



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Gonçalves Cardoso, Denise; Kreutz, Irene; Lins de Albuquerque, Joceli F. Alencastro B.

A infecção hospitalar em mato grosso: desafios e perspectivas para a enfermagem

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 13, núm. Esp, 2004, pp. 71-78

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71409808>

- ▶ 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

A INFECÇÃO HOSPITALAR EM MATO GROSSO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM

HOSPITAL INFECTION IN MATO GROSSO, BRASIL: CHALLENGES AND PERSPECTIVES FOR NURSING

LA INFECCIÓN HOSPITALARIA EN MATO GROSSO: DESAFIOS Y PERSPECTIVAS PARA LA ENFERMERÍA

Denise Cardoso Gonçalves¹, Irene Kreutz², Joceli F. Alencastro B. de Albuquerque Lins³

¹ Docente do Departamento de Enfermagem Fundamental da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade René Descartes-Sorbone, Paris V.

² Docente do Departamento de Enfermagem Fundamental da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

³ Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

PALAVRAS-CHAVE: : Infecção hospitalar. Trabalho de enfermagem. Enfermeiros.

RESUMO: Texto reflexivo que apresenta a situação da infecção hospitalar no estado de Mato Grosso, relacionando-a com as condições geográficas e de trabalho para a enfermagem. Aborda ainda revisão sobre infecção hospitalar, ambiente hospitalar, riscos biológicos, arquitetura hospitalar e sua relação com o controle de infecção e o processo de trabalho em enfermagem. Mostra os desafios e perspectivas para o controle de infecção hospitalar no Estado, ressaltando o papel do enfermeiro como articulador e motivador dos saberes e fazeres para sua efetivação.

KEY WORDS: Hospital infection. Nursing work. Nurses

ABSTRACT: This is a reflexive text that presents the hospital infection situation in the state of Mato Grosso, Brasil, relating them to geographical conditions and to nursing work. It provides a revision on hospital infection, the hospital environment, biological risks, hospital architecture and their relation to infection control and the process of nursing labor. It points to the challenges and perspectives for hospital infection control in the State, bringing forth the nurse's function as the articulating and motivating person with the know-how and the activities for such accomplishment

PALABRAS CLAVE:
Infección hospitalar. Trabajos de enfermería. Enfermeros.

RESUMEN: Texto reflexivo que presenta la situación de la infección hospitalaria en el estado de Mato Grosso, relacionándola con las condiciones geográficas y de trabajo para la enfermería. Aborda también, la revisión sobre la infección hospitalaria, el ambiente hospitalario, los riesgos biológicos, la arquitectura hospitalaria y su relación con el control de infección y el proceso de trabajo en la enfermería. Muestra los desafíos y perspectivas para el control de infección hospitalaria en el estado, destacando el papel del enfermero como articulador y motivador de los saberes y que hacever para una real actuación.

Endereço:

Denise Cardoso Gonçalves
Rua G, n 144, apto 1303/13^o, Ed. Caravelas
78060 150 - Bairro Bosque da Saude, Cuiabá, MT.
E-mail ddgoncalves@uol.com.br

Artigo original: Reflexão

Recebido em: 15 de setembro de 2003

Aprovação final: 12 de abril de 2004

INTRODUÇÃO

Como uma das principais causas de morte em alguns países, as infecções hospitalares representam um problema de saúde significativo e dispendioso em hospitais de todo mundo. As infecções nosocomiais ou hospitalares são infecções adquiridas no hospital. O termo nosocomial vem da palavra grega *nósos*, que significa “doença”, e “*komeion*”, que significa “hospital”. As infecções adquiridas em ambiente hospitalar ocorrem em taxas significativas no mundo todo. É sabido que elas são causadas por microorganismos que raramente provocam infecções em pessoas sadias, mas que podem se tornar causas freqüentes de doenças em clientes hospitalizados, cujas defesas orgânicas possivelmente encontram-se diminuídas. Estes patógenos podem estar presentes no ambiente hospitalar, ou ambulatorial, ou serem transmitidos por profissionais da saúde infectados¹.

A infecção hospitalar representa um dos principais problemas da qualidade da assistência à saúde, devido à sua grande incidência, letalidade significativa, aumento no tempo de internação e no consumo de medicamentos.

Os custos relacionados com a ocorrência de infecção hospitalar podem ser diretos, ou seja, aqueles efetuados pelo hospital e pelo cliente, decorrentes da infecção hospitalar; indiretos, referindo-se àqueles que ocorrem devido à parada ou descontinuidade do trabalho e da produção pelo cliente, ou ainda podem ser também intangíveis, quando é referente aos custos relacionados às alterações afetivas, emocionais, psicológicas decorrentes da doença, dor, sofrimento, isolamento, dentre outros. Estes são extremamente difíceis de avaliação econômica e financeira.

A ocorrência de infecção hospitalar depende da existência de uma fonte de infecção, das formas de transmissão do agente etiológico e da susceptibilidade do cliente à infecção, podendo tornar-se um “ciclo vicioso”. Este ciclo deve ser interrompido, para prevenir as infecções adquiridas no hospital. Daí a importância da existência e da atuação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Estudos relatam que existe maior probabilidade de ocorrência de infecção hospitalar em clientes suscetíveis, expostos a procedimentos de risco. Nestes, o risco de infecção varia de acordo com o tipo de invasão realizada, a utilização de próteses e o tempo de permanência da mesma, e a qualidade dos cuidados dispensados. Várias pesquisas realizadas em países desenvolvidos apontam que a incidência de infecção hospitalar é, em média, de 8% (situando-se entre 5% e

10%) e a prevalência é, em média, de 10%. A taxa em alguns serviços pode chegar a 65%², quando não há atuação eficiente das CCIHs.

A prevenção da ocorrência de infecção hospitalar depende dos profissionais da saúde e de programas eficientes de controle de infecções que norteiem as ações desses profissionais, bem como, de medidas de identificação e redução dos patógenos no ambiente hospitalar e de vigilância de doenças entre clientes e a equipe de saúde. Tais programas requerem educação e cooperação de toda equipe envolvida no cuidado ao cliente, seja em ambiente hospitalar ou ambulatorial.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DO ESTADO DE MATO GROSSO, SUA INFLUÊNCIA NA OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO HOSPITALAR E NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO

No Brasil, a concentração das populações nos meios urbanos tem mostrado um crescimento em vértice, haja vista que até a década de 50 a população brasileira poderia ser considerada eminentemente rural, onde se concentravam 80% dos brasileiros. Hoje esses dados se invertem, mostrando que 75% (deverão alcançar 80% no ano 2000) da população se aglomera na região urbana (sendo que 60% dela vive em apenas nove regiões metropolitanas)³.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), comparando-se o crescimento urbano, pode-se constatar que os países de primeiro mundo possuem uma taxa de 1.1% a.a., contra 3.7% nos países do terceiro mundo.

O crescimento desordenado, por exemplo, pode trazer impactos negativos às condições de vida dos homens e ao meio ambiente, o que Myrdal³ classifica como “efeito regressivo”, que são todas as mudanças adversas relevantes, originárias de uma localidade, caracterizando-se principalmente pelos problemas causados pela migração, movimentos de capital e comércio e efeitos resultantes das relações sociais.

Intrinsecamente, ligado a este sujeito cidadão, encontra-se a saúde, na sua relação cotidiana com o meio, aqui caracterizado pela compreensão do lugar onde vivemos. Então, comprehende-se que toda a política de saúde deve formular o princípio de tudo que concerne ao ambiente e que pode, na prática, afetar a saúde. Reforça-se aqui a relação de necessidade e aspi-

ração de toda a população em otimizar o usufruto das conquistas tecnológicas e científicas que propiciam o desenvolvimento humano, enfim, que dão sustentabilidade à vida.

Ao abordar esse tema, é importante ressaltar que após 1985, a cobertura das populações pelos cuidados em saúde tem sensivelmente evoluído graças a vários fatores. O mais importante é a entrada do engajamento político e social dos estados em favor da saúde para todos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), isso se deu devido à previsão de recursos financeiros alocados e à mobilização desses recursos pelas próprias comunidades.

Os profissionais de saúde estão sendo preparados para o engajamento e a mobilização junto com seus pares, com as autoridades, com os indivíduos e demais setores da comunidade em geral.

A descentralização e a planificação de tomadas de decisão se tornam mais visíveis, introduzindo técnicas novas de caráter mais socializador. Mas, ainda assim, numerosos problemas subsistem, principalmente o acesso da população supostamente coberta pelos serviços essenciais.

Observa-se que a diferença nas situações de cuidados com a saúde entre os países ricos e os ditos pobres agravou-se após o declínio econômico dos anos 80.

No Brasil, se acentuam as reformas administrativas visando essencialmente racionalizar as despesas em saúde, em transferir ao setor privado e à coletividade certas responsabilidades de gestão dos serviços. Estas reformas, dentro do curso de descentralização de autoridade, são acompanhadas pelo processo de democratização.

A Administração repassa atribuições aos estados, municípios e às comunidades autônomas e descentralizadas com participação do tipo pluralista e pública. Por exemplo: as conferências municipais, estaduais e federais de saúde.

As organizações autônomas são submissas à regulamentação pública, e a partir daí deu-se o início à interação das partes políticas, dos poderes públicos e da coletividade sobre uma base nacional. De um modo geral, segundo a OMS, os serviços do mundo inteiro estão predispostos às reformas destinadas a lhes permitir relevar os déficits lançados ao país, por uma evolução econômica e social extraordinária.

Em Mato Grosso, não ocorreu diferente. O crescimento e o desenvolvimento demográfico na úl-

tima década impulsionou o estado ao encontro de indicadores de morbidades que se baseavam principalmente pelo coeficiente de incidência e prevalência, dos estudos das situações de saúde/doença.

Sabe-se que para se obter uma infra-estrutura sanitária são necessárias três condições essenciais: a cobertura, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados. Assim, toda política em saúde deve formular o princípio de tudo que concerne ao meio ambiente e que pode, na prática, afetar a saúde de maneira positiva ou negativa, e vice-versa.

As causas e as modalidades precisas dos impactos à saúde são a cada dia maiores. Por exemplo, as causas de estresse são associadas a taxas de morbidade elevadas e estão relacionadas ao modo de vida e/ou às origens genéticas; o natural e o cultural estão presentes.

Todas essas questões têm repercussões consideráveis sobre a saúde e denunciam a sua interdependência com as políticas e com as estratégicas de gerenciamento do setor. Os programas de proteção e promoção à saúde tratam de grandes e numerosas questões com prioridades variadas e que afetam todos os países. O que vai determinar a dimensão do problema é o modo de evitá-lo. Daí decorre a importância da realização do controle de infecção hospitalar.

No Brasil, e em particular nas grandes cidades, a urbanização rápida e incontrolável e a utilização inapropriada dos recursos hídricos são causas de problemas que freqüentemente trazem relações graves à saúde. E, nas pequenas cidades, nem sempre se assegura o acesso aos serviços existentes.

Em Mato Grosso, estado com características regionais diferenciadas, quer por sua localização geográfica, quer por agrupar três ecossistemas em seu território – cerrado, amazônico, pantaneiro, traz junto a si as ocorrências de saúde/doença próprias dessa região.

O Estado de Mato Grosso possui dimensão territorial de 906.807 Km de extensão, com uma população de 2.504.353 habitantes distribuídos em 126 municípios⁴. Caracteriza-se por apresentar um perfil econômico destacado pela agroindústria, pela pecuária e pelo extrativismo. Possui um clima tropical-úmido, marcado por duas estações distintas: a estação da chuva e a estação da seca.

Sua densidade demográfica demonstra um alto índice de crescimento populacional, tendo passado de 0,24 hab/km² em 1950 para 1,33 hab/km² em 1990,

2,57 hab/km² em 1998 e 2,66 hab/km² em 2000. Nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande existem cerca de 180 e 238 hab/km², segundo o Anuário Estatístico do Estado⁴.

Sabe-se que os aspectos sócio-sanitários de Mato Grosso encontram-se intrinsecamente ligados aos seus desenvolvimentos socioeconômicos, caracterizados pela evolução e avanço das fronteiras agrícolas e ao grande fluxo migratório.

Os aspectos epidemiológicos da região mato-grossense têm sua característica da incidência nas seguintes patologias: malária, dengue, hanseníase, aids, desnutrição grave, diarréia, febre amarela, leishmaniose cutânea e visceral, tuberculose, entre outras.

O direito à plena proteção à saúde implica em um processo sócio-econômico que o assegure, e em planejamento que privilegie e envolva a todos. Nesse processo, proposições se dão a partir dos fatos da vida, definindo prioridades de valorização de recursos para a satisfação da população, e na adaptação natural/cultural do desenvolvimento às regiões, para otimizar a realização dos cuidados com uma nova relação de produção/mercado, numa gestão mais harmônica, a fim de proporcionar a valorização organização social e das potencialidades dos cidadãos. Enfim, relativizar o macro em relação ao micro nas suas relações de complementaridade, utilizando as potencialidades próprias de cada região.

Os fenômenos sociais ainda não são de todo conhecidos, entretanto, demonstram na realidade, as necessidades sanitárias da população, evidenciadas nas demandas manifestas de atenção à saúde, e caracterizadas pelas endemias típicas de países em desenvolvimento, e por doenças típicas de países desenvolvidos. Em Mato Grosso, há doenças emergentes sendo detectadas, como o hantavírus em regiões distintas, o que torna necessário a vigilância constante da saúde da população, bem como da qualidade de vida nos ecossistemas suscetíveis, aqui destacando o pantanal e a região amazônica.

A região Centro-Oeste conta com um alto contingente de profissionais de saúde, principalmente do profissional de nível técnico e fundamental, mas um número insuficiente de Enfermeiros. Isso nos remete a padrões de qualidade inadequado à saúde, segundo a OMS, que recomenda a existência de um Enfermeiro para cada 1000 habitantes.

Conforme dados do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso (COREN-MT) (2003), o número de Enfermeiros inscritos é de 1036, para atender à população de 2.504.353, ou seja, 2,4 por

10.000 hab. Evidencia-se assim o déficit quantitativo deste profissional, o que sobremaneira comprova o comprometimento e a sobrecarga de trabalho que a ausência deste profissional de nível superior acarreta, tendo em vista, os limites que são imposto para se atender a demanda da cobertura das populações⁵.

Há também que se considerar a resolução nº 146, de 01 de junho de 1992, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que determina que em todos os estabelecimentos de saúde onde haja atividades de enfermagem, deve ter obrigatoriamente enfermeiro para assumir a responsabilidade técnica⁶. Quanto à constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o enfermeiro vem ocupando posição estratégica cabendo-lhe, na maioria das vezes, a responsabilidade de ser membro executor, com dedicação de, pelo menos, quatro horas diárias de atividades.

No que se refere especificamente aos estabelecimentos de saúde, de acordo com o Anuário Estatístico de 2002, Mato Grosso conta com 1137 estabelecimentos de assistência à saúde, entre Hospitais, Postos de Saúde, Centros de Saúde, Policlínicas e Ambulatórios nos hospitais e no Pronto Socorro. Desta forma, o desafio é capacitar enfermeiros em um número que atenda à demanda do cuidado à saúde em Mato Grosso, bem como atuar no controle de infecções.

AMBIENTE DE TRABALHO: RISCOS BIOLÓGICOS E O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Os microorganismos estão presentes em qualquer local: no meio ambiente, no corpo humano e no seu interior. Sabe-se que a maioria deles são inofensivos, ou até benéfica para o corpo humano; entretanto, outros podem provocar doenças (patógenos). E, muitos deles, potencialmente causadores de doenças podem estar dispersos no ambiente hospitalar.

Quando trabalha-se em um hospital, pode-se estar exposto aos patógenos existentes nos clientes e no ambiente. Ao cuidarmos de vários clientes, podemos propagar microorganismos de um para outro ou dele para o ambiente, caso não utilize-se medidas de segurança biológica. Estas consistem em medidas que proporcionam adequada proteção das pessoas, tanto dos clientes quanto dos profissionais de saúde, contra os microorganismos patogênicos. Tais medidas são de fundamental importância para o controle de infecções dentro do ambiente hospitalar.

Com freqüência são publicados relatos de trans-

missão e surtos de infecções em trabalhadores da saúde, provando que eles podem transmitir ou adquirir doenças em função do trabalho e até mesmo transmitirem para pessoas de sua família e outras pessoas.

Retomando, sabe-se que todo ser vivo necessita de se alimentar, para crescer e se reproduzir. Todo ser vivo tem necessidade de conviver uns com os outros, de habitar em comunidade com outras espécies que lhes servem de alimento, de proteção ou que lhes auxiliem em sua reprodução. Em cada ambiente, existem cadeias alimentares, formadas por diferentes espécies, nas quais umas constituem o alimento de outras. A destruição de um dos elementos dessas cadeias alimentares pode levar ao desequilíbrio entre as espécies.

A reprodução das espécies depende igualmente de relações que elas estabelecem entre si. Partindo-se desta premissa, observa-se que os indicadores de danos à saúde aos trabalhadores expostos a ambientes de riscos biológicos, entre eles os Hospitais, está intrinsecamente ligado às condições e/ou situações em que este trabalho se desenvolve nas relações de contato, convívio ou de trocas.

Dentre os indicadores biológicos alguns podem tomar-se agentes infecciosos. Assim, as bactérias, os vírus, os fungos e outros microorganismos que estão em todas as partes: sobre a roupa, sobre a pele humana, no intestino, nas plantas, na água, no solo, podem ser nocivos. Todavia, das milhares de espécies que existem, somente algumas são patogênicas, isto é, somente algumas são capazes de provocar doenças/infeções.

Com relação aos microorganismos, não há uma separação entre aqueles que são maléficos ou benéficos. Desta forma, muitas das bactérias que habitam normalmente o nosso corpo (boca, faringe e tubo digestivo), inclusive algumas causadoras de doenças, só as provocarão no caso de diminuição da resistência ou quando as barreiras que protegem o corpo são quebradas.

Daí a importância de prevenir os riscos a que são expostos os trabalhadores de saúde cotidianamente, em suas atividades de trabalho. A legislação já prevê àqueles que exercem atividades em área de risco, especificamente em risco biológico, que se caracteriza pela presença da insalubridade – riscos de danos à saúde do trabalhador, a existência da realização de exames de saúde preventivos, a cada seis meses. (NR-8 Mtb).

Ao identificar-se a presença da insalubridade por

risco biológico nos ambientes de trabalho, torna-se essencial averiguar a porta de entrada destes agentes em no organismo das pessoas presentes neste ambiente. Deve-se examinar a pele, cuja flora microbiana é constituída por microorganismos residentes e transitórios, mucosas, os cílios, a lágrima e a saliva⁷.

Isto é importante, pois os trabalhadores da saúde podem se tornar potencialmente disseminadores de microorganismos, e consequentemente de infecção hospitalar, caso estejam com suas barreiras fisiológicas comprometidas.

Existem alguns fatores que são importantes para a determinação de medidas de controle de infecção. São eles, a ubiquidade dos agentes infecciosos no ambiente, ou seja, sua presença em todo o ambiente; a propensão dos agentes infecciosos em invadir o interior fisiológico do organismo e a potencialidade desse agente em produzir efeitos fisiopatológicos; e, ainda, a adaptabilidade dos agentes infecciosos às circunstâncias ambientais e às novas formas de diagnóstico e tratamento. Portanto, há necessidade de excluir a presença ou controlar o crescimento dos agentes infecciosos, de forma a permitir o restabelecimento do cliente.

A complexidade do ambiente hospitalar contribui de diversas maneiras para que a ocorrência de infecções, o que mostra a necessidade de ações específicas em certas áreas hospitalares, consideradas de importância crítica por suas peculiaridades, tais como:

- a) A UTI, por concentrar clientes com defesas orgânicas comprometidas, muitos deles infectados, submetidos a procedimentos invasivos e em uso de antibióticos, que representam um provável reservatório de microorganismos resistentes;
- b) a farmácia, por concentrar materiais e medicamentos que serão utilizados por todos os clientes, requer um rigoroso controle, sobretudo de medicamentos endovenosos, em especial as soluções para nutrição parenteral;
- c) o centro cirúrgico, por ser o local de ocorrência das intervenções cirúrgicas, que certamente provocarão quebra da resistência orgânica e que poderão propiciar a entrada de microorganismos e a ocorrência de infecção;
- d) a lavanderia e o manuseio de roupas em geral pode permitir a contaminação, por microorganismos contidos em secreções, sangue ou sujeira em geral;

- e) o serviço de nutrição e dietética, em especial a cozinha e o lactário, pela possibilidade de contaminação alimentar, durante o preparo, manuseio, cozimento e refrigeração;
- f) outras áreas, como banco de sangue, hemodiálise, laboratório, pronto-socorro, radiologia, ambulatório, central de material esterilizado, serviço de limpeza, que pelas suas características diversas, se mostram como espaço para contaminação e infecção.

Na Rede básica de atendimento à Saúde não é diferente, pois pode-se encontrar ambientes insalubres, tais como sala de curativo, sala de preparo e esterilização de materiais, sala de vacinas, e até o próprio consultório, dependendo do tipo de atendimento à saúde realizado. Mais preocupante ainda é o destino dos resíduos sólidos de saúde produzidos nessas unidades, como também o tratamento das roupas utilizadas (lençóis, principalmente).

É importante ressaltar que a responsabilidade pela prevenção e controle da infecção implica em rigorosa atenção a todas essas áreas. Entretanto, apesar de não haver registros, sabemos que em hospitais do interior do estado as condições de trabalho nem sempre são as ideais. Observa-se muito improviso, tais como a utilização de lavadoras de roupa de uso doméstico nos hospitais, com secagem das roupas em local pouco adequado, carroças para transportar resíduos de serviços de saúde e queima dos mesmos, por não existir locais adequados de descarte desse tipo de material. Deste modo, o controle de infecção hospitalar nos municípios do interior do estado torna-se mais um desafio para a enfermagem. Os riscos biológicos, os ambientes insalubres precisam ser identificados e controlados.

A ARQUITETURA HOSPITALAR E O CONTROLE DAS INFECÇÕES

O dimensionamento e construção de espaços para o atendimento à saúde são importantes na arquitetura contemporânea. Nos projetos arquitetônicos devem absorver os avanços dos conhecimentos das ciências da saúde, da tecnologia hospitalar, sem deixar de proporcionar ambientes mais humanos para a pessoa a ser atendida.

Para o controle da infecção hospitalar deve-se considerar os dois componentes técnicos, que são indispensáveis e complementares. Um, o de procedimentos nos hospitais, em relação a pessoas, utensílios,

roupas e resíduos e outro, o arquitetônico dos hospitais, referente a uma série de componentes, tais como: padrões de circulação, sistemas de transporte de materiais, equipamentos e resíduos sólidos, sistemas de renovação e controle do ar, facilidades de limpeza das superfícies e materiais e instalações para a implementação do controle de infecções.

O papel da arquitetura dos estabelecimentos assistenciais de saúde na prevenção das infecções hospitalares pode ser entendido em seus aspectos de barreiras, proteções, meios e recursos físicos, funcionais e operacionais, relacionados a pessoas, ambientes, circulações, práticas, equipamentos, instalações, materiais e fluidos.

Sendo o controle da infecção hospitalar fortemente dependente de condutas, as soluções arquitetônicas passam a admitir possibilidades tradicionalmente a elas não reconhecidas, por contribuírem apenas parcialmente ao combate dessa moléstia. Contudo, existem características ambientais dos estabelecimentos assistenciais de saúde que auxiliam nas estratégias contra a transmissão de infecções adquiridas em seu recinto.

Para se construir um estabelecimento assistencial de saúde, o Ministério da Saúde recomenda a realização de um estudo preliminar, quanto à localização do mesmo; a definição e zoneamento de suas unidades e ambientes funcionais (áreas críticas, semi-críticas e não críticas), segundo a sensibilidade a risco de transmissão de infecção; a previsão das circulações, quanto a elementos limpos e sujos.

O projeto básico, deve ser o mais completo possível, atentando-se para as barreiras físicas, dentre estas os vestiários, os compartimentos destinados à realização de procedimentos assépticos, os banheiros nos compartimentos destinados ao preparo e cocção de alimentos, e nos de processamento de roupas, o fluxo e área destinada ao processamento de roupas, os quartos privativos de isolamento, os fluxos de trabalho, dentre outros. Do mesmo modo, a distribuição da água também é importante, com adequada construção de reservatórios, preferencialmente duplos para facilitar reparos ou limpeza; a colocação de lavatórios adequados nos locais de manuseio de insumos, medicamentos, alimentos; rede de esgotos com previsão do uso de ralos com sifões em todas as áreas “molhadas” dos estabelecimentos assistenciais de saúde e a localização das salas de utilidades de forma que recebam material contaminado da unidade, as roupas sujas antes de serem recolhidas, e possibilitem o des-

pejo de resíduos líquidos contaminados sem afetar outras áreas ou circulações.

Ainda é recomendado o acabamento das paredes e pisos laváveis e resistentes aos desinfetantes hospitalares. Os forros nas áreas críticas devem ser contínuos, sendo proibidos os forros falsos e removíveis. Não deve ser esquecido que os elevadores e montacargas necessitam de dimensionamento suficiente para que os carros de coleta caibam nos mesmos. A renovação de ar em áreas críticas também não deve ser esquecida. Enfim, a arquitetura hospitalar tem um papel importante na prevenção e controle das infecções hospitalares.

AS INICIATIVAS PARA O CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES NO ESTADO DE MATO GROSSO

O Controle da Infecção Hospitalar é ainda um grande desafio para os profissionais de saúde do estado de Mato Grosso. Várias tentativas foram feitas para implementar os Programas de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do Estado. Entretanto, aliado ao querer, necessário se faz ter condições para sua efetivação. Após a publicação da Portaria 2616/GM/1998, a Secretaria de Estado da Saúde envidou esforços para implantar e implementar o Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (PECIH)⁸.

Neste ano, 1998, a Secretaria de estado da Saúde de Mato Grosso realizou dois cursos básicos sobre controle de infecção, em dois módulos de 40 horas cada um, para profissionais da saúde de todo o estado. Estes receberam a incumbência de se tornarem multiplicadores. Os mesmos eram oriundos dos pólos regionais de saúde, de hospitais públicos, do próprio nível central da secretaria, dentre outros. Nos pólos, deveriam assumir a implantação das comissões na região de sua abrangência. Entretanto, esta não era sua única função no pôlo, o que dificultou a execução das ações previstas e, aliada a esta, um outro grande desafio: sensibilizar os gestores e os profissionais de saúde atuantes nos municípios para a problemática das infecções hospitalares e do seu controle e estarem colaborando na implantação das CCIH's nos Estabelecimentos Assistencias de Saúde.

Apesar dos esforços, apenas em alguns pólos foi possível instituir tais Comissões, após a realização de cursos sobre o assunto nos municípios de abrangência, ministrados pelos multiplicadores locais

e técnicos do nível central. Destaca-se a atuação da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Cuiabá, que após oferecer tal curso, conseguiu que a maioria dos hospitais implantassem as CCIH's. Ainda, a referida secretaria organizou um Grupo de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar, composto por profissionais de saúde, em sua maioria enfermeiros, atuantes como membros executores responsáveis pelas CCIH's dos Estabelecimentos Assistencias de Saúde do município, da rede básica de atendimento do Sistema Único de Saúde. Este grupo se reúne periodicamente, discutindo temas de interesse do grupo.

Através desta estratégia, houve motivação, com o encaminhamento periódico das taxas de infecção hospitalar, principalmente dos hospitais. Também foi possível a implementação dos Programas de Controle de Infecção de cada hospital, bem como, a elaboração de um Regimento Interno. Este grupo iniciou suas atividades no ano de 2000, mantendo-se até os dias atuais, apesar de ter havido certo esvaziamento nas últimas reuniões.

Desta iniciativa, decorreram alguns eventos, dentre eles, campanhas de esclarecimento e divulgação sobre as ações de controle de infecção hospitalar e a sua importância par a qualidade do atendimento à saúde, e um workshop sobre lavagem das mãos, com participação maciça de profissionais e acadêmicos da área da saúde, na sua maioria, da enfermagem.

A Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH), neste período, realizava reuniões periódicas, buscando nortear as ações pertinentes ao controle de infecção. Atualmente esta Comissão, devido à mudança de governo, encontra-se em processo de reestruturação, visando à implementação e otimização de suas ações. Por estar a algum tempo desativada, não existem dados disponíveis mais recentes a serem publicados.

Conforme informações do Coordenador de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, também coordenador da CECIH, no mês de outubro de 2003, foi realizado o segundo Curso de Controle de Infecção Hospitalar do estado, com o objetivo de capacitar multiplicadores. Dele participaram profissionais dos Escritórios Regionais de saúde (antigos Pólos Regionais), Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema único de Saúde, técnicos do nível central da Coordenadoria de Vigilância Sanitária, membros executores da CECIH, dentre outros.

O atual Plano Estadual de Controle de Infecção

Hospitalar contempla ações que visam à redução dos índices de infecção nos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde, capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento ao usuário, redução dos riscos ocupacionais no ambiente hospitalar e análise das doenças emergentes no Estado.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM FRENTE AS DIMENSÕES DA PROBLEMÁTICA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Diante do contexto supracitado, percebe-se que os desafios são grandes, mas as perspectivas são bastantes promissoras. Os profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, são importantes diante desse desafio, devendo se tornar os articuladores e motivadores dos saberes e fazeres relacionados ao controle de infecção.

Desenvolver estudos que possibilitem avanço de um tema tão complexo num meio geofísico também tão complexo, é uma necessidade urgente. Para tanto, pretende-se que o presente artigo desperte para a realidade de saúde do Estado de Mato Grosso, especialmente quanto aos riscos de infecções hospitalares que se vive complemente os procedimentos tanto técnico quanto científicos, para a saúde individual e coletiva do trabalhador em Enfermagem, a fim de instrumentalizá-los com procedimentos qualitativos que incremente à qualidade de vida no trabalho.

Por outro lado, espera-se que os gestores dos serviços da CCIH, reflitam acerca da problemática das infecções hospitalares e que levem em consideração a diversidade dos contextos naturais/culturais da região de Mato Grosso. É uma realidade que se mostra a todo instante o quanto é diversa e plural em determinantes sociais comprometidos como Mercado de trabalho em Saúde em toda sua dimensionalidade.

Neste sentido, o profissional de saúde, enquanto facilitador, deverá identificar os riscos e direcionar sua atuação para o indicador do risco correspondente, melhorando as práticas cotidianas de controle da infecção hospitalar.

Os profissionais da saúde devem ser facilitadores

e aqueles que dentro de seus campos de formação busquem a compreensão dos problemas da realidade, abrindo-se a novos rumos. Profissionais que permitam-se ousar, no sentido amplo da palavra, com novas formas metodológicas, no intuito de contribuir para a possibilidade de interação de diferentes disciplinas e procurar na racionalidade do pensamento científico junto de uma razão sensível que melhore as práticas profissionais cotidianas, neste caso, aquelas relacionadas ao controle de infecção.

É importante estar “linkado” nas situações momentâneas e individuais em que o risco emerge, estar comprometido com a ética e estética em que as relações se constituem, quando ao encontro das situações diversas que envolvem esta atividade e/ou tarefa de trabalho. Sabe-se que os riscos estão presentes, mas nem sempre são identificados. Existem os mesmos agentes causadores de risco biológicos que são encontrados em outras regiões brasileiras, porém, por ser uma região que agrupa três ecossistemas, haverá maior susceptibilidade a indicadores ainda desconhecidos.

REFERÊNCIAS

- 1 Pelczar JRMJ, Chan ECS, Krieg NR. Microbiologia: conceitos e aplicações. 2^a ed. Local: Makron Books; 1996.
- 2 Prade SS, Felix J, Mendes A, Godelha MZ, Pereira M. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares. Rev Control Infec Hosp 1995; 2(2): 11-23.
- 3 Miranda JCR. As novas tecnologias no processo de reestruturação dos indicadores econômicos. São Paulo: UNICAMP; 1991.
- 4 Mato Grosso (MT). Anuário MT. [online] [citado 2003 Dez 03]. Disponível em: URL: <http://www.mt.gov.br>.
- 5 Conselho Regional de Enfermagem(MT) Banco de dados do CREN/MT. Registro Profissionais. Mato Grosso: O Conselho; 2003.
- 6 Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 146 de 01 de junho de 1992. Brasília: O Conselho; 1992.
- 7 Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
- 8 Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 maio de 1998. Seção I.