

dois milhões de casos anuais, interessando a 37 milhões de internações. Em realidade, os resultados que se obtinham com programas menos organizados mostraram redução de 6% das IH. Onde não havia programas de controle, as IH aumentaram 18%, com a introdução de novas metodologias invasivas. O programa continua e provavelmente melhores índices de redução já se fazem sentir atualmente. Também não se pode transplantar para a realidade brasileira esses dados, verificados em país do primeiro mundo. Mas, à falta de outros parâmetros, almejar reduzir de um terço as IH no Estado de São Paulo pode ser uma boa meta de trabalho.

A nosso ver, a atuação de uma boa Co-

missão de Controle de Infecção Hospitalar exercerá uma excelente auditoria sobre a qualidade da atividade hospitalar: o controle sobre todos os mecanismos de passagem de germes do meio ambiente ao doente e sobre o trabalho médico-assistencial, no seu todo. A atenção do controle de infecção terá de se voltar também para a possibilidade da atuação boa em relação à comunidade, tendo em vista que se não houver uma compatibilidade entre as possibilidades quantitativas e qualitativas no atendimento, o padrão de atividade médico-hospitalar cairá e altas taxas de infecção resultarão como corolário dessa inadequação.

É um conjunto de medidas que envolve:

1º — a importância do poder público em

propiciar e regular o oferecimento dos serviços de saúde à população;

2º — a excelência em atuação médico-hospitalar;

3º — a normatização e rígida sequência em esquemas de desinfecção e assepsia, em todos os procedimentos, que poderá trazer bom resultado na redução de IH em todos os hospitais;

4º — implementação, execução e aferição periódica dos resultados obtidos no controle de IH.

* Comissão Redatora: Ana Maria Malik; Edna Rodrigues; Frederico José de Barros Corrêa; Graziela Almeida da Silva; Rudolf Uri Hutzler (Coordenador)

* NNIS — National Nosocomial Infection Study
SENIC — Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control

Gepro de Infecção Hospitalar

ADMINISTRAR INFECÇÃO

Informação nº 2

A Administração Hospitalar pode ser considerada, antes de tudo, um exercício de coordenação, em qualquer serviço onde se exerça. Ou seja, trata-se fundamentalmente de colocar para funcionar de maneira razoavelmente harmônica as diferentes partes de um hospital, cuja tendência normal é serem independentes. Naturalmente, a intensidade da necessidade de coordenação é sentida de maneira diferente dependendo da complexidade de cada organização, mas mesmo naquelas mais simples há que se harmonizar pelo menos as áreas voltadas à atividade-fim (ou assistenciais) e aquelas referentes à atividade-meio (ou administrativas).

A coordenação, ou integração, pode ser dada por diversos mecanismos, formais e informais. Assim, o próprio organograma, com agrupamento de áreas afins e com a definição de órgãos de assessoria, conselhos e comissões podem ser um instrumento no sentido de aumentar o grau de envolvimento entre as partes. Ao mesmo tempo, reuniões informais com funcionários para discutir problemas da organização também podem ser consideradas como destinadas ao mesmo fim.

As Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) podem ser facilmente entendidas neste contexto. Afinal, por definição, devem conter representação de di-

“O Administrador e o controle de infecção hospitalar”

ferentes unidades e ficam geralmente ligadas a altos escalões de autoridade, em tese, viabilizando a obtenção de informações e a implantação das medidas propostas.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o Hospital

Como qualquer atividade ou atitude administrativa, a criação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar traz em si uma série de consequências. Estas refletirão, necessariamente, o objetivo envolvido na implantação da unidade. Caso se trate apenas do cumprimento de uma determinação legal, seu funcionamento irá mostrá-lo, mesmo que os membros da CCIH sejam interessados pelo tema e pelo desenvolvimento de suas tarefas.

Não são incomuns as situações em que existem comissões, montadas conforme preconizado, bem organizadas internamente, com acesso a todos os dados que julguem necessários, mas cujas recomendações têm como destino o arquivo de

correspondências. Este tipo de ocorrência acaba gerando a crença de que as comissões são onerosas, pouco eficientes e nada eficazes, além de criarem expectativas e conflitos internos. Existe o outro extremo, de serviços nos quais a Comissão não tem vida organizacional formal mas onde se consegue, às custas do interesse das pessoas, desenvolver atividades no sentido de controlar a infecção. De forma absolutamente maniqueísta foram assim apresentados dois extremos de um mesmo “continuum”, que como sempre não refletem a realidade mas representam eternamente as posições “contra” e “a favor” dos profissionais envolvidos. No fundo, é perfeitamente possível viver sem a Comissão, conviver com ela ou utilizá-la a nível de gestão hospitalar. Tê-la sem vontade política real de vê-la funcionar é desperdício de recursos. Viver sem ela é o que se vê na prática, em grande número de serviços, que têm responsáveis pela área designados no papel e mais nada.

O fato de se tomar firmemente a decisão de constituir uma Comissão deve ser visto como um investimento, que vai gerar custos; no curto, médio e longo prazos, e é impossível não levar este dado em conta. No entanto, tampouco se pode ignorar que este tipo de unidade deve ter resultados organizacionais, alguns mensuráveis e diretamente atribuíveis ao