



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Miranda de Sousa, Cristina Maria; Costa Feitosa Alves, Maria do Socorro da; Batista Moura, Maria Eliete; Oliveira Silva, Antonia

Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 61, núm. 4, julio-agosto, 2008, pp. 411-417

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019605002>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar

The rights of health users in cases of hospital infection

Los derechos de los usuarios de la salud en casos de infección hospitalaria

**Cristina Maria Miranda de Sousa^I, Maria do Socorro da Costa Feitosa Alves^{II},
Maria Eliete Batista Moura^I, Antonia Oliveira Silva^{III}**

^IUniversidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN

^{II}Faculdade NOVAFAP. Teresina, PI

^{III}Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB

Submissão: 19/03/2008

Aprovação: 31/07/2008

RESUMO

O estudo objetivou apreender as Representações Sociais dos direitos dos usuários da saúde em casos de Infecção Hospitalar. Pesquisa exploratória com 28 profissionais da saúde e do direito de um hospital público de Teresina-PI. Os dados foram produzidos através de entrevistas e processados pelo software *Alceste 4.8*. Os resultados apontaram ancoragens sociais, psicológicas e psicosociológicas das representações da infecção hospitalar, objetivadas por imagens negativas e positivas, dimensionadas em aspectos culturais vigentes, que levam a necessidade de produção de representações como forma de minimizar os conflitos que esta problemática tem gerado, com um programa inovador capaz de incentivar práticas, com atenção aos direitos que os usuários da saúde têm de ser atendidos nos hospitais sem risco de adquirir uma infecção hospitalar.

Descriptores: Direito à saúde; Infecção hospitalar; Psicologia social.

ABSTRACT

The study aimed at apprehending the social representations of the health users in case of hospital infection. Exploratory research with 28 health and law professionals and of a public hospital of Teresina-PI. The data were produced through the interviews and processed by the software *Alceste 4.8*. The hierarchical descendent analysis showed 4 classes of words that sized up a conflict between the proposals of the program of infection control and the practicing of health professionals, seeing that negligencing the psychological aspects and direct the focus of the attention to economical, biological and epidemiological aspects, with much attention to the rights that the health users have to be waited on the hospitals without running risk of acquiring a hospital infection.

Descriptors: Right to health; Hospital infection; Social psychology.

RESUMEN

El estudio objetivó aprehender las Representaciones Sociales de los derechos de los usuarios de la salud en casos de Infección Hospitalaria. Pesquisa explotatoria con 28 profesionales de la salud y del derecho de un hospital estatal de Teresina-Piauí. Los datos fueron producidos a través de entrevistas y procesados por el software *Alceste 4.8*. La análisis jerárquica descendiente enseñó 04 clases de palabras que dimensionaron un conflicto entre las propuestas del programa de control de infección y la práctica de los profesionales de la salud, puesto que negligencian los aspectos psicosociales y direccionan el foco de atención de los aspectos epidemiológicos, biológicos y económicos, sin mucha atención a los derechos que los usuarios de la salud tienen de ser atendidos en los hospitales sin correr riesgo de adquirir una infección hospitalaria.

Descriptores: Derecho a la salud; Infección hospitalaria; Psicología social.

INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar (IH) representa atualmente uma preocupação não somente dos órgãos de saúde competentes, mas um problema de ordem social, ética e jurídica em face às implicações na vida dos usuários e o risco a que estes estão submetidos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. No entanto, percebe-se que a população, em geral, e até mesmo alguns profissionais da área definem saúde apenas como ausência de doença.

A Saúde, no Brasil, é um direito do povo e dever do Estado, retratado no art. 6 da CF/88⁽¹⁾, mas como garantir o direito à saúde do povo brasileiro, se o conceito de saúde é bastante complexo e envolve o direito ao completo bem estar físico, mental e social? Dessa forma, envolve também o direito à educação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança e ao direito de ser atendido nos serviços de saúde sem riscos de complicações por iatrogenia da equipe de saúde, como a aquisição de uma infecção hospitalar.

A Teoria das Representações Sociais é uma teoria sobre a construção social. A forma como a pessoa pensa o seu universo, resulta em um conhecimento socialmente construído por meio de discursos nos grupos⁽²⁾.

Assim, o rompimento com o paradigma biomédico predominante apresenta-se como uma forma moderna de pensar no direito à saúde, analisando os problemas ou potenciais na dimensão interpessoal do comportamento social, considerando a influência dos contextos sociais sobre os comportamentos e suas participações na construção das próprias realidades sociais dos sujeitos/grupos.

A relevância da TRS na saúde se deve ao fato de ser dinâmica e visar à produção de comportamentos e interações sociais⁽³⁾.

As Representações Sociais se constituem uma "preparação para a ação", elas são dinâmicas, em face de suas capacidades para ultrapassarem os limites do domínio psicossociológico⁽⁴⁾ e define-se como um sistema de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, orientando comportamentos e intervindo na definição da identidade individual, social e na construção de objetos; é a partir das RS que o indivíduo sofre a pressão das mesmas dominantes na sociedade, é assim, nesse meio, que pensa e exprime seus sentimentos⁽⁵⁾.

Cabe ressaltar o conceito de Infecção Hospitalar segundo a Portaria Nº 2616/98 do Ministério da Saúde, como sendo aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares. São também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período⁽⁶⁾.

A referida Portaria dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares, considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e que sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, a mesma Portaria estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde

(SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas"

No exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes⁽⁷⁾.

Dessa forma, mesmo com toda a legislação relacionada com a prevenção e controle das Infecções Hospitalares, a problemática da IH no Brasil cresce a cada dia, considerando que o custo dos clientes com IH é três vezes maior do que o custo dos clientes sem infecção. Mesmo com a legislação vigente no país, os índices de IH permanecem altos - 15,5%, o que corresponde a 1,18 episódios de infecção por cliente internado com IH nos hospitais brasileiros. Além disso, considera-se mais um agravante a essa situação o fato das Instituições de Saúde Públicas possuírem a maior taxa de prevalência de IH no país, 18,4%⁽⁸⁾.

No Estado do Piauí, decorridos mais de vinte anos desde a primeira Portaria do Ministério da Saúde (MS), a 196 de 24/06/83⁽⁹⁾, que obrigava a todos os hospitais brasileiros a criarem suas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), tem seu controle predominantemente no plano das intenções. Isto porque ainda não dispomos de um diagnóstico mais completo da rede hospitalar piauiense da incidência ou prevalência de infecção hospitalar e também do desempenho das CCIH existentes, quando somente alguns levantamentos isolados têm sido divulgados.

A problemática desta responsabilidade sobre os profissionais e as instituições prestadoras de serviços de saúde traz repercussões penais, civis e éticas, as quais nascem em decorrência de atos falhos cometidos pelos profissionais e acabam gerando consequências danosas aos clientes. Muitos profissionais da área de saúde não se preocupam com os deveres éticos e jurídicos que possam lhes responsabilizar pelo exercício de sua profissão.

Partindo dessas considerações este estudo tem como objetivos apreender as Representações Sociais dos direitos dos usuários da saúde em casos de Infecção Hospitalar e verificar as implicações dessas representações nas práticas dos profissionais da saúde e do direito quanto ao posicionamento dos mesmos frente a adoção de medidas preventivas de controle das infecções hospitalares, considerando os direitos dos usuários da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, para analisar fenômenos sócio-culturais a partir das representações sociais acerca dos direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar, subsidiadas na teoria das representações sociais. O cenário da pesquisa foi um hospital público e de referência, localizado em Teresina – PI. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas e advogados do referido hospital, com uma amostra de 28 profissionais.

No trabalho de campo foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade, como instrumento de pesquisa, por ser considerada importante no trabalho de campo na pesquisa qualitativa, facilitando a compreensão da realidade social⁽¹⁰⁾.

Após a aceitação verbal dos sujeitos do estudo, foi solicitado

aos mesmos que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido, que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/NOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 196/96, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos⁽¹¹⁾.

Os dados produzidos foram processados pelo software *Alceste 4.8*⁽¹²⁾ que permite efetuar de maneira automática a análise de entrevistas, de perguntas abertas de investigações socioeconômicas, coleção de textos diversos e tem como objetivo quantificar um texto para extrair o mais forte significado de uma estrutura.

Dessa forma, o tratamento dos dados para a análise qualitativa, a partir dos sentidos atribuídos aos discursos dos sujeitos, iniciou-se com a preparação do *Corpus*, por meio de leituras, correções e codificação das variáveis. Em seguida, o *Corpus* foi submetido ao tratamento analítico por meio do software ALCESTE seguindo as quatro etapas de operação (A, B, C e D).

Com base na Etapa C1 - Classificação Hierárquica Descendente, o software apresentou o dendograma das classes do *Corpus*, conforme o Gráfico 1.

O dendograma mostra o *corpus* composto por 551 UCEs manipuláveis, correspondendo a 82,86% do total de 665 UCEs deste *corpus* e a 100% do total de UCEs do estudo. Após a produção dos dados, precedeu-se a análise e interpretação dos dados subsidiadas no referencial teórico proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos dados obtidos do conjunto de entrevistas (*corpus*) analisados, observa-se quatro classes semânticas (categorias) no material analisado e a associação das mesmas com as variáveis do estudo, sexo, idade e profissão, as quais representaram 100% do material submetido à análise (Gráfico 2).

O *corpus* analisado, no estudo é composto de vinte e oito unidades de contexto inicial (UCI) ou entrevistas e foi dividido em 551 unidades de contexto elementar (UCE).

Do material analisado, obteve-se a análise hierárquica descendente representada na seguinte distribuição de classes ou contextos temáticos, com conteúdos diferenciados nas representações sociais contempladas a seguir.

O Gráfico 2 representa 82,86% das UCEs (unidades de contexto elementar) recortadas do texto (das 665 UCEs identificadas foram classificadas 551) e distribuídas nas classes (categorias) com os

conteúdos a serem interpretados a seguir.

As Classes e suas Descrições

Classe 1 - A defesa dos direitos dos usuários da saúde em casos de IH

A classe 1, constituída pelas 220 UCEs, concentra 38,08% das UCEs classificadas, extraídas, predominantemente, das entrevistas 3, 7 e 19, dos profissionais advogados e odontólogos na faixa etária de 20 a 30 anos, é o texto temático menos contributivo.

Os conteúdos apreendidos denotam uma preocupação dos profissionais quanto à necessidade de se respeitar e esclarecer o direito que o usuário da saúde tem de internar-se em um hospital sem risco de adquirir uma infecção hospitalar.

Acho que eles não são bem esclarecidos sobre o seu direito de entrar no hospital sem o risco de adquirir uma infecção e depois uma complicação e uma seqüela ou até morrer... na Constituição, consta que a saúde é um direito das pessoas, dever do estado, e com relação à infecção hospitalar que na verdade é uma complicação que as pessoas adquirem, é na verdade uma iatrogenia, não sei dos profissionais ou da instituição, mas que a coisa acontece... eu penso que os profissionais de direito, eles não despertaram ainda para esta área e para a importância deles estarem defendendo as pessoas, do direito de serem atendidas nos serviços de saúde sem correr risco de adquirir uma infecção hospitalar.

A saúde é um dos direitos humanos mais importantes, e sua defesa e promoção exigem o envolvimento do Estado. Neste sentido, a Constituição Federal de 1988⁽¹¹⁾ elevou a saúde à categoria de direito fundamental, dedicando ao tema relevante atenção (artigos 196 a 200).

Seu artigo 196 estabelece: "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Este programa normativo fixado pelo Texto Constitucional deve ser concretizado através de prestações legislativas e administrativas a cargo do Estado, de tal forma a dar eficácia a este direito. Trata-se, pois, de imposições constitucionais consubstanciadas em fins e tarefas dirigidas ao

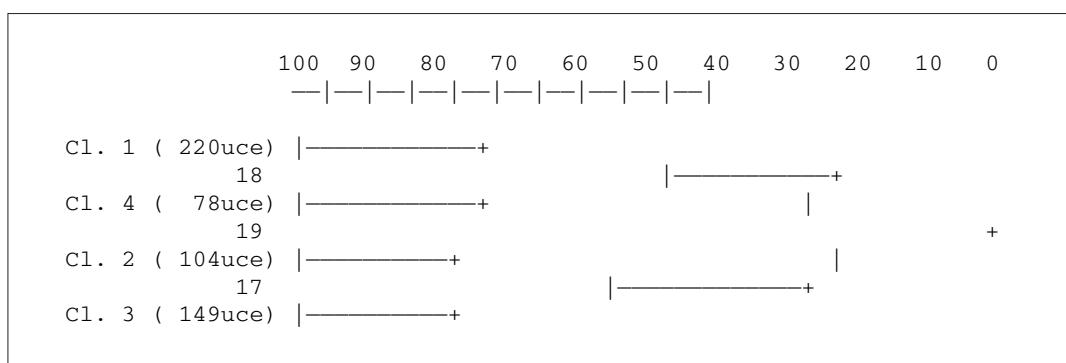


Gráfico 1. Dendrograma das classes do Corpus I.

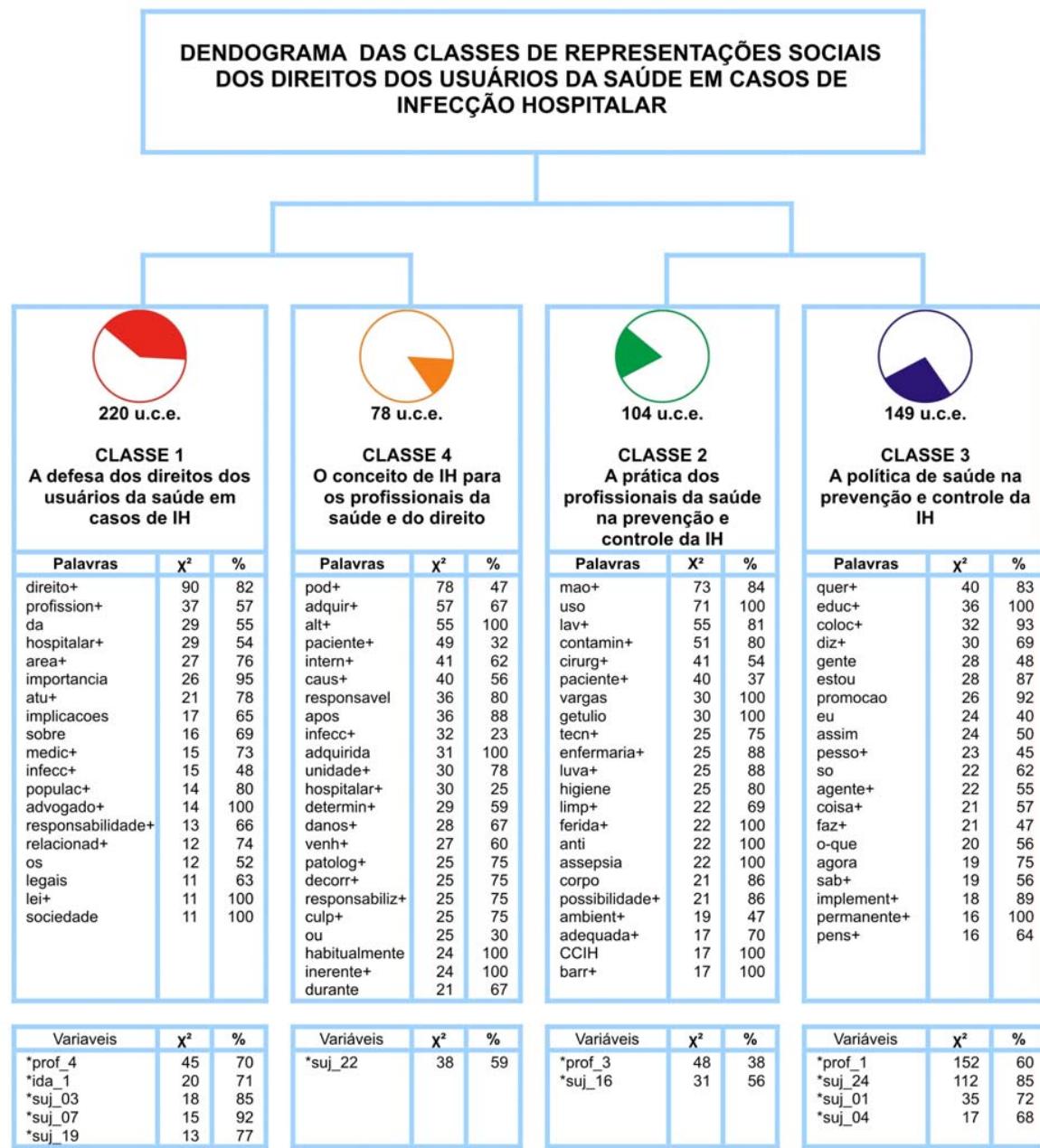


Gráfico 2. Estrutura temática das representações sociais dos direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar.

Estado e à sociedade, os quais, de forma democrática, deverão conferir uma estruturação prática a este direito nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal).

Dessa forma, com a regulamentação do Sistema único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988 e na legislação ordinária que se seguiu (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), a saúde, como direito social, passou a ser a mudança fundamental preconizada pelo SUS. O conceito limitado da saúde ou à forma como os serviços estão sendo organizados, há que mudar, necessitando de uma conceituação ampla sobre a saúde, a criação de novas formas que

materializem social e politicamente uma ação cuidadosa integral, como direito de cidadania⁽¹³⁾.

De acordo com a Lei 6.437, de 20 de agosto de 1997, o Ministério da Saúde (MS), fundamentou legalmente a responsabilidade dos hospitais relacionada com as infecções, possibilitando às secretarias estaduais de saúde apurarem as ocorrências de casos concretos de infecções hospitalares nas suas unidades de saúde. Assim, caso seja flagrada a responsabilidade administrativa do hospital e conforme a gravidade da falta, as penalidades vão desde a advertência até o cancelamento do alvará

de licenciamento da instituição⁽¹⁴⁾.

A cobrança da responsabilidade dos profissionais em relação à infecção hospitalar é a mesma de qualquer prática social, porém o erro como uma intercorrência negativa ocorrida em qualquer fase do atendimento por culpa do profissional deve ser comprovado. No entanto, nos depoimentos, observa-se que os profissionais, especialmente do direito, não demonstraram muita preocupação e interesse para trabalharem com essa questão, que poderá resultar na indenização por danos causados aos usuários da saúde.

Eu não conheço nenhum advogado preocupado com essa questão... A gente precisa realmente sensibilizar profissionais do direito para trabalharem com essa questão que a gente sabe que é um grande problema de saúde pública. Onde é que o profissional do direito entra? Ele vai resolver aquela questão no âmbito judicial ou no âmbito administrativo, e todas as questões são resolvidas tendo como pano de fundo a questão indenizatória. E essa questão indenizatória quando envolve um órgão público, essa questão passa pelo caminho da denunciação, ou seja, quando existir aquele profissional que está relacionado com aquela questão, que provocou a infecção, é o que a gente chama também de responsabilidade objetiva dentro do direito público que é minha área de atuação. E essa responsabilidade objetiva ela é provada sem precisar de dolo ou culpa basta haver o nexo de causalidade e o dano. Onde estaria o dano? Na infecção hospitalar.

Considerando os aspectos éticos e jurídicos dos processos infeciosos hospitalares, a responsabilidade objetiva, que é "aquela na qual, não obstante os índices de infecção por categoria estejam, todos, abaixo dos tolerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)" e provada a ligação entre o procedimento realizado no ambiente hospitalar e a infecção", é irrelevante a quem incumbe a culpa, pois a lei aponta como responsável o hospital"⁽¹⁴⁾.

Classe 4 – O conceito de IH para os profissionais da saúde e do direito.

A classe 4, constituída pelas 78 UCEs extraídas predominantemente da entrevista 22, dos profissionais odontólogos, ressalta o conceito de infecção hospitalar, como podemos observar nos depoimentos abaixo.

Infecção hospitalar para mim, é toda infecção que você adquire no ambiente hospitalar e que ela pode se manifestar durante a hospitalização ou após a alta, desde que tenha ligação com a hospitalização ou algum procedimento que a pessoa tenha feito no hospital.

É uma infecção que você adquire através de bactérias que existe no próprio recinto hospitalar... Uma infecção hospitalar você passa a adquirir também outros tipos de doenças.

O Ministério da Saúde (MS), na Portaria nº 2.616 de 12/05/1998, define IH como a infecção adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares⁽⁶⁾.

No entanto, no depoimento seguinte, o conceito de Infecção

Hospitalar foi confundido com o conceito de Infecção Comunitária pelos depoentes, vejamos a seguir.

O que pode acontecer também é que o paciente quando é atendido em um ambiente hospitalar ele já traga uma infecção e, pode adquirir uma segunda infecção que também é considerada uma infecção hospitalar... Ela é, às vezes, quando o paciente já vem com ela, certo? O hospital, ele só faz é acelerar aquela situação por falta até de conhecimento do profissional daquela infecção que já estava preexistente no paciente.

Neste depoimento, percebe-se que há uma falta de entendimento quanto aos conceitos de infecção hospitalar e infecção comunitária, especialmente quando o depoente considera uma segunda infecção como também hospitalar e que o hospital apenas acelera o processo infeciosos.

A Portaria 2.616 do MS define infecção comunitária (IC) como aquela constatada ou em incubação no ato da admissão do cliente, desde que não relacionada com a internação anterior no mesmo hospital⁽⁶⁾.

Classe 2 – A prática dos profissionais da saúde na prevenção e controle da IH

A classe 2, constituída pelas 104 UCEs extraídas predominantemente da entrevista 16 do profissional médico na faixa etária de 41 a 50 anos, demonstra que a prática dos profissionais da saúde, está bastante relacionada com a adoção das medidas de biossegurança, o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) e a lavagem das mãos. Os depoimentos seguintes dão conta disso.

Os equipamentos de proteção individual, está sempre de jaleco, chegar de manhã, lavar as mãos para receber o plantão, certo, e, adotar todas aquelas medidas de biossegurança, quer dizer, de um paciente pro outro, você deve realmente lavar as mãos... Então a gente tem uma preocupação, por exemplo, obedecer às normas de biosegurança e sempre utilizar no trans-operatório, utilizar medidas no campo cirúrgico estéries, soluções antisépticas. Em fim, medidas que evitem infecção... A lavagem das mãos, ao atender um indivíduo, depois o outro, é um fator importantíssimo que é primordial no controle da infecção... Toda vez que você tocar um paciente ou tocar um instrumento onde o paciente esteja, você deve lavar suas mãos, no sentido de diminuir a possibilidade de transferência de germes para outros paciente.

Nos serviços de saúde, especialmente de urgência e emergência, grande parte dos acidentes que envolvem profissionais da área da saúde se deve a não-observância e obediência às normas de segurança. Contudo, o emprego de práticas seguras e o uso de equipamentos de proteção individual – EPIs, adequados reduzem significativamente o risco de acidente ocupacional, fazendo-se necessário, também, a conscientização dos profissionais para utilização de técnicas assépticas e o estabelecimento de normas de conduta e procedimentos que garantam ao profissional e ao paciente um tratamento sem risco de contaminação.

Dessa forma, Biossegurança é definido como: conjunto de ações

voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos⁽¹⁵⁾.

A legislação da biossegurança no Brasil, está veiculada à Lei 8.974, de 5 de janeiro de 1995, que criou a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), uma dimensão ampla que extrapola a área da saúde e do trabalho, sendo empregada quando há referência ao meio ambiente e à biotecnologia⁽¹⁵⁾.

Atualmente, as normas consoantes a biossegurança são motivos de preocupação, tanto por parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) quanto pelos Serviços de Medicina Ocupacional. A utilização de precauções básicas auxilia os profissionais nas condutas técnicas adequadas à prestação dos serviços, através do uso correto de Equipamento de Proteção Individual (EPI), de acordo com a Norma Regulamentadora nº. 6 (NR-6) da Portaria nº. 3.214, de 08.06.78. Essas medidas devem gerar melhorias na qualidade da assistência e diminuição de custos e infecções advindos da prática hospitalar tanto para os profissionais como para os clientes e seus familiares^(16,17).

A higienização das mãos, nos programas de prevenção e controle das infecções hospitalares, é uma prática prioritária, considerando ser a ação isoladamente mais importante para reduzir as taxas dessas infecções no ambiente hospitalar. O objetivo principal do processo de higienização das mãos é o de reduzir a transmissão de microorganismos pelas mãos, prevenindo as infecções⁽¹⁸⁾.

Classe 3 – A política de saúde na prevenção e controle da IH

A classe 3, constituída pelas 149 UCEs extraídas predominantemente das entrevistas 1, 4 e 24 dos profissionais enfermeiros na faixa etária de 31 a 50 anos, demonstrou que os depoentes representaram a política de saúde na prevenção e controle das infecções hospitalares como a realização de ações isoladas e sem muito efeito para o desenvolvimento efetivo do Programa de Controle de Infecção.

Não é uma coisa que faça parte da política do hospital para melhorar as condições de atendimento dos pacientes, que dizer, são coisas assim, isoladas e que na verdade, não tem grandes efeitos e que não tem contribuído para diminuir os índices de infecção.

Os sujeitos da pesquisa consideraram também importante para o desenvolvimento da política de controle da infecção hospitalar, a educação permanente, a estrutura do hospital com boas condições físicas e materiais e a atenção às questões subjetivas como a conscientização dos profissionais sobre a importância dessa política para diminuir os índices de infecção no hospital, vejamos o depoimento.

O hospital também não tem realmente um programa de educação continuada, de educação permanente para isso, e que também as condições físicas e também materiais, para se evitar essas infecções. A falta de uma educação permanente, com relação à estrutura do hospital, a superlotação, isso tem dificultado muito também, quer dizer, uma política mais direcionada pra resolver

esse problema de uma forma mais abrangente, e tratando de questões mais subjetivas do que objetiva, trabalhar a questão da conscientização das pessoas.

A consciência como estado de lucidez, senso de responsabilidade, percepção do que se passa em nós, é um sentimento bastante experimentado dentro da assistência hospitalar relacionado com a prevenção e controle da IH. A voz interior aprovando ou desaprovando as próprias ações é refletida como falta de conscientização de todos os que fazem parte da assistência, resultando numa situação em que de nada adiantaria o fornecimento das melhores condições oferecidas pela instituição, materiais, equipamentos, soluções da melhor qualidade se há a negação do cuidado.

Assim, o governo brasileiro vem publicando dispositivos legais e Portarias para a prevenção e controle da IH desde 1983⁽⁹⁾. Além disso, o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988⁽¹⁰⁾, assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Portanto, considerando que a saúde é um bem jurídico ao qual todas as pessoas têm direito, o Estado pode e deve legislar sobre o controle da IH, pois esta é uma complicação que depende do cumprimento dos referidos dispositivos legais e portarias, principalmente, de atendimento das Instituições de Saúde, assim como do preparo dos profissionais.

Dessa forma, a infecção hospitalar é uma temática que tem sido reconhecida como importante problema de saúde pública no nosso meio, tornando uma das principais causas de iatrogenias ao usuário da saúde submetido às intervenções curativas, pela predominância do modelo mecanicista de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da apreensão das representações sociais dos direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar, construídas por profissionais da saúde e do direito, evidenciam-se os aspectos psicosociais envolvidos nas práticas desses profissionais.

Observaram-se representações relacionadas à necessidade de implementação de políticas públicas dirigidas à infecção hospitalar, capazes de superar as dificuldades derivadas do não cumprimento, em que os profissionais tentam, num esforço, compreender e resolver os problemas daí decorrentes.

Neste sentido, é o conhecimento cotidiano que permite aos profissionais interiorizar suas práticas profissionais e sociais, experiências e comportamentos, utilizando-se de um sistema de interpretação veiculado às formas de comunicação social entre esses profissionais, através do qual é possível aos mesmos construírem e se apropriarem de objetos sociais, ou seja, da adoção de medidas de prevenção ou não.

Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar como objeto social, constituíram o foco deste estudo, a partir do qual os profissionais de saúde puderam explicitar suas ansiedades e preocupações sobre a problemática acerca das infecções hospitalares a partir de um material discursivo obtido das entrevistas e dimensionado em diferentes representações sociais com conteúdos conflitantes entre o que pensam e o que praticam no âmbito da saúde.

Os resultados apontam ancoragens sociais, psicológicas e psicosociológicas das representações da infecção hospitalar, evidenciando preocupações com conotações positivas e negativas frente às infecções, a partir de comportamentos, até certo ponto, ambíguos, como: a necessidade de medidas preventivas e a não adoção dessas medidas pelos profissionais; reconhecem os direitos dos usuários embora façam muito pouco para garantir tais direitos.

Os profissionais recorrem a uma posição de defesa e ao mesmo tempo apontam causas para as infecções hospitalares que demonstram um posicionamento desfavorável para os usuários que tendem a procurar seus direitos por se sentirem no foco do problema, expressos em conteúdos que tratam dos processos psicosociais, do direito dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar, relacionados às questões de aspectos sócio-históricos. Dessa forma, as práticas construídas pelos profissionais e usuários são sustentadas por razões sociais, psicológicas, históricas, éticas e culturais, sedimentadas pela prática cotidiana instituída e, de forma velada, pelas leis regidas a partir de Portarias, Normas e valores institucionais.

As representações sociais sobre os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar são objetivadas por imagens negativas e positivas, dimensionadas em aspectos psicológicos, sociais e culturais vigentes, que levam a necessidade de produção de representações como forma de minimizar os conflitos que esta problemática tem gerado, com propostas inovadoras capazes de incentivar práticas de prevenção e controle das IH. Tais propostas devem ser mais alargadas e que focalizem aspectos epidemiológicos, biológicos, econômicos, psicosociais e culturais capazes de responderem a cada realidade social.

Por um lado, essas considerações são refletidas a partir das representações sociais apercebidas; por outro lado, os sentidos atribuídos foram sedimentados nos «riscos» a que os usuários estão submetidos, resultantes de ocorrências causadas por negligência dos profissionais envolvidos no atendimento, instituições de saúde, gestores e, ainda, pela não fiscalização da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), exigindo que os responsáveis respondam civilmente e penalmente, pelo descaso ou descuido na assistência hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Senado Federal (BR). Constituição: República Federativa do Brasil: 1988. Brasília (DF): Centro Gráfico; 1988.
2. Wagner W. Sócio-gênese e características das Representações Sociais. In: Antonia SPM, Denize CO. Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais. Goiânia(GO): AB; 2000.
3. Moscovici S. La Psychanalyse, son Image et son Public: étude sur la représentation sociale da psychanalyse. Paris (FRA): PUF; 1961.
4. Moscovici S. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.
5. Jodelet D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro (RJ): Ed. UERJ; 2001.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Expece na forma de anexos diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União 1998 jul.
7. Brasil. Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 1976.
8. Prade SS, Oliveira ST, Rodrigues R, Nunes FA, Félix JK, Pereira M, et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. Rev Controle Infecção Hospitalar 1995; 2(2): 4-8.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria 196. Expece na forma de anexos, normas para o controle de IH. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1983.
10. Minayo MCS. Pesquisa social - teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
12. Reiner MA. Analyse de donne textualles. Paris (FRA): Société IMAGE; 2000.
13. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(5): 1342-53.
14. Hinrichsen SL. Aspectos éticos e jurídicos dos processos infecciosos hospitalares e suas relações com a vigilância e a qualidade da assistência. In: Hinrichsen SL. Biossegurança e Controle de Infecções – risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro(RJ): MEDSI; 2004.
15. Hinrichsen SL. Lei de Biossegurança Nacional – Alguns aspectos importantes. In: Hinrichsen SL. Biossegurança e Controle de Infecções – risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro(RJ): MEDSI; 2004.
16. Santos Junior AF, Schindler Junior AFR, Pinto AM. Emprego do plano-sequência no gerenciamento da roupa hospitalar: Avaliação de aspectos de biossegurança. Revista Prática Hospitalar 2005; 7(38).
17. Skraba I, Nickel R, Wotkoski SR. Barreiras de contenção: EPI e EPCs. In: Mastroeni MF. Biossegurança aplicada a laboratório e serviços de saúde. São Paulo(SP): Atheneu; 2006.
18. Lira MC, Hinrichsen SL, Anjos AB, Borges MGA, Pereira MGB, Danda GJN. Higienização das mãos. In: Hinrichsen SL. Biossegurança e Controle de Infecções – risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro(RJ): MEDSI; 2004.