



Infecção relacionada à assistência a saúde e suas interfaces



Pós-Graduação* Especialização* Controle de infecção* IRAS* CCIH* Qualidade* MBA gestão em saúde

C.1.1.a) Abrangência das atividades e as necessidades de pessoal para o controle de infecção

A eficácia da vigilância e dos programas de controle de infecção na prevenção infecções hospitalares em unidades de saúde nos Estados Unidos foi avaliada pelo CDC através do estudo sobre a eficácia de Controle de Infecções Hospitalares (*Senic Project*), realizado 1970-76 ⁵⁶⁶. Em uma amostra representativa hospitais gerais americanos, nos quais se mantinham um médico treinado em controle de infecção ou microbiologista envolvidos em um programa de controle de infecção, e pelo menos uma enfermeira de controle de infecção para cada 250 leitos, foram associados à uma taxa 32% menor nas quatro tipos de infecções estudadas (infecções da corrente sanguínea associadas à CVC, pneumonias associada à ventilação mecânica, infecções relacionadas a cateter do trato urinário e infecções de sítio cirúrgico).

Desde que o estudo de referência foi publicado, as responsabilidades dos controladores de infecção tem expandido de maneira compatível com a crescente complexidade do sistema de saúde, a população de paciente atendida e o aumento do número de procedimentos médicos e dispositivos utilizados em todos os tipos de serviços de saúde. O escopo do trabalho de controladores de infecção foi avaliado pela primeira vez em 1982 ⁵⁶⁷⁻⁵⁶⁹ pelo *Certification Board of Infection Control (CBIC)*, e vem sendo reavaliada a cada cinco anos desde aquela época ^{558, 570-572}. O resultado destas análises foram utilizados para desenvolver e atualizar o Exame de Certificação em Controle de Infecção, oferecido pela primeira vez em 1983. A cada pesquisa, é evidente que o papel do controlador de infecção está crescendo em complexidade e escopo, além das atividades tradicionais de controle de infecção em hospitais para pacientes agudos.

As atividades atribuídas atualmente aos controladores, em resposta aos desafios emergentes incluem: 1) A vigilância e prevenção de infecções em outras unidades, por exemplo: ambulatorios, centros de cirurgia ambulatorial, serviços de cuidados de longa permanência, centros de reabilitação e assistência domiciliar; 2) supervisão dos

serviços de saúde do trabalhador relacionado com a prevenção de infecção, por exemplo, avaliação de riscos e administração de profilaxia recomendada após a exposição a agentes infecciosos, triagem de tuberculose, teste de equipamentos de proteção respiratória respiratórias, vacinação contra a gripe entre outras, como a contra varíola em 2003; 3) planejamento contra os surtos de gripe anual, a pandemia de gripe, SARS e armas biológicas; 4) monitorar a aderência às praticas definidas para controle de infecção; 5) supervisão de avaliação de risco e implementação de medidas de prevenção associados à construções e reformas; 6) prevenção da transmissão de microrganismos multiresistentes; 7) avaliação de novos produtos médicos que podem estar associados a um risco aumentado de infecção, como por exemplo, materiais de infusão intravenosa; 8) comunicação com o público, equipe de saúde e autoridades sanitárias em questões referentes ao controle de infecção; 9) participação em projetos de estudos locais e multicêntricos ^{434, 549, 552, 558, 573, 574}.

Nenhuma das análises de trabalho abordou a necessidade de pessoal específico para as tarefas identificadas, nem informações sobre as horas diárias trabalhadas. Uma pesquisa de 2001 incluiu o número de profissionais de controle de infecção nas instituições avaliadas⁵⁵⁸. Existe um consenso na literatura que um profissional para cada 250 leitos de cuidados agudos não é mais suficiente para satisfazer as necessidades atuais de controle de infecção. Um projeto Delphi que avaliou as necessidades de pessoal dos programas de controle de infecção no século 21 concluiu que a proporção de 0,8 a 1,0 profissionais para cada 100 leitos ocupados com pacientes que necessitam de cuidados agudos ⁵⁵². Um estudo entre os hospitais participantes do *Nacional Nosocomial Infections Surveillance* (NNIS) encontrou a média diária de um profissional para cada 115 leitos³¹⁶. Resultados de outros estudos foram semelhantes: 3 para cada 500 leitos para os grandes hospitais de cuidados agudos, 1 para 150-250 leitos em unidades com cuidados de longa duração e 1,56 para 250 leitos em hospitais pequenos e rurais ^{573, 575}.

As informações prévias demonstram que a quantidade de profissional de controle de infecção não pode ser baseada somente em censo de pacientes, mas deve ser determinada pelo alcance do programa, características da população de pacientes, complexidade do sistema de saúde, ferramentas disponíveis para ajudar o pessoal na execução de tarefas essenciais (por exemplo, grau de informatização e suporte laboratorial para vigilância) e necessidades originais ou urgentes da instituição e da

comunidade⁵⁵². Além disso, formação adequada é necessária para otimizar a qualidade dos trabalhos executados^{558, 572, 576}.

