

ARTIGO REFLEXIVO

INFECÇÕES RELACIONADAS AO CUIDAR EM SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS
IN THE CONTEXT OF PATIENT SAFETY: PAST, PRESENT AND FUTURE

INFECCIONES RELACIONADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
EN EL CONTEXTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Adriana Cristina Oliveira¹
Adriana Oliveira de Paula²

¹Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Adriana Cristina Oliveira. E-mail: adrianaoliveira@gmail.com
Submetido em: 27/03/2012 Aprovado em: 12/12/2012

RESUMO

Neste ensaio teórico, buscou-se discutir os marcos históricos na área da infecção relacionada à assistência em saúde (IRAS), contextualizar a interface entre a infecção relacionada ao cuidar em saúde e a segurança do paciente, além de apontar os desafios e as perspectivas para a área de segurança do paciente. Destaque-se que a abordagem multifatorial para o controle das IRAS pode ser favorecida por meio da vigilância contínua e efetiva da infecção, da monitoração da higienização de mãos e de recursos para a adesão às precauções, enfatizando o comportamento individual e coletivo. Reafirma-se a responsabilidade de cada um, com vista à segurança do paciente na estratégia “Tolerância zero” (resposta aos comportamentos e práticas inseguras que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais). Contribui-se, assim, para a reflexão dos profissionais sobre a corresponsabilização na qualidade das práticas individuais, coletivas e institucionais, bem como para um “novo olhar” sobre o fazer, o pensar e o agir. **Palavras-chave:** Infecção Hospitalar; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

In this theoretical paper it was aimed to discuss the landmarks in the area of healthcare associated infections (HAI), contextualize the interface between healthcare associated infections and patient safety, besides to identifying the challenges and prospects for the area of patient safety. It should be noted that the multifactorial approach for the control of HAIs can be facilitated through effective monitoring of the infection, the hand hygiene and resources for adherence to precautions, emphasizing the individual and collective behavior. Reaffirm the responsibility of each individual, concentrating on patient safety strategy “Zero Tolerance” (replying to unsafe behavior and practices that endanger patients and professionals’ health). Thus, contributes to the reflection of the professional-responsibility on the quality of individual, collective and institutional practices, as well as a “new look” on doing, thinking and acting.

Keywords: Cross Infection; Patient Safety; Quality of Health Care.

RESUMEN

En este trabajo teórico se ha buscado discutir los hitos en el área de infecciones relacionadas a atención de la salud, contextualizar la interfaz entre dichas infecciones y la seguridad del paciente, además de señalar los retos y perspectivas en el área seguridad del paciente. Cabe señalar que el enfoque multifactorial para el control de infecciones relacionadas con el cuidado de la salud puede ser facilitado mediante el control eficaz de las infecciones, control de higiene de las manos y de recursos para el cumplimiento de las precauciones, haciendo hincapié en el comportamiento individual y colectivo. Reafirmamos la responsabilidad de cada uno con miras a la seguridad del paciente en la estrategia “Tolerancia Cero” (respuesta a la conducta y prácticas inseguras que ponen en peligro la salud de pacientes y profesionales). Se contribuye así a la reflexión sobre la responsabilidad de los profesionales en la calidad de las prácticas individuales, colectivas e institucionales y también a echar una “nueva mirada” en el hacer, pensar y actuar.

Palabras clave: Infección Hospitalaria; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

A infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) têm merecido destaque e atenção como um importante problema de saúde pública há vários séculos, correspondendo a um dos mais prevalentes eventos adversos que acometem os pacientes durante o cuidado assistencial.¹

O limite da busca pelo cuidado de melhor qualidade e a segurança do paciente vem tangenciando a história de forma tímida, seguindo diferentes denominações até os dias atuais. Contudo, com base nos resultados de pesquisas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que a qualidade do cuidado e a segurança do paciente constituem uma única vertente. Ou seja, a ocorrência dos eventos adversos é reconhecida como uma falha na segurança do paciente, podendo ocorrer entre 5% a 17%, dentre os quais 60% podem ser preveníveis. Assim, a segurança do paciente deve ser vista como um conjunto de estratégias/intervenções capazes de prevenir/reduzir o risco de dano ao paciente decorrente do cuidado de saúde.²

Baseando-se nessas considerações e nas sérias consequências desses eventos adversos é que se decidiu revisitar a história do cuidado em diferentes recortes, refletindo sobre duas importantes questões: Quando começou a preocupação com os danos decorrentes do cuidado prestado ao ser humano? O controle de infecção associada ao cuidar em saúde atende aos pressupostos da segurança do paciente?

Esta análise e esta reflexão justificam-se pelo fato de que complicações decorrentes da assistência têm sido repetidamente registradas ao longo da história do cuidado ao ser humano. Com isso, reconhece-se que a ampliação desta denominação *qualidade do cuidado e segurança do paciente* não constitui uma preocupação recente, mas, sim, uma inquietação dos profissionais e pesquisadores de forma bastante anterior a esta proposição.

Assim, objetiva-se discutir os marcos históricos na área da infecção relacionada à assistência em saúde, contextualizar a interface entre a infecção e a segurança do paciente e apontar os desafios e perspectivas para a área de segurança do paciente.

Diante de tais ponderações, propõe-se um ensaio teórico pela sua característica de ser problematizador, antidogmático e reflexivo sem, no entanto, dispensar o rigor lógico-metodológico com coerência de argumentação e o espírito crítico.³ Nesse contexto, discorre-se sobre os dois aspectos fundamentais, pilares da qualidade assistencial: a preocupação com os danos decorrentes do cuidado em saúde e a interface entre a infecção relacionada ao cuidar em saúde e a segurança do paciente, discutindo os desafios vivenciados no passado e no presente, projetando o futuro e repensando ideias e ações, de forma a possibilitar um “reolhar” sobre a prática assistencial.

A perspectiva de trazer à tona uma reflexão sobre uma prática ética e segura dos profissionais, instituições e, sobre-

tudo, o compromisso com uma assistência de qualidade prestada aos pacientes é que motivaram a análise desses aspectos relevantes dos atuais desafios e limitações para a segurança do paciente.

Almeja-se, ainda, possibilitar aos profissionais de saúde uma nova percepção sobre o assistir, a interpretação dessa realidade que nos cerca, as limitações, o nosso pensar, agir e, principalmente, a compreensão da necessidade de responsabilização pela qualidade das práticas individuais, coletivas e institucionais.

A PREOCUPAÇÃO COM OS DANOS DECORRENTES DO CUIDADO EM SAÚDE: MARCOS HISTÓRICOS

Se nos questionarmos sobre quando começou a preocupação com os danos decorrentes do cuidado prestado ao ser humano, provavelmente, poderemos alcançar várias respostas, dependendo do momento histórico em que nos fundamentamos.

Para tal, neste ensaio, com a premissa de que vários recortes históricos poderiam ser feitos para dar início a esta discussão, optou-se pelas iniciativas de Semmelweiss, por volta de 1847, dado seu forte impacto no cuidado em saúde à época e até os dias atuais, trazendo à tona uma questão que ainda assola os estabelecimentos de cuidados a saúde: as infecções a eles relacionadas.⁴

Semmelweiss, de forma empírica, sem conhecimento da teoria microbiana ou de qualquer forma de transmissão de doenças, pelo método dedutivo, verificou, baseando-se várias hipóteses, que a taxa de morbidade e mortalidade entre mulheres atendidas pelos estudantes de medicina era maior do que entre aquelas atendidas pelas parteiras. A seguir, observou que a diferença no cuidado estava relacionada ao fato de que os estudantes de medicina se dirigiam diretamente da sala de autópsia para as salas de partos, sem nenhum cuidado com as mãos após manipulação de vísceras das pacientes que haviam falecido em decorrência da febre puerperal, o que não ocorria com as parteiras, pelo fato destas não frequentarem as salas de necropsia.^{4,5}

Baseado nesses fatos, o médico húngaro considerou, pela primeira vez, que a febre puerperal era causada por “partículas cadavéricas”, transmitidas pelas mãos dos estudantes e médicos.^{6,7} Assim, desde a era Semmelweiss, a grande preocupação com a busca das causas relacionadas à alta mortalidade puerperal decorrentes do cuidar em saúde ganhou maior evidência.⁴

A notoriedade de Semmelweiss, que passou a ser conhecido como o Pai da Epidemiologia, se deve, em parte, à implementação de algumas ações reconhecidas como as primeiras iniciativas visando à segurança do paciente, tais como a obrigatoriedade da lavagem de mãos antes do contato com as pacientes, pela colocação de uma bacia na entrada da enfermaria, e a fervura dos instrumentais.⁴

Iniciativas também podem ser encontradas, quase que de forma paralela, atribuídas à enfermeira inglesa Florence Nithingale, por volta de 1865, quando, durante a guerra da Crimeia, instituiu o cuidado com os pacientes, como a higiene, limpeza do ambiente, alimentação, registro estatístico das principais causas de óbito, dentre outros, reconhecendo que o hospital não deveria causar danos ao paciente, mas, sim, prover a melhor atenção e cuidado visando ao seu pronto restabelecimento.⁸

Assim, ao caminhar pela história, vários outros episódios chamam atenção, como a descoberta da teoria microbiana e com ela as formas de transmissão das doenças; a descoberta dos antimicrobianos; enfim, um importante avanço no conhecimento científico que impulsionou a adoção de novas tecnologias e intervenções como a assepsia, a antisepsia, desinfecção, a esterilização, a antibioticoterapia e..., então, uma pausa.

Com a descoberta dos antimicrobianos notou-se um período de grande euforia ao se pensar que as infecções haviam sido controladas. Com isso o uso abusivo dessas drogas era frequentemente observado. Nesse contexto, imediatamente ao seu uso, registrou-se o início da resistência bacteriana nos Estados Unidos, propagando-se rapidamente para Europa e para os demais continentes.⁹⁻¹¹

A partir de 1960, eram cada vez mais fortes as recomendações para a criação das comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH), visando à notificação, ainda que voluntária, dos casos de infecção e o estabelecimento de diretrizes para procedimentos de desinfecção e esterilização, monitorização da contaminação ambiental e detecção dos profissionais portadores do *Staphylococcus aureus*, e, sobretudo, a adoção dos métodos de vigilância e implementação das atividades educativas.

A resistência microbiana passou a ganhar maior visibilidade em todo o mundo, constituindo um grave problema de saúde pública, principalmente quando associada à ocorrência das IRAS. A seriedade da questão é reconhecida amplamente quando se relaciona sua ocorrência à capacidade dos microrganismos, especialmente bactérias, de crescerem em laboratório (*in vitro*), em uma concentração de antimicrobiano que habitualmente não causaria toxicidade em níveis séricos no organismo humano, mas que seria suficiente para inibir o crescimento daqueles microrganismos sensíveis.¹²

Com a rápida evolução da resistência bacteriana em todo o mundo, observou-se uma limitação importante dos antibióticos disponíveis para tratar os pacientes com infecções relacionadas à assistência em saúde, dado o surgimento de novos mecanismos de resistência dos microrganismos à ação letal dos agentes antimicrobianos mais comumente utilizados. Com isso, notou-se o aumento dos casos de contaminação, complicações associadas, bem como da mortalidade relacionada a esses microrganismos nos casos das IRAS.

Nesse contexto, registrou-se um ou o primeiro processo judicial associado à qualidade assistencial, quando um jovem de 18 anos quebrou a perna durante uma partida de futebol. Ao dar entrada e ser atendido no Charleston Memorial Hospital foi diagnosticado com fratura da perna. Após os primeiros atendimentos, imobilização da perna com gesso o jovem começou a se queixar de dor e odor na perna imobilizada, queixas estas que não foram consideradas, tendo alta hospitalar. Como não sentia melhora de suas queixas, ao procurar outro hospital, teve sua perna amputada por necrose e infecção secundária. Esse caso foi reconhecido pelo processo movido e pelo ganho de causa do paciente, deixando claro o impacto do evento adverso decorrente do cuidado em saúde.¹¹

Diante desse fato, a Associação Americana de Hospitais recomendou com muito mais ênfase a criação das CCIH nos hospitais americanos de forma interessante, percebendo-se que essas primeiras sugestões traziam como pano de fundo não apenas uma comissão visando à melhoria do cuidado de saúde, mas, especialmente, atuando de forma a minimizar/reduzir o risco de processos judiciais nos hospitais americanos.

Dessa forma, a história do controle de infecção iniciou-se de forma consistente, mesmo que diferenciada para cada realidade.

No Brasil, as primeiras iniciativas começaram a acontecer na década de 1970, quando o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) propôs a criação da CCIH nos hospitais a ele credenciados. Entretanto, somente em 1984, com a morte do então presidente recém-eleito, Tancredo de Almeida Neves, relacionada a uma infecção cirúrgica, é que a primeira legislação sobre o tema veio a público. De forma discreta e pouco incisiva, algumas portarias foram promulgadas, reconhecendo a infecção hospitalar como evento indesejável, reafirmada também na Portaria em vigência nº 2.616, de 12 de maio de 1998.¹³

A morte do presidente trouxe, sem dúvida, maior visibilidade ao tema. A mídia e a sociedade passavam a voltar sua atenção para os cuidados prestados, até então, somente nas instituições hospitalares. Começaram a chamar atenção a importância do treinamento para os profissionais de saúde e um destaque para critérios diagnósticos e metodologia de vigilância ativa dos pacientes.

Com isso, mesmo que indiretamente, as bases do cuidar estavam começando a se consolidar com ações fundamentais para a segurança do paciente e, principalmente, a minimização da ocorrência dos eventos adversos.

Começou-se a assistir, de forma cada vez mais frequente, às denúncias sobre erros médicos; pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos equivocados; esquecimento de instrumental cirúrgico em cavidades; troca de pacientes pela não identificação deles antes do procedimento; administração inadvertida de medicamentos letais simplesmente pela semelhança da aparência levando à morte, principalmente de crian-

ças; enfim, uma série de falhas que antes não eram divulgadas passou ser veiculada nas principais manchetes dos jornais e da mídia em geral.

Assim, a OMS passou a prestar atenção nessas ocorrências e iniciou o movimento de campanhas, propostas e sugestões aos países membros, de forma a socializar o problema, a buscar de soluções e compartilhar objetivos comuns, visando à segurança do paciente. A questão passou a ser tratada como alta prioridade na agenda política dos países membros.

A INTERFACE ENTRE A INFECÇÃO RELACIONADA AO CUIDAR EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A magnitude do problema para a OMS tem como pano de fundo resultados do relatório do Institute of Medicine (EUA), que aponta que o número de infecções relacionadas a assistência em saúde é inaceitavelmente alto – 1,4 milhão de pessoas adquire infecções anualmente, sendo que, nos países em desenvolvimento, o risco pode ser quatro vezes maior; 4% dos pacientes sofrem algum tipo de dano no hospital; 70% dos eventos adversos provocam uma incapacidade temporal e 14% dos incidentes são mortais.¹⁴

Diante disso, a OMS propôs, em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, estabelecendo seis metas internacionais, descritas a seguir:

- identificação do paciente;
- comunicação efetiva;
- segurança de medicamentos de alta vigilância;
- cirurgia certa, no local certo e paciente correto;
- redução do risco de lesões decorrentes de queda;
- redução do risco de infecção associada ao cuidado de saúde.

O conjunto dessas metas visa favorecer a segurança do paciente, independentemente do procedimento a ser realizado, variando desde a identificação do paciente na administração de um medicamento, realização de uma cirurgia, até a notificação de eventos adversos, como as quedas e infecções associadas ao cuidar em saúde, visando à análise das causas desses eventos de forma a minimizar-lhes a ocorrência.¹⁴

Analisando-se especificamente a meta redução do risco de infecção associada ao cuidar de saúde, é possível encontrar três desafios globais instituídos de forma a focar alguns dos eventos adversos mais comumente a elas associados tais como as campanhas: *Salve vidas: higienize suas mãos*, *Cirurgias seguras salvam vidas* e *Resistência antimicrobiana: uma prioridade*.¹⁴

As metas e os desafios propostos alteram nossa ideia de que o controle das infecções é a linha primária no aspecto assistencial, passando esta a ser contemplada como um dos itens do pro-

grama *segurança do paciente*. Com isso, podemos refletir que já não é mais cabível a denominação isolada de infecção associada ao cuidar em saúde para dar conta da tarefa prevenção de riscos ao paciente, mas, sim, que passemos a vê-la como um importante aspecto de um todo, denominado *segurança do paciente*, ou seja, a proposta da OMS é de integrar ações visando à segurança do paciente que possam impactar também na redução da IRAS.¹⁵

Na verdade, a IRAS é um crescente problema internacional, seja pelo fato de encontrarmos pacientes mais graves, com maior sobrevida, seja, ainda, pela baixa adesão dos profissionais de saúde às recomendações de biossegurança, como higiene de mão, uso de técnicas assépticas na implantação de dispositivos invasivos, levando a disseminação de microrganismos resistentes no ambiente de cuidado a saúde, dentre outros.^{16,17}

A estratégia da OMS por meio dos desafios globais é apoiar os países na implementação de ações que busquem a redução da mortalidade, o fortalecimento das competências básicas de saúde dos prestadores de cuidados para gerenciar os cuidados essenciais de emergência e cirúrgica.¹⁵

Para tanto, os principais componentes da estratégia incluem apoio ao desenvolvimento das políticas nacionais, educação e a formação de prestadores de cuidados de saúde, que constituem os principais desafios atualmente, para que se possa, assim, colocar em prática a estratégia “Tolerância zero”, como uma resposta aos comportamentos e práticas inseguras que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais.¹⁸⁻²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente constitui uma temática que passa os fatos passados que desafiaram os pesquisadores e permanecem nos desafiando nos dias atuais, e, possivelmente, mesmo sob outros avanços da ciência, poderão continuar desafiando pesquisadores no futuro.

Para garantir uma assistência de qualidade, o profissional da área da saúde deve ter uma visão holística do cuidado, tendo a segurança do paciente como foco e contemplando aspectos referentes não somente ao cuidar, mas também ao educar e pesquisar. Nesse sentido, o controle de infecções relacionadas à assistência em saúde não deve ser encarado de forma isolada, mas no contexto da garantia de uma assistência de qualidade e, conseqüentemente, da segurança do paciente.

A educação, o treinamento dos profissionais e a realização de pesquisas sobre o tema favorecerão a divulgação da cultura da segurança do paciente, com vista a reduzir ao máximo os eventos adversos e, conseqüentemente, as práticas inseguras que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais. Ou seja, ao se falar em segurança do paciente reafirma-se a necessidade de mudança de comportamento por parte dos profissionais como um aspecto essencial.

REFERÊNCIAS

1. Tenover FC. Mechanisms of antimicrobial resistance in bacteria. *Am J Infect Control*. 2006 Jun; 119(Suppl 1):34: s3-10.
 2. World Health Organization. Patient safety research. França: WHO; 2009. 16p.
 3. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(1): 95-9.
 4. Pittet D, Boyce JM. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. *Lancet Infect Dis*. 2001 Apr; 1: 9-20.
 5. Anvisa. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília: Anvisa; 2009. 100p.
 6. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005; 26(11): 891-4.
 7. Czeresnia D. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2001; 8(2): 342-56.
 8. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(6):723-6.
 9. Decker MD, Schaffner W. Changing trends in infection control and hospital epidemiology. *Infect Dis Clin North Am*. 1989; 3(4): 671-82.
 10. Tavares W. Bactérias gram-positivas problemas: resistência do estafilococo, do enterococo e do pneumococo aos antimicrobianos. *Rev Soc bras Med Trop*. 2000; 33(3): 281-301.
 11. Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
 12. CLSI. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Document M100-S19. Wayne, PA.: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2009. 156 p.
 13. Brasil Ministério da Saúde. Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998. D.O.U Dispõe a respeito do controle da infecção hospitalar. Brasília: MS,1998.
 14. World Health Organization. World Alliance for patient safety: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneva: WHO; 2008. 28p.
 15. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward programme –2008-2009. Geneva: WHO, 2008. 80p.
 16. Ritchie DJ, Alexander BT, Finnegan PM. New antimicrobial agents for use in the intensive care unit. *Infect Dis Clin North Am*. 2009; 23(3): 665–81.
 17. Eveillard M, Pradelle MT, Lefrancq B, et al. Measurement of hand hygiene compliance and gloving practices in different settings for the elderly considering the location of hand hygiene opportunities during patient care. *Am J Infect Control*. 2011; 39(4): 339-41.
 18. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *MMWR Recomm rep*. 2002; 51(RR-16):1-45.
 19. Burke JP. Infection control: a problem for patient safety. *N Engl J Med*. 2003; 348(7):651-6.
 20. Oliveira AC. Infecções relacionadas à Assistência em Saúde: desafios para a prevenção e controle. *REME Rev Min Enferm*. 2009;13(3): 445-50.
-