a metade das estratégias propostas estão relacionadas com a atuação do hospital nesse campo.

CONCLUSÃO

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized 'C' followed by a series of loops and a long vertical stroke.

CONCLUSÃO

Baseando-se na tabela 6, observamos que apesar das contradições acerca das portarias emitidas pelos órgãos públicos, a categoria Legislação tem sido bastante lembrada quando se levanta a questão do controle de infecção hospitalar em nosso meio. A pergunta nº 1 não suscitou reflexão mais aprofundada nos respondentes, a ponto de sugerir que poderiam ter havido mudanças significativas no comportamento e atitude dos profissionais de saúde entre o período anterior a 1983 e atualmente nos hospitais paulista.

CONCLUSÃO

A citação de eventos públicos como congressos , jornadas e cursos, demonstram que estes profissionais estão a par dos empreendimentos ligados à área.

Da Tabela nº 7, (pergunta nº 2) as falhas sentidas pelos profissionais das C/S.C.I.H. giram em torno da falta de qualidade dos Recursos Humanos da área de saúde e da ausência de ação governamental sobre os hospitais em geral. (categorias - Recursos Humanos, Fiscalização dos órgãos públicos, Cursos de formação profissional, Atividades supervisora e orientadora dos órgãos públicos).

Estes aspectos notados nessa pergunta não são totalmente desconhecidos por todos, já que é reconhecida a deficiência das estruturas governamentais em atuar sobre os hospitais.

Da Tabela nº 8 (pergunta nº 3), a grande variabilidade de itens apresentados e a

CONCLUSÃO

grande abrangência de abordagens de temas, de início torna-se difícil a análise, porém, sistemicamente forneceu a visão geral de que os profissionais das C/S.C.I.H. estão bastante envolvidos na rotina do dia-a-dia de uma Comissão. As respostas da categoria Estratégias e programas de capacitação e conscientização profissional (2ª categoria mais citada) demonstra que os profissionais da área estejam ressentindo da necessidade de aceitação plena pelos outros profissionais de saúde dentro do hospital.

Muitas das preocupações no âmbito das atribuições de uma C/S.C.I.H. estão relacionadas com a falta de percepção dos membros da área, de que, para o desenvolvimento do seu trabalho, necessita de um esforço de aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos especializados que nem sempre as estruturas oficiais de ensino ou dos órgãos públicos podem lhe fornecer adequadamente. Muitas vezes, o profissional se esquece de que a sua atividade também está relacionada com o poder grande variabilidade de itens apresentados e a

CONCLUSÃO

administrativo e que os mesmos conflitos abordados em organizações complexas estão presentes no local.

A handwritten signature in dark ink, consisting of a series of loops and a long vertical stroke, located in the bottom right corner of the page.

S U M Á R I O

A handwritten signature in dark ink, consisting of stylized, overlapping loops and a long vertical stroke extending downwards.

1. As Normas Técnicas e as Informações Técnicas publicadas pelos órgãos oficiais, no sentido de orientar e de normatizar alguns procedimentos da área, não estão tendo divulgação entre esses profissionais.

2. Para a motivação desses profissionais, a promoção de eventos, cursos e incentivos às reuniões de associações de classe seria a melhor estratégia..

3. A participação dos Centros de Treinamento para a formação de recursos humanos e para o apoio técnico às C/S.C.I.H. necessitam de incrementos..

4. É necessário haver uma maior participação governamental sobre os hospitais através de Política de supervisão, de fiscalização e de estratégias que procurem vincular programas ativos que visem o controle de qualidade nos hospitais.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

A handwritten signature in dark ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a combination of letters, possibly 'C' and 'M' or similar, written in a cursive or semi-cursive style.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

01. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION - Guide to the Health Care Field. Chicago, Illinois, AHA, 1977.
 02. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION - Infection Control in the Hospital - 1974, Chicago, USA
 03. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION - Internal Control and Internal Auditing for Hospitals. Financial management series, 1969 Chicago, USA.
 04. BASILE, Maria Aparecida - Infecção Hospitalar e Óbito: um estudo controlado -Tese de Doutorado Universidade de São Paulo, 1986
 05. BARRETT-CONNOR, E. - The Control and Prevention of Hospital-Acquired Infection- Preventive Medicine 1: 195-208, 1972
 06. BENNETT, J. V. & Brachman, P. S.- Hospital Infections - second edition, 1986 - Little, Brown & Company - Boston/Toronto.
 07. BIRNBAUM, David - Nosocomial Infection - Surveillance Programs - Infection Control 8(11): 474-479, 1987.
-

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

08. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Manual de Controle de Infecção Hospitalar. - Brasília: Centro de Documentação de Ministério da Saúde, 1987.
09. BRASIL. Ministério da Saúde: PORTARIA nº 196 de 24 de junho de 1983 -
10. BRASIL DECRETO-LEI nº 77.052 de 19-01-1976 - Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de - exercício profissional e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde.-
11. BRASIL PORTARIA nº 400 de 06-12- 1977 -Dispõe sobre normas e padrões para construções e instalações de serviços de saúde.
12. BRASIL PORTARIA nº 67 de 21-02- 1985 -Dispõe sobre as normas complementares específicas para o registro de saneantes domissanitários com ação antimicrobiana .

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

13. BRASIL PORTARIA nº 607 de 23-08- 1985 -Dispõe sobre alteração das normas complementares da portaria 67/85 para o registro de saneantes domissanitários com ação antimicrobiana .
14. BRASIL PORTARIA nº 80 de 13-02- 1986 -Dispõe sobre as normas específicas para o funcionamento centros de esterilização por óxido de etileno em unidades hospitalares.
15. BRASIL PORTARIA DIMED nº 04 de 07-02- 1986 -Dispõe sobre a reutilização de artigos médicos-hospitalares
16. CENTER FOR DISEASES CONTROL - (C.D.C): Methods of Prevention and Control of Nosocomial Infection - National Nosocomial Infections Study Quarterly Report, Third & Fourth Quarters, 1973
17. ETZIONI, Amitai - Organizações Modernas - Tradução de Miriam L. Moreira Leite. São Paulo - Livraria Pioneira Editora, 1989 -

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

18. FREEMAN, Jonathan e outros - Confounding and the Analysis of Multiple Variables in Hospital Epidemiology - Infection Control 8 (11): 465-43, 1987.
19. GAGE, N.D. & LANDON, J.F. e outros - Communicable Disease. Philadelphia: Davis Company, 1959
20. HALEY, R.; W., QUADE, D.; e outros - THE SENIC PROJECT: study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). American Journal of Epidemiology 111 (5): 472 - 485, 1980..
21. HUGHES, James M. - Nosocomial Infection surveillance in the United States: Historical Perspective - Infection Control 8 (11): 450-453, 1987
22. KAST & ROSENZWEIG - Organização e Administração: um enfoque sistêmico - tradução de Oswaldo Chiquetto. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1976.
23. LEFROCK, J.L. & KLAINER, A.S. - Nosocomial Infections , In Current Concepts, Upjohn - s.d.
-

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

24. MATSEN, John M. - The Source of Hospital Infection -
Medicine 52 (4): 271-276, 1973
25. NELSON, Carl W. & GOLDSTEIN, Arnold S. - Health care
quality: The new marketing challenge - Health Care
Managem. Rev. 14 (2): 8-95, 1989
26. NYSTRM, B - Surveillance of Hospital-associated
Infections Infection 17: 43-45, 1989
27. POSSAS, Cristina A. - Saúde e Trabalho: a crise da
previdência social - Rio de Janeiro: Edições
Graal, 1981
28. PRADÉ, Sandra S. - Método de Controle das
Infecções Hospitalares Orientado por Problemas -
São Paulo Atheneu, 1988
29. QUADÉ, D., CULVER, D.H. e outros - The SENIC Sampling
Process: design for choosing hospitals and patients
and results of sample selection. American Journal
of Epidemiology 111 (5): 486 - 502, 1980.
-

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

30. RASLEY, D; WENZEL, R.P. e outros - Organization and Operation of the Hospital-Infection-Control Program of the University of Iowa Hospital and Clinics - Infection 16: 373-378, 1988
31. RHAME, F.S. Surveillance Objectives: Descriptive Epidemiology Infection Control 8 (11): 454-458, 1987
32. ROCHA, O.M.; PIRES DE CAMPOS, E. e outros - Uso de antimicrobianos no Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Botucatu Rev. Inst. Med. trop. São Paulo 22 (2): 89-92, 1980
33. ROSEN, G. - Da Polícia Médica à Medicina Social - traduzido por Ângela Loureiro - R. Janeiro, Graal, 1980.
34. SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde - GEPRO/IH - Infeção Hospitalar - Informes Técnicos nº 3 - Informação nº 1

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

35. SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde - GEPRO/IH -
- Administrar Infecção - Informes Técnicos nº 3 -
Informação nº 2.
36. SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde - GEPRO/IH -
- Controle de Infecção Hospitalar - Informes Técni
cos nº 3 - Informação nº 3
37. SÃO PAULO - DECRETO Nº 25.519 DE 17-07-86 : Define a
organização básica, a nível regional dos serviços de
saúde , cria 57 Escritórios Regionais de Saúde.
38. SÃO PAULO - DECRETO Nº 24.565 DE 27-12-85 : Cria e
organiza, na Secretaria da Saúde, o Centro de
Vigilância Epidemiológica e dá providências correla
tas.
39. SÃO PAULO - DECRETO Nº 26.048 DE 15-10-86 : Extingue
unidades da Secretaria da Saúde, dispõe sobre o
Centro de Vigilância Sanitária e dá providências
correlatas.
-

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

40. SÃO PAULO - DECRETO Nº 26.774 DE 18-02-87 : Dispõe sobre a organização da Secretaria da Saúde, e dá providências correlatas.
41. SINGER, P.; CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E.M. - Prevenir e Curar - O Controle Social Através dos Serviços de Saúde - Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978
42. WALSH, T.J. e PIZZO, P.A. - Nosocomial Fungal Infections: A Classification for Hospital-Acquired Fungal Infections and Mycoses Arising from Endogenous Flora or Reactivation Ann.Rev.Microbiol. 42: 51-45, 1988
43. WENZEL, R.P. The Evolving Art and Science of Hospital Epidemiology The Journal of Infectious Diseases 153 (3): 462-470, 1986