

Vigilância das Infecções Hospitalares: a negligência e o pânico

Surveillance of Hospital Infections: Neglect and panic

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

Professor Assistente-Doutor, Chefe do Departamento de Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP) São Paulo/SP, Brasil

É comum recordar que os termos “Vigilância Epidemiológica” e “Vigilância à Saúde” se estabeleceram em definitivo durante a campanha de erradicação da varíola.¹ Ao longo do tempo, esses conceitos foram ampliados – algumas vezes de forma contraditória. Mas persistiu um viés, direcionado às doenças agudas, de natureza infecciosa e – em geral – imunopreveníveis. É certo que algumas doenças infecciosas de curso crônico (tuberculose, hanseníase, AIDS) asseguraram seu lugar na agenda das vigilâncias. Outras condições permaneceram à margem. Nesse grupo estão as doenças crônicas não transmissíveis, os riscos químicos e físicos relacionados ao ambiente e as infecções hospitalares.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu o controle das Infecções Hospitalares (IH) - ou, como se prefere chamá-las, Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) – um “item prioritário para países em desenvolvimento”.² De fato, enquanto 5% dos pacientes internados em hospitais norte-americanos adquirem IH/IRAS, essa taxa supera 25% nos países pobres.³

Nesse sentido, informações importantes foram levantadas em uma recente revisão sistemática.⁴ O estudo incluiu artigos que descreviam taxas de incidência de IH/IRAS em países classificados pelo Banco Mundial como de “média” ou “baixa” renda. Alguns dos

achados são dignos de nota. Infecções relacionadas a dispositivos em Unidades de Terapia Intensiva apresentavam incidência 2 a 8 vezes superior à relatada em países desenvolvidos. Taxas de IH/IRAS em neonatos eram até 9 vezes mais altas. Complicações infecciosas ocorriam em 5,6% dos procedimentos cirúrgicos (contra 2,9% nos Estados Unidos e 1,6% na Alemanha).

É de se estranhar, portanto, que as IH/IRAS não recebam a devida parcela de atenção e vigilância. De fato, podemos discutir com bases sólidas as tendências epidemiológicas da aids, a distribuição espacial da tuberculose e as sucessivas ondas epidêmicas da dengue no Brasil. Mas somos incapazes de avaliar a magnitude das IH/IRAS e sua variação entre serviços de saúde de natureza e complexidade diversa.

Quem quer que deseje uma resposta aproximada a essa questão, certamente utilizará as seguintes referências: (a) o inquérito de prevalência conduzido por Prade *et al* na década de 1990, e que encontrou prevalência de 15,5% em hospitais terciários⁵; (b) iniciativas de grupos de hospitais brasileiros⁶, ou sua participação em levantamentos multinacionais⁷; (c) o Sistema de Vigilância de Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo.⁸

Este último representa um verdadeiro avanço. Gestado em uma colaboração entre o Centro de Vigilância Epidemiológica e diver-

os *experts* da área, o sistema se consolidou graças a sua flexibilidade e aplicabilidade a serviços de saúde de diferentes portes. Os dados tem sido periodicamente tabulados e divulgados em edições do BEPA^{9,10} e também no *Journal of Hospital Infection*.⁸ Em que pesem as dificuldades em assegurar homogeneidade dos conceitos de IH/IRAS e de procedimentos de coleta de dados entre os serviços notificantes, esse sistema forneceu algo que faltava aos hospitais brasileiros: um padrão de referencia para comparações e planejamento de ações. Ou, utilizando o jargão da moda, para o *benchmarking*.

É evidente que o sistema paulista precisa ser aprimorado. É necessário que se assegure a qualidade dos dados obtidos nos hospitais. Há diversas possibilidades nesse sentido. Uma delas é o estabelecimento de “serviços sentinela” – hospitais de diferentes portes, nos quais a vigilância seja realizada de forma mais rigorosa com o apoio de equipes municipais ou estaduais. Essas instituições poderiam ajudar a validar os dados obtidos nos demais serviços.

Mais importante, porém, é a necessidade de desenvolvermos um sistema de informações semelhante para todo o território brasileiro. Tentativas anteriores falharam – especialmente por não dar conta da diversidade da assistência hospitalar em um país tão desigual. Esse insucesso tem um importante efeito colateral: a crescente tendência à abordagem de IH/IRAS sob um ponto de vista estritamente normatizante.

“Informação para ação” – reza o bordão das vigilâncias. Mas estamos nos acostumando a agir sem informações. Atirando às cegas, nos amparamos em “NRs” e “RDCs” que – à parte seu mérito – carecem de lastro epidemiológico.

Esse fenômeno tem múltiplas faces. Nunca foram tão discutidos os jalecos, os adornos, os calçados dos profissionais da saúde. Vilões de uma concepção idealizada de higiene, esses objetos são vigiados, perseguidos ou banidos. Isso tudo sem que se façam as pergunta óbvias: eles realmente transmitem infecção? E o fazem com frequência suficiente para tornarem-se prioridades em um programa de prevenção?

Alguém precisa fornecer as respostas, mesmo a quem não formula as perguntas. E, para tanto, é necessário quantificar, analisar e interpretar os fatores determinantes da incidência de IH/IRAS. Estas são as prerrogativas da Vigilância Epidemiológica.

Quando dados confiáveis não existem, qualquer interpretação é possível. Relegadas à periferia da Saúde Pública, as IH/IRAS tornam-se objeto de instâncias judiciárias (“eliminar completamente as infecções é dever de todo hospital”) ou do Direito do Consumidor (“não se pode comprar saúde e receber doença”). Não se trata aqui de negar a importância dessas instituições – ícones de uma sociedade democrática. Mas é preciso conceder às IH/IRAS o mesmo *status* da dengue. Ambas são condições de difícil erradicação, mas que exigem medidas eficazes de controle.

Os autores da revisão sistemática referida acima concluem que, quando assegurar acesso a um sistema de saúde já é um desafio, combater as infecções dele decorrentes parece supérfluo.⁴ Apesar disso, milhões de pessoas morrem anualmente por IH/IRAS em todo o mundo – especialmente nos países “em desenvolvimento”.

Precisamos de informação e precisamos de ação. Desenvolver um sistema de vigilância e controle de IH/IRAS que dê conta de um Brasil

continental pode parecer utopia. Mas estamos falando de um país admirado pelo enfrentamento da aids e por seu excelente programa de imunização.

Surtos em berçários são um prato cheio para os meios de comunicação. De tempos em tempos, notícias de uma “superbactéria” infestam os jornais, causando pânico generalizado. Ou acompanhamos a agonia de uma personalidade pública, vítima de complicações

infecciosas de procedimentos médicos.

É nesses momentos que percebemos de forma aguda a falta de uma base firme para ações de controle de IH/IRAS. As ferramentas existem – uma Vigilância Epidemiológica consolidada, bons laboratórios de referência em Saúde Pública, ações normativas da Vigilância Sanitária. Falta a apenas a ênfase no tema. Ao evitar a negligência, podemos nos prevenir contra o pânico.

LEITURAE FONTES RECOMENDADAS

1. Gregg MB. Field epidemiology. 3.ed. New York: Oxford University Press; 2008.
2. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, BagheriNejad S, Dziekan G, Leotsakos A, et al. Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. *J Hosp Infect.* 2008;68:285-92.
3. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Donaldson L. 'Clean Care is Safer Care': the Global Patient Safety Challenge 2005-2006. *Int J Infect Dis.* 2006;10:419-24.
4. Allegranzi B, BagheriNejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2011;377:228-41.
5. Prade SS, Oliveira ST, Rodriguez R, Nunes FA, Netto EM, Pereira M. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. *Revista do Controle de Infecção Hospitalar* 1995; 2:11-24.
6. Starling CE, Couto BR, Pinheiro SM. Applying the Centers for Disease Control and Prevention and National Nosocomial Surveillance system methods in Brazilian hospitals. *Am J Infect Control.* 1997;25:303-11.
7. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY, et al. (somente os 6 primeiros autores seguido de et al) International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. *Am J Infect Control.* 2010;38:95-104.
8. Padoveze MC, Assis DB, Freire MP, Madalosso G, Ferreira SA, Valente MG, et al. Surveillance Programme for Healthcare Associated Infections in the State of São Paulo, Brazil. Implementation and the first three years' results. *J Hosp Infect.* 2010;76(4):311-5.

9. Assis DB, Madalosso G, Ferreira SA, Geremias AL. Análise dos dados de infecção hospitalar do Estado de São Paulo – Ano 2006. BEPA, Bol. epidemiol. paul. [periódico na internet]. 2007 [acesso em: 15/05/2012];4(45):4-12. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa45_infec.htm.
10. Assis DB, Madalosso G, Ferreira SA, Yasuda, YY. Análise dos dados de infecção hospitalar do Estado de São Paulo, 2008. BEPA, Bol. epidemiol. paul. [periódico na internet]. 2009 [acesso em: 15/05/2012];6(65):16-29. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa65_ihdados.htm.

Correspondência/Correspondence to:
Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza
Professor Assistente-Doutor
Departamento de Doenças Tropicais
Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp
CEP:18618970 – Botucatu, São Paulo/SP, Brasil
Fone: 55 14 3811-6212 – Fax: 55 14 3815-9898
E-mail: cmfortaleza@uol.com.br