



Infectologia brasileira apresenta os avanços da especialidade

Gostaria de parabenizar à Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e a Sociedade de Infectologia do Paraná, nossa anfitriã, pelo absoluto sucesso do XV Congresso, realizado de 20 a 23 de outubro, em Curitiba. Da mesma forma, gostaria de agradecer a receptividade dos colegas do Paraná e de ressaltar a grandiosidade do espaço do Congresso, com instalações modernas e confortáveis.

Durante o Congresso, tivemos a oportunidade de assistir a uma programação científica do mais alto nível, com a realização de dez cursos pré-congresso, e a apresentação do que há de mais atual em relação aos principais temas da especialidade. Inclusive, tivemos o lançamento do novo Consenso Terapêutico para Adultos e Adolescentes com HIV/AIDS, do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, e do novo Consenso da Sociedade Brasileira de

Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C.

Nós, do Rio de Janeiro, tentaremos chegar perto do sucesso apresentado pelo evento da SBI na realização do nosso I Congresso Estadual, de 18 a 21 de junho de 2008, em local ainda a ser definido. A nossa proposta é discutir assuntos relevantes da especialidade e mostrar os avanços nas áreas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias, mas em parceria com as demais especialidades médicas. O nosso objetivo é aglutinar os diversos temas, uma vez que entendemos que a infectologia interage com várias especialidades.

Até lá, com toda certeza, estaremos trabalhando para organizar um Congresso que traga atualização profissional e orgulho para a infectologia fluminense.



Ano 08 - Nº 23 Jul/Ago/Set de 2007

BOLETIM INFORMATIVO

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - Filial à Sociedade Brasileira de Infectologia

PASSE MAIS TEMPO
COM SEUS AMIGOS.
VÁ AO MÉDICO
REGULARMENTE.

UNIMED-RIO.
O PLANO DE SAÚDE
DOS MÉDICOS
DO RIO DE JANEIRO.



F/140024/05/05

Curso sobre Uso Racional de Antimicrobianos para Prescritores

Data: 19 de novembro de 2007 a 20 de janeiro de 2008

Local: Curso a distância
 Informações: (11) 5084-7920
 E-mail: faleconosco@rmcontrole.org.br
 Site: www.rmcontrole.org.br

8º Curso de Infectologia - Prevenção de infecção de corrente sanguínea associada à assistência

Data: 23 de novembro
 Local: São Paulo - SP
 Informações: (11) 2189-5078 ou 2189-5098
 E-mail: centrodeestudos@hcancer.org.br

IV Jornada Fluminense de Imunizações

Data: 23 e 24 de novembro
 Local: Centro de Convenções Mario Henrique Simonsen - RJ
 Informações: (21) 2620-9700
 E-mail: atendimento@thefs.com.br
 Site: www.svim.org.br

2º Congresso Internacional de Controle de Câncer (ICCC) - INCA

Data: 25 a 28 de novembro
 Local: Hotel Windsor
 Inf.: www.cancercontrol2007.com

I Curso de Atualização em Hepatites B e C e Co-Infecção pelo HIV

Data: 30 de novembro a 1º de dezembro
 Local: Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio Libanês - SP

Informações: (11) 3155-0200
 E-mail: iep@hsl.org.br
 Site: www.hospitalsiriolibanes.org.br/hepatites

IX Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Data: 9 a 12 de dezembro
 Local: Curitiba - PR
 Inf.: www.sbcbm2007.com.br

44º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Data: 4 a 7 de março de 2008
 Local: Porto Alegre - RS
 Site: www.sgmt.org.br

Conferência Brasileira de Infectologia Hospitalar

Data: 9 a 11 de abril de 2008
 Local: Bonito - MS
 Inf: kerygma@kerygmaeventos.com.br

VII Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e III Congresso Brasileiro de Aids

Data: 7 a 10 de setembro de 2008
 Local: Goiânia - GO
 Site: www.dst2008.com.br

XI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar

Data: 20 a 23 de novembro de 2008
 Local: Rio Cidade Nova Convention Center - Rio de Janeiro
 Informações: (21) 2266-9150
 E-mail: cih2008@jz.com.br
 Site: www.cih2008.com.br

EXPEDIENTE
Boletim Informativo da SIERJ

Jornalista responsável: Juliana Temporal (MTb 19.227)

Projeto gráfico: Julio Leiria

Editores eletrônicos: Selles & Henning Comunicação Integrada

Tiragem: 3.000 exemplares

Periodicidade: trimestral

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - SIERJ

Av. Mem de Sá, 197, Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20.230-150
 Tel. (21) 2507-3353 - Fax: (21) 2509-0333
 E-mail: sierj@sierj.org.br - Site: www.sierj.org.br

Os artigos publicados neste boletim são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da SIERJ.

Presidente:

J. Samuel Kierszenbaum

Vice Presidente:

Marília de Abreu Silva

Secretária-Geral:

Lia Adler Cherman

Primeiro-Secretário:

Esaú Custódio João Filho

Primeira-Tesoureira:

Maria Christina B. Machay

Segundo-Tesoureiro:

Marcelo Eduardo M. Goulart

REGIONAIS DA SIERJ
Coordenador geral:

Mauro Sérgio Treistman

Metropolitana I:
Jorge Eurico Ribeiro

Abrangência: Angra dos Reis - Belford Roxo - Duque de Caxias Itaguaí - Japeri - Magé Mangaratiba - Mesquita Nilópolis - Nova Iguaçu Queimados - Rio de Janeiro São João de Meriti - Seropédica

Metropolitana II:
Ralph Antonio X. Ferreira

Abrangência: Itaboraí - Maricá Niterói - Rio Bonito - São Gonçalo Silva Jardim - Tanguá

Serrana: Délia Celser Engel

Abrangência: Bom Jardim Cantagalo - Carmo - Cachoeiras de Macacú - Cordeiro - Duas Barras - Guapimirim - Macuco Nova Friburgo - Petrópolis Teresópolis - Trajano de Moraes São José do Vale do Rio Preto São Sebastião do Alto - Santa Maria Madalena - Sumidouro

Baixada Litorânea:
Apparecida Castorina Monteiro dos Santos

Abrangência: Araruama - Armação dos Búzios - Arraial do Cabo Cabo Frio - Casemiro de Abreu Iguaba Grande - Rio das Ostras Saquarema - São Pedro da Aldeia

Médio Paraíba:
Albino Moreira Torres

Abrangência: Barra Mansa - Barra do Pirai - Itatiaia - Paraty - Pinheiral Pirai - Porto Real - Quatis - Resende Rio Claro - Rio das Flores - Valença Volta Redonda

Centro-Sul Fluminense
Lucio Caparelli

Abrangência: Areal - Comendador Levy Gasparian - Engenheiro Paulo de Frontin - Mendes Miguel Pereira - Paracambi Paraíba do Sul - Pati de Alferes Sapucaia - Três Rios Vassouras

Norte Fluminense
Nélio Artilles Freitas

Abrangência: Campos dos Goytacazes - Conceição de Macabú - Macaé - Quissamã São Fidélis - São Francisco de Itabapoana - São João da Barra

Algumas considerações a respeito da tuberculose

A tuberculose, sob uma ótica abrangente, deve ser definida como sendo uma doença infecto-contagiosa, granulomatosa, supurativa, crônica, insidiosa, sistêmica, evolutiva, consumptiva e potencialmente letal. Constitui-se, ainda nos dias atuais, um sério problema de saúde pública e coletiva. Mesmo nos países desenvolvidos já é motivo de preocupação, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerar, em 1993, a tuberculose como “emergência sanitária mundial”. O “Bacilo de Koch”, agente causal da doença, é um bastonete aeróbico estrito, que mede de 1 a 4 mm de comprimento por 0,3 a 0,6 mm de largura, pertencente à ordem das *Actinomycetales*, família das *Mycobacteriaceae*, gênero *Mycobacterium* e faz parte do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo uma forma de transição entre actinomicetos e eubactérias. Possui características biológicas interessantes, tais como o fato de não produzir toxinas, não possuir flagelos, não formar esporos e ser facilmente destruído pelo calor e a radiação ultravioleta. Duplica-se em 18 a 48 horas, inclusive no meio intracelular, tendo a possibilidade de parasitar com baixa atividade metabólica, persistindo viável por longo período sem agredir ou ser percebido pelas células de defesa do hospedeiro humano. Através do método de Ziehl

Nielsen é capaz de reter a fucsina, resistir à lavagem por solução ácido-alcoólica e aparecer nas lâminas com coloração vermelha no fundo azul do muco.

Magnitude do problema

A tuberculose é uma doença que existe há muitíssimo tempo, havendo relato científico de achados compatíveis com a mesma em múmias egípcias e até em ossos humanos pré-históricos com data provável de 8000 anos antes de Cristo. Ao longo do tempo a doença tem evoluído resistindo aos avanços da ciência médica e, nos tempos atuais, os indicadores epidemio-lógicos apontam para valores elevados.

A OMS informa a existência de 8,7 milhões de novos casos no mundo, com 80% concentrados em 22 países, nos quais o Brasil está incluído. Cerca de 1.9 milhões de mortes são devidas à tuberculose, 98% delas em países em desenvolvimento. Entre 2000-2020 um bilhão de pessoas serão infectadas, 200 milhões irão adoecer e 35 milhões mortes, se não for melhorado o controle da doença.

No Brasil a tuberculose é a 9ª causa de internações por doenças infecciosas, ocupa o 7º lugar em gastos com internação (SUS) por doenças infecciosas e já se constitui na 4ª causa de mortalidade por doenças infecciosas. Internamente em

nosso país nota-se que a doença predomina nas regiões sudeste (48%) e nordeste (29%), estando o Rio de Janeiro como primeiro do “ranking” em incidência, coeficiente de mortalidade e índice de abandono de tratamento.

Em março de 2000 foi firmada a Declaração de Amsterdam, entre os 20 países onde estão 80% dos casos de tuberculose, com o compromisso de investir e priorizar ações para deter o avanço da doença. Além da falência dos programas de controle da doença, da falta de políticas públicas de saúde eficazes, das crises econômicas e das desigualdades sociais, com crescimento das populações pobres e marginalizadas, um dos fatores que mais tem contribuído para a atual e grave situação epidemiológica da tuberculose é a AIDS.

Um problema que tem crescido em importância diz respeito ao número de casos de tuberculose multirresistente. As informações que existem são ainda precárias, todavia percebe-se que há uma tendência ao crescimento de resistência primária às drogas antituberculosas, notadamente em pacientes HIV positivos e em pacientes de ambientes fechados como albergues, prisões e hospitais.

História natural da doença

Um indivíduo sadio é contaminado pela aspiração de bacilos eliminados através da tosse, do espirro, da fala, ou da respiração. Nas gotículas de Flügge dos bacilíferos são veiculados os núcleos de Wells, medindo cerca de 5 µm, contendo de 1 a 3 bacilos, com uma frequência de 250 núcleos por hora. Calcula-se que seja necessária uma exposição

a cerca de 25.000 núcleos para ocorrer o contágio. O material aspirado pode ficar retido na mucosa do trato respiratório superior, ser removido pelo mecanismo mucociliar, ser destruído por células mononucleares fagocíticas e macrófagos alveolares ou, por outro lado, chegar efetivamente até os alvéolos. Por ação gravitacional e em razão da anatomia dos brônquios fontes, os bacilos alojam-se na base pulmonar, mais frequentemente à direita. Desenvolve-se, então, a primeira manifestação de defesa, caracterizada por uma reação inflamatória inespecífica, neutrofilica, denominada cancro de inoculação. Os bacilos, a seguir, tendem a se disseminar, migrando por canalículos linfáticos das proximidades até gânglios da região intertraqueobrônquica homolateral, que se hipertrofiam. Esta tríade de lesão: cancro de inoculação, linfangite regional e adenite satélite, configuram o *complexo primário*, com um polo parenquimatoso e um polo ganglionar, descrição denominada com propriedade pelos radiologistas de “imagem em halter”. Neste momento evolutivo da história natural da doença começam a se desenvolver alterações imunobiológicas. A progressão das alterações patomorfológicas no pulmão do indivíduo infectado pode se fazer de duas maneiras, no sentido da cura ou com evolução da agressão. Havendo a regressão das lesões, podem acontecer três tipos de cura, a saber:

- a)** com reabsorção de todo o complexo - é a cura absoluta;
- b)** com persistência da adenopatia, por vezes com calcificação - é a cura com resíduo ganglionar;
- c)** com compactação do processo inflamatório do cancro inicial, gerando eventualmente

o nódulo de Gohn - é a cura com resíduo parenquimatoso.

Se, por outro lado, a doença evoluir, superando as defesas iniciais, o bacilo tenderá a proliferar intensamente, reacendendo os mecanismos de defesa, caracterizando o granuloma específico, com infiltrado linfocitário, células gigantes tipo Langhans, macrófagos e material fibroblástico. Segue-se supuração, necrose tecidual caseosa, cavitação, agressão e/ou neoformação vascular, configurando a lesão morfológica típica da tuberculose - a “lobite” escavada. O paciente, nesta etapa, exterioriza a sintomatologia usual. A esta altura da história natural da doença, todavia, pode ainda ocorrer a involução do processo, graças às defesas do organismo, em especial a ação microbicida de radicais oxidantes dos macrófagos (óxido nítrico, por exemplo), com a possibilidade de três formas de cura:

- a)** cura com anulação - havendo reabsorção da inflamação, fechamento das lesões cavitárias e formação de estrias fibróticas;
- b)** cura com processo fechado - situação em que a inflamação é contida, cavidades se presentes são consolidadas, formando área densa e usualmente limitada, dando origem aos “tuberculomas” clássicos;
- c)** cura com processo aberto - na qual as forças elásticas do pulmão não conseguem colapsar as cavidades formadas, fazendo com que “cavernas” residuais permaneçam, por vezes povoadas de bacilos latentes, ou mesmo servindo de abrigo para fungos oportunistas.

A qualquer momento do processo evolutivo pode ocorrer

a disseminação dos bacilos, seja por via canalicular ou broncogena, por via sanguínea ou hematodômica ou, ainda, através do sistema linfático. A doença progredindo a partir da primoinfecção vai determinar a tuberculose primária, em função diretamente proporcional à carga bacilar e sua virulência e inversamente proporcional às defesas do hospedeiro, conforme os postulados de Rich.

As alterações imunobiológicas que são desencadeadas com a contaminação inicial compreendem dois fenômenos distintos, o desenvolvimento de hipersensibilidade e a produção de células específicas de defesa caracterizando a denominada resistência adquirida.

1. A hipersensibilidade é atribuída a populações especiais de linfócitos T que guardam memória antigênica de componentes do bacilo.

2. A resistência adquirida é devida, em menor escala, à produção de anticorpos anti-micobacterium por linfócitos B (imunidade humoral) e, de forma mais importante, por conta da expansão clonal de linfócitos T, responsáveis por reação do tipo IV da classificação de Gell e Coombs (imunidade celular).

Deixaremos de comentar os aspectos de tratamento da doença por limitação do espaço destinado a este texto.

Considerações finais

Nos dias atuais tudo se sabe a respeito do agente causador da doença, da história natural desta enfermidade no homem, da

forma de contágio, dos órgãos que podem ser afetados, assim como já foram identificados medicamentos com ação incontestavelmente potente contra este bacilo, capazes de inibir crescimento e mesmo matar o micróbio. Então por que, em pleno século XXI, ainda se morre de tuberculose, ainda tantos são afetados por esta enfermidade, ainda não se conseguiu erradicar a doença? É fato concreto que esta doença se dissemina em “bolsões de pobreza” em comunidades com fatores predisponentes ao contágio continuado, como asilos, creches, casas prisionais, favelas ou guetos onde as pessoas se aglomeram em cômodos mal ventilados e superpovoados. Também é sabido que doenças crônicas mal controladas, como diabetes, enfisema, imunodeficiência – AIDS, além dos vícios do cigarro e do álcool, são condições predisponentes ao desenvolvimento da tuberculose. O crescimento da população marginalizada e desassistida, somado a políticas públicas pouco eficientes no controle da saúde comunitária produzem números estatísticos ainda preocupantes em nosso meio. Os índices de abandono de tratamento em relação à tuberculose ainda são muito altos em inúmeros locais do nosso país continente. Julgo ser atribuição de cada profissional que atue na área da saúde fazer campanha permanente para a busca ativa de casos novos – provados ou prováveis. Neste contexto, é importante disseminar a informação de que toda e qualquer pessoa que apresente tosse com

produção de secreção, por período igual ou superior a três semanas, pessoas com febre vespertina ou noturna diária, sudorese noturna intensa, ou pessoas que estejam emagrecendo sem justificativa aparente e com fraqueza ou cansaço fácil, devem procurar um atendimento médico com a finalidade de investigar – ou afastar – a possibilidade de tuberculose. O exame de escarro, para identificação do “Bacilo de Koch” é um exame fácil, barato, rápido e fundamental na pesquisa desta doença, ainda tão prevalente e tão grave nos tempos atuais.

O programa brasileiro para o combate à AIDS é reconhecido internacionalmente como um programa vitorioso, tal é a sua abrangência, sua coerência e respaldo governamental. Trata-se de um conjunto de normas e procedimentos que, de fato, promovem o controle e a assistência àqueles enfermos. Porterse constituído em uma “bandeira política” para certos dirigentes da saúde no país, este programa saiu do papel, ganhou consistência e tornou-se referência para toda comunidade científica. Rendeu fartos dividendos eleitorais. Porque não acontece com o programa de controle da tuberculose o mesmo? Falta, a meu juízo, um político nacional visionário ou um governante adequadamente esclarecido sobre o problema ou uma autoridade com poder de decisão, “enxergar” que investir no tratamento e controle da tuberculose pode trazer enormes benefícios à nossa população e, de tabela, ganhos políticos, votos e notoriedade a quem resolver assumir e empunhar este “estandarte”. O tempo dirá.

Infecção hospitalar: um problema mundial

Enquanto nos EUA a cada seis minutos morre uma pessoa em decorrência de infecção hospitalar (IH), a realidade brasileira não é diferente: cerca de 45 mil óbitos ocorrem anualmente, o que significa aproximadamente 12 milhões de internações hospitalares e um gasto extra de R\$ 10 bilhões por ano, segundo dados do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. As IHS prolongam o tempo de internação em sete dias, geram custos adicionais de 25% e impacto de 5% na taxa de mortalidade brasileira.

Salvando vidas

A alarmante estatística levou o *Institute for Healthcare Improvement*, órgão americano de fomento para a melhoria da qualidade em saúde, e a *Joint Commission International*, representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), a realizarem campanha mundial para salvar 100 mil vidas. A campanha é baseada na modificação dos processos de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Na opinião do médico e avaliador do CBA, Paulo Neno, “Ao nos confrontarmos com procedimentos invasivos, cirurgias, anestésias, o objetivo deve ser não apenas o resultado

clínico do processo, mas também a segurança na sua execução. Cabe a nós gerarmos ambientes seguros para nossos pacientes, familiares, funcionários e colaboradores. Ao agregarmos segurança no processo de cuidado à segurança do ambiente, estaremos de frente para a mais desafiadora das visões: cuidados e serviços ao paciente com qualidade e segurança”, revela o médico.

Para se ter idéia da gravidade do problema, a IH é a principal causadora de morte em pacientes internados nos Estados Unidos. No Brasil, não é diferente. Dados do Ministério da Saúde mostram que 13 a 15% dos pacientes internados adquirem algum tipo de infecção durante a hospitalização, o que pode levar a morte.

Mudanças no Brasil

Nos últimos anos, a assistência à saúde tem sofrido alterações no Brasil e no mundo. Os hospitais, antes considerados centros assistenciais para o tratamento das doenças, acusaram redução no número de atendimento face ao aumento do número de atendimentos ambulatoriais e de serviços de assistência domiciliar. Vários fatores explicam essa mudança: a humanização da assistência, a

desmistificação do hospital como único centro de tratamento de doenças e o alto custo vinculado à admissão hospitalar.

“Optar por um modelo assistencial alternativo, que reduza o tempo de internação do paciente no hospital, é sem dúvida um sonho entre os profissionais de controle de infecção. Hoje, os custos relacionados e a própria ocorrência de infecções são considerados indicadores de má qualidade no cuidado prestado aos pacientes”, define Heleno Costa Júnior, Coordenador de Educação do CBA, responsável pelo processo de acreditação (certificação que qualifica processos, profissionais e serviços de instituições de saúde com padrões internacionais de qualidade) de diversos hospitais brasileiros, entre eles, Albert Einstein (SP), Hemorio (RJ), Moinhos de Vento (RS), Samaritano (SP), AMIL Total Care - Unidades Especializadas (SP e RJ) e Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (INTO/RJ) e Hospital do Coração (SP).

Causas das IHS

Para Heleno Júnior, a não abordagem do tema durante a graduação, o número insuficiente de profissionais nos serviços de

saúde e o precário atendimento nas redes de saúde refletem as altas taxas de IH no Brasil (de 13% a 15%). “Embora ainda dentro dos níveis aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que são de 9% a 20%, o Brasil ainda precisa aumentar o investimento em educação e em saúde pública. Na Europa, por exemplo, os índices variam de 3,5% (Alemanha) a 10,1% (Suíça);” assegura Heleno.

Mapeando infecções

Pesquisa do Ministério da Saúde apontou que os maiores índices de paciente com infecção foram obtidos em hospitais públicos (18,4%) e os menores em hospitais privados sem fins lucrativos (10%). As regiões mais afetadas são: sudeste (16,4%), nordeste (13,1%), norte (11,5%), sul (9%) e centro-oeste (7,2%).

Reuso de material médico pode ser a causa de surto de infecção no Rio

No momento em que se discute o impacto do fim da CPMF para a saúde, o Rio de Janeiro sofre com um surto de infecção pós-cirúrgica por *Mycobacterium abscessus* e *Mycobacterium fortuitum*. Cerca de mil casos já foram notificados este ano. Nilópolis, Nova Iguaçu, Niterói, Duque de Caxias e Cabo Frio foram às localidades com maior incidência da doença.

Os relatos são de aparecimento de abscessos cutâneos, absces-

os em cavidade abdominal e em articulação de pessoas que foram submetidos à cirurgia vídeo-endoscópica, plástica ou a outros procedimentos transcutâneos após processo invasivo. A causa do problema pode estar no reuso, na desinfecção e esterilização e no transporte dos produtos médicos, formas de baratear os custos no setor de saúde.

“Para barrar a infecção, que evolui com aspecto inflamatório crônico e granulomatoso, podendo formar abscessos frequentes e manifestações até um ano após o ato cirúrgico, a recomendação normativa é que todo o material deva ser esterilizado”, diz Silvana Vivacqua, avaliadora da *Joint Commission International (JCI)*, agência internacional reguladora da qualidade em saúde - representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), formado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Fiocruz, UNIRIO e Fundação Cesgranrio.

Com base nos padrões de qualidade internacionais de acreditação, a avaliadora da JCI/CBA analisa a realidade brasileira e revela como os padrões da Acreditação Internacional podem dar mais qualidade e segurança no atendimento ao paciente.

Reutilizar ou não?

No Brasil, o tema é muito discutido pelos profissionais da saúde. Do lado dos que são

favoráveis estão os hospitais e clínicas, operadoras de planos de saúde, seguradores, as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, o SUS, a ANS e algumas correntes da ANVISA, que argumentam que a reutilização traz maior economia e melhor aproveitamento dos escassos recursos da saúde.

Já os que são contrários ao reuso de produtos descartáveis são os fabricantes e importadores destes produtos e uma parcela dos médicos, enfermeiros, administradores públicos e privados, e outras correntes da ANVISA, que questionam o aumento dos riscos para os pacientes. Existe também a preocupação com a indústria de indenizações que podem surgir pelos danos causados aos pacientes por produtos reutilizados.

Desinfetar ou esterilizar?

Outro ponto discutido pelos estudiosos e práticos da saúde diz respeito à desinfecção e à esterilização de material. O ponto-chave da discussão está nos produtos utilizados, nos malefícios dos mesmos à saúde e no tempo do processo. Visando a minimizar os danos, a ANVISA determinou, no ano passado, a substituição dos processos de desinfecção de alto nível por esterilização, incluindo principalmente artigos de videocirurgias por acesso trans-trocateriano, de artroscopia ou de lipoaspiração. “A desinfecção

de alto nível e esterilização de artigos críticos pressupõe uma lavagem minuciosa, pois um dos grandes riscos, que predispõe à infecção, é a presença de matéria orgânica residual deixando uma camada invisível que não permite a eficácia do processo, permitindo também a formação de biofilmes”, chama a atenção a avaliadora do CBA.

Silvana Vivacqua diz também ser fundamental que os profissionais que possuam habilidade técnica e capacitação façam uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) quando à frente do processo. “É necessário a monitorização e registro dos controles de todos os ciclos de esterilização por lotes”, recomenda. A avaliadora da JCI/CBA ressalta ainda a importância da manutenção preventiva de equipamentos, normas e rotinas do processo descrito; planejamento, controle de ciclos de esterilização e rastreabilidade do processo; cadastro dos instrumentadores, com verificação da capacitação e formação específica; inclusão de profissionais em treinamento; respeito às normas de entrega prévia do material em tempo hábil para que a instituição processe as caixas necessárias e valide este processo.

Transportando materiais

Embora não seja o ideal, é muito comum o transporte de material,

pois a equipe cirúrgica se desloca por diversos hospitais. O que diminui o risco de contaminação é que os regimentos internos institucionais preconizam que os processos de esterilização e de validação sejam realizados no local onde a cirurgia ocorrerá. “Os equipamentos e instrumentais devem ter manutenção periódica, preservação de embalagem com conservação de temperatura e umidade controlada para sua guarda. Quando a instituição não tiver o instrumental necessário ou não houver tempo suficiente para execução do processo, o profissional que trazer o material será o responsável por sua validação, através de instrumento escrito com assinatura”, indica Silvana Vivacqua. Ela é favorável à criação de um indicador de monitoramento do processo de esterilização a ser anexado ao prontuário do paciente. Essas práticas conferem conformidade com os padrões da *Joint Commission International*, em relação à segurança e qualidade no cuidado.”

Segurança ao paciente

Para o médico e avaliador da JCI/CBA, Paulo Neno, ao iniciar um processo de avaliação do paciente, é importante e seguro que outros aspectos que circundam o universo da doença sejam avaliados. “O objetivo é garantir segurança no processo de cuidado,

através de uma avaliação abrangente, não negligenciando aspectos antes considerados pouco importantes”, diz ele. “Devemos entender que esta segurança não se restringe apenas ao aspecto técnico (profissionais qualificados), mas também à segurança em medicamentos, transporte de pacientes, gases medicinais, equipamentos biomédicos (bisturis elétricos, aparelhos de anestesia), aspectos esses que circundam o processo de cuidado”, complementa.

Outros aspectos importantes e de pouco conhecimento ou atenção em nosso país estão relacionados à segurança do ambiente hospitalar. “O ambiente seguro é aquele capaz de prover, em uma área edificada ou não, cuidados e serviços com pouco ou nenhum risco para o paciente, familiares e profissionais, estando o mesmo monitorado para fins de melhoria contínua. Neste item, cabe ressaltar a segurança contra incêndios, manuseio de lixo hospitalar, manuseio de gases medicinais e substâncias perigosas, infraestrutura física (hidráulica, elétrica, mecânica) e equipamentos biomédicos. Cada um destes itens deve oferecer processos seguros de funcionamento, através de normas e procedimentos, processos de monitoramento contínuo e treinamento de profissionais”, enfatiza o médico.