

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

SOLANGE DE LIMA TORRES OLIVEIRA

ANÁLISE BIOÉTICA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS
INFECÇÕES HOSPITALARES

Brasília -DF

2010

SOLANGE DE LIMA TORRES OLIVEIRA

ANÁLISE BIOÉTICA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS
INFECÇÕES HOSPITALARES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Bioética.

Área de concentração: Bioética das Situações Persistentes

ORIENTADOR: Prof. Dr. Volnei Garrafa

Brasília - DF

2010

**ANÁLISE BIOÉTICA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS
INFECÇÕES HOSPITALARES**

Aprovada em 03/08/2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antonio Carlos Rodrigues da Cunha
Universidade de Brasília

Dra. Sandra Suzana Prade
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo - suplente
Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A meu esposo e filhos.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. ANTECEDENTES	6
2.1. A bioética e a saúde pública	6
2.2. Identificando os dois enfoques bioéticos predominantes: individual e gerencial.....	8
2.3. O hospital e suas origens.....	10
2.4. O hospital e as infecções hospitalares na modernidade	13
2.5. As infecções hospitalares	17
2.6. As infecções hospitalares como problema de Saúde Pública.....	23
3. OBJETIVOS	27
4. MÉTODOS	28
5. DISCUSSÃO	30
5.1. Crítica bioética às práticas individuais e gerenciais na prevenção e controle das IH	30
5.1.1. A abordagem bioética pelos princípios da não-maleficência e da beneficência	30
5.1.2. O caso da adesão dos profissionais à higiene das mãos – o princípio da não-maleficência	31
5.1.3. O caso da utilização do cateter vascular – o princípio da beneficência	36
5.1.4. O caso do isolamento hospitalar - o princípio da vulnerabilidade	40
5.2. Críticas ao papel do Estado na prevenção e controle das IH	50
5.2.1. A responsabilidade social do Estado - o princípio da proteção.....	50
5.2.2. Identificando o Estado como gestor da assistência a saúde	54
5.3. Críticas aos processos que têm o Estado como gestor da assistência à saúde	57
5.3.1. O contexto político do hospital	57
5.3.2. O caso da implantação das CCIH	64
5.3.3. A inadequação do Estado como gestor da assistência a saúde.....	69
5.4. Proposta: a abordagem da Bioética de Intervenção.....	74
5.4.1. A Bioética de Intervenção.....	74
5.4.2. Implementação da Bioética de Intervenção: um novo contexto político-social para uma reforma sanitária	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....	82
REFERÊNCIAS	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BI – Bioética de Intervenção

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

IH – Infecção Hospitalar / Infecções Hospitalares

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCIH – Programa de Controle de Infecção Hospitalar

SENIC - *Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control*

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Esse estudo analisa, sob o ponto de vista da bioética, as ações para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Discute que as abordagens bioéticas que se referem às práticas dos profissionais de saúde ou da gerência institucional identificam apenas parcialmente o conflito bioético existente e promovem somente a capacitação técnica do profissional ou soluções de caráter gerencial como a forma de encaminhamento de tais conflitos. Analisa também que as aproximações que consideram o papel do Estado frente aos problemas éticos apresentados o fazem com um viés institucionalista. Enfatizando que essas abordagens não conformam uma visão completa da realidade, por negligenciarem a atuação do Estado em seu papel ativo na definição das políticas sociais e de saúde; utiliza a fundamentação teórica da Bioética de Intervenção para ressaltar ser o Estado uma estrutura de poder que deve intervir na esfera socioeconômica para garantir os direitos de cidadania. Concluindo, o estudo considera que essa abordagem pela Bioética de Intervenção, que discute a realidade das políticas públicas onde as práticas individuais e o gerenciamento do sistema assistencial estão inscritos, deve ser o ponto de partida onde devem se situar as análises bioéticas sobre as relações gerenciais institucionais e as ações individuais para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

Palavras-chaves: Infecções hospitalares/ prevenção e controle; bioética; política de saúde.

ABSTRACT

This study analyzes the actions of hospital infection control and prevention from the point of view of bioethics. It argues that bioethical approaches that refer to the practice of health care professionals or institutional management alone identify the bioethical conflict at hand only partially, merely promoting technical training of the professionals or solutions of a managerial character. It also analyzes the approaches that consider the role of the State regarding these ethical problems with an institutionalist bias. It concludes that these approaches do not make up a complete view of reality because they neglect the action of the State in its active role in the definition of social and health care policies. It does so utilizing Bioethics of Intervention to highlight the fact that the State is a structure of power that ought to intervene in the socioeconomic sphere to guarantee citizenship rights. Hence, this study argues that the Bioethics of Intervention approach, which discusses the reality of public policies in which individual and management practices are embedded, ought to be the starting point for bioethical analyses about institutional management relations as well as individuals' actions towards the control and prevention of hospital infections.

Keywords: Hospital Infection control; bioethics, healthcare policies.

1. INTRODUÇÃO

Diante dos freqüentes problemas constatados nas práticas de controle das infecções hospitalares, foi definido como objeto do presente estudo a busca de resposta para a seguinte interrogação: Sendo as infecções hospitalares consideradas um grave problema de saúde pública, porque práticas simples e eficientes que previnem infecções hospitalares não encontram eco junto aos profissionais de saúde, aos gestores hospitalares nem mesmo nas políticas de saúde do Estado? Para repensar essa questão buscou-se na Bioética o referencial para abordar o tema e apresentar uma argumentação que procure responder ao problema apresentado.

Devido ao adiamento da Bioética em considerar problemas de saúde pública em geral, e de Infecções Hospitalares (IH) em particular, ainda são poucos os estudos dedicados ao tema dos aspectos éticos relativos a assistência hospitalar dentro dos limites da prevenção e controle das IH.^{1,2} O presente estudo busca ampliar a pauta de discussões no campo das questões relacionadas com a prática curativa diária realizada nos hospitais sob o ponto de vista da bioética.

*As infecções hospitalares são iatrogenias e grande parte delas podem ser evitadas.*³ Tal afirmação mais do que descritiva e informativa, aponta a questão valorativa que serve de base para essa discussão. O conhecimento factual das ações de prevenção e controle de IH tanto em nível individual e gerencial quanto político, pode e deve ser abordado além dos códigos deontológicos profissionais ou dos méritos deste tema sob o aspecto legal. Logo, o que interessa aqui destacar são os argumentos morais em todos esses níveis.

Concordando com O'Neill, que afirma que “uma aproximação eticamente adequada às questões de saúde necessita de olhar além dos contextos clínicos e além das fronteiras de estados e sistemas de saúde”;⁴ esse estudo então pretende percorrer não só os dilemas interpessoais e institucionais, mas também aqueles que envolvem as políticas públicas. Argumenta que a discussão ética limitada ao âmbito do agir moral dos indivíduos ou das políticas institucionais, sem averiguar, com essa mesma discussão, a estrutura de poder onde o sistema assistencial e as práticas individuais estão inscritos, isto é o caráter socioeconômico do Estado, não conforma uma visão completa da realidade que transcende as práticas assistenciais individuais ou institucionais do complexo universo hospitalar.

2. ANTECEDENTES

2.1. A bioética e a saúde pública

Num paralelo histórico a bioética e as práticas sistematizadas e direcionadas para a prevenção e controle das IH surgem por volta dos anos 1970. Suas raízes encontram-se historicamente fincadas no progresso das ciências médicas, e ambos os campos nascem com forte caráter multidisciplinar e lidam com um conjunto de práticas que desencadeiam preocupações singulares no seio da sociedade.^{5, 6} Mas, cada uma dessas áreas atua a partir de pontos de vista específicos, com suas ferramentas próprias e em princípio distintas. Isso, entretanto, não impede que uma aproximação (inter e transdisciplinar) se faça, por se tratar de análise sobre situações complexas e polêmicas. No entanto, já que a evolução da percepção técnico-científica das IH como problema de saúde pública antecipa a ampliação da agenda da bioética nessa direção por mais de dez anos, é necessário situar esse trabalho no desenvolvimento da bioética atual.

O termo bioética foi primeiramente utilizado por Potter, oncologista estadunidense, para descrever uma visão global da humanidade em um novo ambiente, fruto das mudanças tecnológicas, e buscava a discussão dos problemas da sobrevivência humana e planetária.^{5, 7} Entretanto, esse novo campo do saber recebeu, já no seu início, uma divulgação pautada em princípios presumivelmente universais a partir de Beauchamp e Childress,⁸ também nos Estados Unidos. Com um enfoque dirigido especialmente à biomedicina, estes autores fundamentam a análise dos conflitos surgidos no campo bioético em quatro princípios básicos; a não-maleficência, a beneficência, a autonomia e a justiça.^{8, 9}

Consolidando-se nos países industrializados, essa nova disciplina tomou como cenário as práticas em saúde existentes naquelas sociedades, tratando de problemas éticos típicos de uma prática clínica profissionalizada, centrada na atenção hospitalar que promovia intervenções com alto nível tecnológico.⁴ Portanto, é importante ressaltar que a bioética surgiu em um contexto ideológico e político liberal, no qual discussões éticas giram em torno do indivíduo, como nas teorias de John Rawls e Ronald Dworkin.^{9, 10}

Francis e colaboradores¹¹ registram que na época do desenvolvimento da bioética julgava-se que as doenças infecto-contagiosas estavam quase que completamente sob controle (mais de 25 mil antibióticos estavam disponíveis no ano de 1965), destacando uma quase que completa ausência, naquela ocasião, de discussões sobre conflitos morais relativos à ocorrência dessas doenças, suas formas de prevenção ou tratamento. Algumas abordagens iniciais no campo das doenças infecciosas, segundo esses autores, versavam sobre questões de confidencialidade das informações sobre indivíduos acometidos por aquelas, em contraponto com a segurança da população.¹¹

Após a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), todavia, esse quadro passou a mudar; especialmente a partir do ano 2000. De forma crescente, ampliou-se a agenda da bioética com aspectos proeminentes que envolvem saúde pública, como as discussões sobre o ressurgimento da tuberculose, o dever do profissional de saúde de prestar cuidados a portadores de doenças infecto-contagiosas e a autonomia do doente.¹¹

No contexto político e ideológico da América Latina e especialmente no Brasil, a bioética já se aproximava, desde a década de 1990, ao campo da saúde pública, marcando de forma relevante a ampliação conceitual da disciplina.

Enquanto a bioética estadunidense e europeia lidava com as questões morais que envolviam os avanços biomédicos e biotecnológicos, em nosso contexto se chamava a atenção para questões referentes às situações que persistem no seio da sociedade como a exclusão das populações marginalizadas ao acesso às conquistas do desenvolvimento científico e tecnológico.^{9, 12} A definição do tema oficial do Sexto Congresso Mundial de Bioética - *Bioética, Poder e Injustiça* - realizado em Brasília, em 2002, já prenunciava a crescente influência desse ponto de vista.¹³ Com a promulgação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO ¹⁴, em 2005, que realçou aspectos como a vulnerabilidade e integridade humana, a responsabilidade social, igualdade e equidade; o enfoque sobre questões de saúde pública ficou definitivamente inscrito na agenda bioética mundial ¹⁵ mesmo que, é claro, isso não tenha ocorrido sem um forte embate entre os dois pólos de interesse: um preferencialmente social, sanitário e ambiental e o outro fundamentalmente biotecnológico.^{16, 17, 18}

2.2. Identificando os dois enfoques bioéticos predominantes: individual e gerencial

A medicina que foi sendo construída a partir das mudanças ocorridas nos séculos 18 e 19 ampliou seu território em direção a duas vertentes: a medicina baseada no saber clínico e a medicina baseada em outro saber, o epidemiológico. O modelo epidemiológico se desenvolveu visando essencialmente a prevenção da doença e a promoção da saúde individual e coletiva, com caráter normatizador e higienizador e foco de ação sobre o coletivo. Contrariamente, o modelo clínico - que se desenvolveu nos hospitais - se deu como uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças. Foucault ¹⁹ expressa assim essas duas vertentes:

A doença é, assim, tomada em um duplo sistema de observação: um olhar que a confunde e a dissolve no conjunto das misérias sociais a suprimir; e um olhar que a isola para melhor circunscrevê-la em sua verdade de natureza. (p. 42)

A medicina baseada no saber clínico apresentou como componentes ideológicos o *mecanicismo*, fruto do modo de produção dominante; o *biologismo* com o reconhecimento crescente da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências, absolvendo os fatores determinantes de natureza social; e o *individualismo*, explícito na eleição do indivíduo como seu objeto e o distanciamento dos seus aspectos sociais. Como conseqüência pôde-se imputar ao indivíduo a responsabilidade pela sua própria doença.²⁰ Estes componentes ideológicos podem ser encontrados como base para algumas das primeiras abordagens bioéticas estadunidenses e européias, que co-evoluíram, no entanto, em tensão com alternativas de enfoque sobre as instituições de saúde e seu gerenciamento a partir da vertente de medicina epidemiológica.

Esta tensão está fundamentada no fato de que, apesar da imagem de progresso e desenvolvimento associada à expansão na área de medicamentos, equipamentos e outras tecnologias, ao nascer do século 20 incomodamente a ocorrência das IH permanecia contumaz. Não obstante os avanços relativos à arquitetura hospitalar, medidas higiênico-sanitárias e os recentes avanços da medicina clínica, as IH cresciam em importância a partir do reconhecimento dos efeitos adversos causados pela sua ocorrência.

A partir dessas duas vertentes da medicina moderna, a clínica e a epidemiológica, e a tensão descrita acima com relação às dificuldades de lidar

com os crescentes problemas da ocorrência das IH, consolidaram-se os dois enfoques que permeiam os debates da atualidade sobre a qualidade da assistência hospitalar, que incluem as práticas da prevenção e controle dessas infecções. Um deles envolve analisar a assistência direta prestada pela equipe de saúde e o outro, discute a problemática sob o ponto de vista institucional com forte tendência aos aspectos gerenciais do complexo universo hospitalar e aponta para erros sistemáticos.^{1,21, 22, 23, 24}

As poucas aproximações que discutem uma avaliação do problema sob o ponto de vista de políticas públicas de saúde, considerada no presente estudo como a terceira forma possível de sua abordagem, será retomada dialeticamente mais adiante, após a análise crítica das duas abordagens predominantes.²⁵

2.3. O hospital e suas origens

O contexto hospitalar pode ser entendido de várias formas e muitos pontos de vista, mas, conhecer a origem histórico-social dos hospitais esclarece muitas faces da realidade atual dessa instituição e fornece subsídios para o reconhecimento dos aspectos objetivos e subjetivos que estão envolvidos com o processo hospitalar de assistência à saúde e suas conseqüências na saúde do indivíduo e da população.

Na antiguidade o bem estar social nunca esteve diretamente ligado a qualquer culto religioso ou sob responsabilidade de governos. A doença se tratava de um caso particular ou privado, não havendo dever público para com ela. Durante o Império Romano, por exemplo, mesmo quando locais especiais foram criados para prestar cuidados médicos aos soldados doentes ou feridos, por motivos de ordem econômica e a necessidade de manter um corpo militar

sadio, esse tipo de instituição para tratamento de doentes não se estendia aos cidadãos romanos de forma ordinária.^{26, 27}

Etimologicamente a palavra hospital vem do latim *hospitale* que significa “relativo a hóspede e hospitalidade”; *hospitalis* designa o local onde se abrigavam os enfermos, viajantes e peregrinos.²⁸ Ressalta-se que essa origem etimológica do termo já de antemão esclarece que originariamente o hospital não apresentava qualquer relação com a prática da medicina, sendo entendido como o local onde indivíduos enfermos recebiam abrigo e cuidados sob os auspícios da cristandade.²⁷ Portanto, o marco inicial dessa análise segue em busca dos primórdios institucionais da atenção social aos doentes e às doenças, à relação desses locais com a prática médica e o reconhecimento das complicações infecciosas decorrentes dessa prática institucionalizada.

Ao longo da Idade Média, um conjunto de informações médicas e de farmácia foi gradualmente coletado e conduziu a uma mudança no funcionamento dos hospitais cristãos, que acrescentaram várias práticas curativas (eméticos, purgativos, expectorantes, diuréticos, sangrias, trepanações, cirurgias) às preces e jejuns que eram os únicos recursos até então utilizados na busca de cura ou alívio dos males.^{26, 27} Com a crescente prática curativa realizada nessas instituições e particularmente devido a expansão de epidemias como a peste bubônica que assolou a Europa entre os anos 1348 e 1351, surgiu a necessidade de acrescentar à sua função de assistência social, a instância de controle social.¹⁹

No decorrer dos séculos seguintes a presença de profissionais médicos com cada vez maior proeminência dentro do hospital foi se tornando a realidade vigente; apesar do ainda limitado arsenal diagnóstico e terapêutico disponível para a sua prática. A assistência religiosa caritativa foi sendo gradualmente

substituída pela atividade médica e o ensino médico privilegiava o aprendizado junto ao leito do enfermo, pois a capacitação visava preparar os alunos para o tipo de trabalho a ser exercido nos hospitais.²⁹ O entendimento que os hospitais pudessem vir a exercer uma ação terapêutica efetiva e eficaz, pela aproximação da medicina em seu espaço, ampliou suas fronteiras para a prestação de serviços a toda a comunidade além dos pobres e marginalizados, atendendo prontamente aos desejos de uma classe média crescente e com possibilidade de pagar por práticas curativas.²⁷

A administração dos hospitais foi sendo transferida progressivamente da esfera religiosa para a jurisdição secular em consequência da presença laica no desempenho das atividades assistenciais hospitalares (que levava a constante dissensões com os religiosos), da malversação dos recursos destinados a manutenção dos hospitais, da incapacidade da Igreja em coibir a corrupção presente nos hospitais e das disputas do clero com o poder civil.^{27, 29}

O aumento da fragmentação da base financeira dos hospitais, a redução do suporte financeiro caritativo, o desenvolvimento econômico e o aumento da riqueza dos Estados absolutistas, acompanhados do aumento da pobreza e marginalização de cada vez maior contingente humano, criava um grave problema econômico e social e levava os pobres e marginalizados a uma crescente procura de abrigo e cuidados. A resposta veio com a ampliação das instalações dos hospitais.³⁰

Logo, já em meados do século 18, os hospitais se constituíam em fonte inesgotável de doença e de morte para os indivíduos ali acolhidos devido à superlotação, a crescente carência de recursos para seu financiamento, sua arquitetura, forma de organização e a falta de conhecimentos sobre a transmissão

de doenças infecto-contagiosas.^{19, 26, 27, 29, 30} Não existia, no entanto, o conceito de IH e o desenvolvimento de práticas específicas para sua prevenção e controle ainda não faziam parte das atividades ali desenvolvidas.

2.4. O hospital e as infecções hospitalares na modernidade

O reconhecimento da necessidade de cuidados com a saúde dos operários para atender à emergência capitalista, que demandava cidadãos saudáveis para o desenvolvimento das atividades de produção, coincide com o desenvolvimento da medicina clínica, fruto do espírito investigativo que caracterizou o Renascimento e do desenvolvimento do chamado método experimental – ou simplesmente “método científico” – durante o século 19.^{19, 27}

O marco fundamental na alteração da visão cristã do hospital como local de abrigo para pobres, cuidados aos doentes, local de exclusão e aonde se ia para morrer, foi a transformação desses em locais de recuperação pela ação médica que ali começou a se desenvolver, especialmente porque ofereciam uma infra-estrutura aos médicos que não podia ser deslocada até a residência dos enfermos.^{27, 29}

A intervenção médica sobre os pacientes hospitalizados também parecia reduzir o tempo de internação e conseqüentemente implicava numa redução dos custos da assistência, o que se constituía numa atraente forma de controle econômico para os administradores hospitalares.⁶

Fica evidente, entretanto, que desde o século 18 as complicações infecciosas decorrentes da assistência hospitalar eram o ponto mais patente da iatrogenia hospitalar. Ainda que de forma incipiente; novas medidas organizacionais procuravam se ocupar com as questões relacionadas ao

aparecimento dessas doenças oriundas do processo assistencial e que ainda mantinha a sociedade estarecida diante das condições críticas dos hospitais e cautelosa diante da sua utilização.^{21, 29}

Ainda na primeira metade do século 19, as observações do médico e professor de anatomia em Harvard, Oliver Wendell Holmes, com relação às estatísticas de ocorrência de febre puerperal, doença que acometia mulheres após o parto, destacaram que essa doença, anteriormente rara, passou a assumir um caráter epidêmico após a introdução da assistência hospitalar ao parto. Sugeriu que os maus hábitos de higiene dos médicos causavam a doença quando esses não lavavam as mãos durante a prestação de cuidados entre uma e outra paciente. Suas sugestões causaram escândalo entre a comunidade médica e reações negativas de indiferença ou hostilidade à sua proposta de prevenção.⁶

Em 1846, Ignaz Philipp Semmelweiss, médico assistente na Primeira Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Viena, observou que a mortalidade das parturientes pela febre puerperal, da ordem de 11,4% nessa clínica onde exclusivamente atuavam médicos, superava em até dez vezes a observada na Segunda Clínica Obstétrica do mesmo hospital onde as parturientes eram atendidas apenas por parteiras.³¹ A partir de um estudo detalhado sobre a ocorrência da febre puerperal, explicou as diferenças de cota de mortalidade entre as duas clínicas como sendo conseqüência da disseminação de partículas cadavéricas, através das mãos dos médicos que praticavam a necropsia das pacientes falecidas, para as outras pacientes durante os exames ginecológicos. Determinou como medida preventiva que médicos lavassem as mãos com uma solução clorada após as necropsias e após o exame ginecológico de cada uma das pacientes. Suas idéias foram recebidas pela comunidade médica como

ofensas. Apesar das dificuldades, as medidas determinadas por Semmelweiss foram implantadas a partir de 1847. Em 1848 a mortalidade na Primeira Clínica caiu abaixo dos valores observados na Segunda Clínica.³¹

Eu assumi que a causa da maior taxa de mortalidade da primeira clínica eram as partículas cadavéricas aderidas às mãos dos obstetras quando efetuavam os exames. Eliminei esta causa mediante lavagem com cloro e conseqüentemente a mortalidade na primeira clínica baixou para índices inferiores aos da segunda clínica. (...) A febre puerperal não é causada somente por partículas cadavéricas, mas também por secreções de organismos vivos, assim é necessário limpar as mãos com água clorada, não somente após manipular cadáveres, mas também depois de exames nos quais as mãos podem contaminar-se com secreções. ⁶(p. 134)

A repercussão da adesão de Semmelweiss à causa nacionalista húngara contra o domínio imperial austríaco na fracassada rebelião de 1848, fez-se sentir com a não renovação de seu contrato em 1849 e o enfraquecimento político da ala progressista que o apoiava na universidade. A nova direção da clínica foi entregue a um médico austríaco conservador que determinou o banimento da teoria de Semmelweiss sobre a origem da febre puerperal e revogou todas as medidas impostas. Nem mesmo o patente recrudescimento da mortalidade entre as pacientes da clínica favoreceu o retorno às idéias deste precursor.^{6, 31} Os trabalhos desenvolvidos por Pasteur, entre 1853 e 1867, introduzindo a concepção da origem microbiana das doenças infecciosas e, adicionalmente, as idéias de Von Pettenkoffer concluindo pela existência de uma suscetibilidade individual às infecções e a influência do ambiente, ambos como fatores complementares entre si para a origem das doenças, alteraram radicalmente o

entendimento das ocorrências infecciosas.^{6, 26, 29, 30} O estabelecimento da utilização complementar de técnicas de assepsia e anti-sepsia em cirurgias por Joseph Lister (1867), conduziu a uma melhoria significativa nos resultados da assistência hospitalar.^{21, 26, 32}

Outras ações efetivas de prevenção e controle das complicações infecciosas associadas ao processo de assistência hospitalar surgem a partir do desenvolvimento dos trabalhos de Florence Nightingale (1820 – 1910) inicialmente nos hospitais militares ingleses durante a Guerra de Criméia. A implantação de melhorias higiênico-sanitárias dos ambientes hospitalares, entre outras inovações por ela implantadas como: lavanderia e cozinha hospitalar, cuidados higiênicos com os pacientes, o aprimoramento das técnicas de isolamentos e a valorização da descontaminação das mãos; conduziram a importante redução das complicações e da mortalidade hospitalar, especialmente dos casos de tifo, cólera e outras doenças infecciosas que acometiam os soldados durante a hospitalização. Nightingale as classificava como “doenças mitigáveis” e estimou que a maior parte das mortes dos soldados se devia a essas e apenas uma pequena parcela aos ferimentos de guerra propriamente ditos.³³ As melhorias implantadas por Nightingale durante seu trabalho nos hospitais gerais ingleses na Turquia, entretanto, causaram reações negativas entre os militares. A resistência à implantação dessas mudanças se fazia pelo entendimento que essas assinalavam os erros, incompetências e falta de zelo da prática ordinária dos hospitais militares ingleses, pela rejeição da não subordinação de Nightingale à hierarquia militar e por ressentimentos quanto as críticas constantes que ela direcionava à classe médica por não incorporarem prontamente medidas preventivas.^{6, 27, 32, 34}

Assim a situação de insalubridade dentro dos hospitais começou a ser alterada e essas melhorias significativas sendo paulatinamente incorporadas, colaboram com o desenvolvimento e consolidação do conceito de IH e das práticas para sua prevenção e controle.

Destaca-se nesse momento o cenário político por detrás do progresso, como no caso do posicionamento contrário aos trabalhos de Semmelweis pelo seu apoio político à rebelião húngara, a resistência militar aos trabalhos de Nightingale e mesmo a negação às críticas de Wendell no âmbito acadêmico estadunidense. A importância da avaliação da evolução dos hospitais e das ações de prevenção e controle das IH dentro de contextos políticos se avulta no seu desenrolar até a atualidade.

2.5. As infecções hospitalares

Para tornar compreensíveis as práticas de prevenção e controle das IH, se torna importante a familiarização com essa doença como fenômeno epidemiológico conseqüente à exposição do indivíduo as práticas médico-assistenciais que se desenvolveram nas instituições que após o século 18.

O indivíduo saudável convive em harmonia com inúmeros microrganismos que naturalmente habitam o organismo humano e o meio ambiente. São designados como *mecanismos de defesa do hospedeiro* os recursos humanos orgânicos envolvidos na manutenção desse equilíbrio entre os microrganismos e o indivíduo saudável. Logo, a simples presença de microrganismos em sítios corporais como pele, narinas, boca, intestinos, não tem significado clínico; é entendida sob o termo de *colonização* e constitui a chamada microbiota humana normal (antigamente referida como *flora normal*).³⁵

Por sua vez, *infecção* é a penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um microrganismo no organismo humano produzindo-lhe danos, cuja dinâmica se revela como resultante da redução ou ruptura das capacidades de defesa do indivíduo e de uma particular interação de diversos fatores do agente, meio e hospedeiro causando doenças ou síndromes infecciosas.³⁵

Microrganismos patogênicos (aqueles que causam doença no ser humano) estão distribuídos no ambiente, em animais ou plantas e sua existência antecede o surgimento do ser humano no planeta. Conseqüentemente, as doenças infecciosas acompanham o ser humano desde os primórdios de sua evolução.³⁶

As IH são definidas como aquelas infecções adquiridas após a admissão hospitalar do paciente e que se manifestem durante a internação ou após a alta, quando puderem ser relacionadas com a internação ou procedimentos hospitalares.³⁷ Essa definição não implica, necessariamente, que o microrganismo causador da IH seja de origem hospitalar, mas, identifica o hospital como o local onde a infecção foi contraída.

Como fenômeno epidemiológico, seguindo a lógica analítica da dinâmica de qualquer infecção, as IH são analisadas sob três aspectos: os relacionados ao paciente, no que se refere a sua capacidade de defesa ou suscetibilidade; os aspectos relacionados aos procedimentos hospitalares, naquilo que favorece a interação do agente microbiano com o indivíduo suscetível; e aqueles relativos ao ambiente hospitalar.^{3, 6, 21, 22}

Os fatores relacionados aos pacientes envolvem o reconhecimento das condições que levam a redução ou ruptura dos mecanismos de defesa dos indivíduos à invasão microbiana, isto é, que aumentam sua suscetibilidade às infecções. Indivíduos nos extremos de idade (recém-nascidos e idosos) são

considerados, sob o ponto de vista de resposta imunológica, como naturalmente comprometidos. Além disso, também estão em situação imunologicamente comprometida aquelas pessoas que possuem patologias crônicas que afetam o sistema imunológico como: diabéticos ou portadores de outros distúrbios metabólicos; pacientes oncológicos, especialmente aqueles com agravos como leucemias ou linfomas; e portadores de doenças infecto-contagiosas que levam a déficit imunológico como a SIDA. Esses e outros pacientes muitas vezes fazem uso de drogas imunossupressoras como corticóides ou quimioterápicos e radioterapias que, adicionalmente afetam a resposta imunológica. A desnutrição, obesidade, cardiopatias e pneumopatias, traumas e queimaduras, também são condições que favorecem a susceptibilidade dos indivíduos à ocorrência de infecções. Durante a hospitalização, sob o estresse da doença, do medo pela internação ou de perder a vida, múltiplos mecanismos orgânicos liberam hormônios que reduzem as defesas imunológicas do paciente. Numerosos avanços na ciência médica, e novos recursos tecnológicos como hemodiálises, exsangüineotransfusões, uso de órteses e próteses, têm contribuído para a sobrevivência de indivíduos que no passado estariam fadados a morrer, mas, por outro lado, essa sobrevivência se faz em condições que favorecem um aumento da suscetibilidade desses indivíduos à eventos infecciosos. ^{6, 21, 38, 39}

Os procedimentos hospitalares envolvem a utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos que invadem as defesas do paciente, que são como barreiras anatômicas contra a invasão microbiana, como a pele íntegra ou a mucosa ciliada respiratória, e que são chamados de *procedimentos invasivos*. Esses procedimentos, na sua instalação e manutenção, carregam consigo um risco para a ocorrência de infecções. Por exemplo, o suporte ventilatório utilizado

em pacientes com déficit respiratório, que substitui mecanicamente o processo respiratório insuflando os pulmões por meio de pressão positiva ou, cateteres inseridos em vasos profundos no sistema circulatório utilizados para a infusão de grandes quantidades de volumes ou de certas drogas, abrem espaço para a penetração de microrganismos nesses sistemas. Da mesma forma sondas, drenos e tubos invadem os sistemas orgânicos, alguns que são originalmente estéreis, isso é, livres da presença de qualquer microrganismo, como o sistema neurológico, cardiovascular e respiratório inferior; afetando os mecanismos naturais de defesa, rompendo barreiras anatômicas e com isso apresentando elevado risco de propiciarem a invasão microbiológica.^{3, 39}

Logo, a combinação de um indivíduo com maior suscetibilidade à infecções e a utilização nesse mesmo indivíduo de procedimentos que possuem um risco de ocorrência do fenômeno, por si só já se apresenta, numa simples avaliação de causa *versus* efeito, como relevante e requer práticas preventivas para redução desses riscos.

Acrescenta-se que essa inter-relação acontece no ambiente hospitalar. Atualmente o ambiente hospitalar é entendido como possuindo um microecossistema próprio por agregar inúmeros indivíduos, com diversas patologias, que trazem consigo sua própria microbiota; manipular e descartar permanentemente todo tipo de secreções e excreções humanas; e utilizar rotineiramente anti-sépticos, desinfetantes e antimicrobianos. Bactérias, fungos e vírus reunidos nesse ambiente e submetidos regularmente a esses processos que buscam sua eliminação, muitas vezes, utilizando-se de seus recursos de defesa, desenvolvem resistência à esses agentes utilizados no seu combate.^{6, 21, 22, 32, 38}

Porém, os microrganismos que convivem com os seres humanos em sítios corporais específicos sem causar qualquer dano (sua microbiota normal) podem vir a ocasionar uma infecção. Essa ocorre em virtude da queda da imunidade do hospedeiro, associada aos mecanismos locais de defesa rompidos por procedimentos invasivos; e por isso são chamados de *germes oportunistas* quando agentes causadores de IH. O *Staphylococcus epidermidis*, por exemplo, é uma espécie bacteriana comensal da pele e mucosas dos seres humanos que raramente se apresenta como agente patogênico, entretanto, quando invade a corrente sanguínea através do local de inserção de um cateter vascular, é responsável por grave reação sistêmica que ameaça a vida, chamada *septicemia*. Da mesma forma outros germes habitantes comuns das mãos, narinas, boca e intestinos humanos podem causar graves infecções nesses ou principalmente em outros sítios corporais quando transportados pelas mãos dos profissionais de saúde ou por artigos e equipamentos.^{3, 6, 21, 22, 32, 38}

A importância do ambiente hospitalar nessa cadeia de transmissão se dá por que freqüentemente encontramos nesse ambiente, microrganismos que apresentam elevado perfil de resistência aos recursos utilizados em seu combate, os chamados *microrganismos resistentes*. Esses agentes microbianos no ambiente hospitalar se perpetuam em fontes aquosas, resíduos, roupas, superfícies ou em artigos e equipamentos e muitas vezes passam a fazer parte da microbiota transitória ou residente dos pacientes e dos profissionais de saúde que estão naquele ambiente.²² A crescente resistência desses microrganismos aos antimicrobianos, muitos deles próprios da microbiota humana, é um fenômeno de importância epidemiológica reconhecida na ocorrência das IH, pela redução do

arsenal terapêutico para seu tratamento e pela disseminação desses no ambiente hospitalar muitas vezes causando surtos hospitalares.^{3, 21}

O que diferencia uma IH quanto à etiologia microbiana é que podem ser causadas por microrganismos cuja origem pode vir a ser do hospital (IH exógena) ou da própria microbiota do paciente (IH endógena). Porém, quando um microrganismo é identificado como agente causador de uma IH ainda não existem recursos disponíveis ordinariamente que demonstrem sua origem, se do próprio paciente ou se daqueles que estão prestando cuidados à saúde ou se de equipamentos ou do ambiente hospitalar.^{3, 38, 39}

Novos desafios passaram a existir na atualidade com o surgimento de novas infecções humanas até então desconhecidas ou a re-emergência de outras. São *doenças emergentes*; a febre hemorrágica causada pelo vírus Ebola, encefalites espongiformes transmissíveis, as mutações dos vírus da influenza como a gripe aviária e suína, os vírus Junin e Machupo, agentes de febres hemorrágicas na Argentina e Bolívia e o vírus da SIDA - sem dúvida a mais importante doença emergente do século 20. São consideradas re-emergentes doenças infecciosas que já se supunham controladas como: a dengue, a febre amarela, cólera e o calazar, e as variantes resistentes ao tratamento como a tuberculose. Todas essas constituem um grupo de patologias com restrito arsenal terapêutico e que, além disso, demandam internação hospitalar; o que favorece a disseminação desses agentes entre os indivíduos suscetíveis ali internados e entre os profissionais de saúde.^{40, 41, 42}

Essas alterações no perfil da sociedade, decorrentes das transições demográfica e epidemiológica, quando juntamente com a acelerada incorporação de métodos invasivos para diagnose e terapêutica constroem um cenário onde a

lógica atual da assistência hospitalar - que tem em seu próprio desenvolvimento histórico a organização dessa sistemática de atenção - continuam favorecendo a manifestação das IH e a possibilidade de aumento da disseminação desses germes.

Do mesmo modo que uma infecção pode acometer qualquer indivíduo na comunidade pela interação dos fatores relativos a ele próprio, ao agente e ao meio, a IH pode acometer qualquer pessoa submetida aos processos de assistência hospitalar, pois está, não só conceitualmente presente em todo e qualquer hospital, mas, também como fenômeno epidemiológico concreto em todos os hospitais, em maior ou menor prevalência, independentemente se público ou privado, geral ou especializado, situado em país desenvolvido ou não.^{43, 44} Tal universalidade faz do entendimento dessas inter-relações e das práticas da prevenção e controle dessas infecções um tema que permeia o debate sobre assistência hospitalar em todo o mundo.³

Como indicado nessa breve apresentação do tema, embora a medicina tenha evoluído consideravelmente no último século e de forma impressionante em suas últimas décadas, IH conseqüentes às práticas curativas padronizadas continuam a ocorrer. Entretanto, essas IH, também entendidas como doenças iatrogênicas ou eventos adversos, têm uma parcela substancial de ocorrências preveníveis.^{3, 6, 21, 22, 38, 39}

2.6. As infecções hospitalares como problema de Saúde Pública

Na segunda metade do século 20 iniciaram-se, principalmente nos EUA e na Inglaterra, os primeiros estudos buscando conhecer e quantificar a magnitude

do problema das IH, seu impacto na assistência hospitalar e as possíveis medidas a serem implantadas especificamente para sua prevenção^{25, 45, 46}

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de estabelecer evidências que as IH se constituíam em um sério problema em todo o mundo, realizou, entre 1983 e 1985, um estudo avaliando sua prevalência em 14 países distribuídos em quatro continentes. Foram avaliados neste levantamento 28.861 pacientes hospitalizados e a prevalência média de IH encontrada foi de 8,7%, tendo variado de 3% a 21% entre os estabelecimentos participantes.⁶ Posteriormente, estudos de abrangência nacional foram substituídos por análises específicas que envolviam o reconhecimento do problema das IH em unidades de internação ou procedimentos hospitalares especiais considerados de maior risco para a ocorrência do agravo.^{47, 48}

No Brasil, o único estudo de abrangência nacional para a avaliação da magnitude do problema no país foi realizado pelo Ministério da Saúde em 1994, envolvendo 8.624 pacientes internados em hospitais terciários pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse estudo encontrou uma prevalência de IH de 15%.⁴⁹

Estimativas relativamente recentes do Departamento de Saúde estadunidense, calculadas pelo seu *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC - Centro de Prevenção e Controle de Doenças) apontam para a ocorrência de aproximadamente 2 milhões de IH ao ano naquele país, com 90 mil mortes, além de um incremento da ordem de US\$ 4,5 bilhões aos custos da assistência hospitalar.⁵⁰

Além da importância do fenômeno sob o ponto de vista de saúde pública, outros fatores que determinaram a necessidade de atenção e investimentos em

ações de prevenção e controle das IH foram razões de ordem legal e econômica. Em 1965, chamou à atenção a repercussão nacional e internacional de um caso julgado pela Suprema Corte do estado de Illinois, nos Estados Unidos, que ficou conhecido como *Darling versus Charleston Community Memorial Hospital*, que concluiu pela condenação do médico e da instituição ao pagamento de vultuosa compensação financeira a um paciente vítima de IH.⁵¹

Os primeiros estudos desenvolvidos sobre a ocorrência de IH destacaram como efeitos adversos para a assistência hospitalar o aumento do tempo de internação do paciente, causando impacto negativo nos índices de desempenho do hospital; o aumento dos custos assistenciais com o tratamento de uma doença iatrogênica; a possibilidade de desenvolvimento e disseminação de germes resistentes aos antimicrobianos tanto no ambiente hospitalar como na comunidade; e os riscos de responsabilização legal pela ocorrência de agravo prevenível. Alguma menção sumária era feita em relação aos chamados custos intangíveis, que se referiam às perdas dos pacientes nos aspectos relativos a dor, sofrimento, seqüelas e morte, assim como os reflexos sobre a sociedade.⁶

A partir desses estudos verificou-se que para que se deflagrassem ações de prevenção e controle das IH havia a necessidade de intervenções governamentais para a instituição de medidas normativas, legislações e formas de supervisão, que viessem a garantir a realização das medidas para a prevenção e controle das IH relativas às práticas assistenciais tanto considerando a atuação do profissional de saúde quanto da instituição hospitalar, para a promoção de garantias à sociedade de uma prestação de serviços hospitalares seguros.^{6, 21, 25}

No Brasil, como exemplo, o desenvolvimento de práticas institucionais de prevenção e controle de IH de forma sistematizada, constituindo um Programa de

Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), foi determinada pela Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, reforçando o enfoque do desenvolvimento de ações planejadas e deliberadas estrategicamente pela direção dos estabelecimentos, com base em indicadores epidemiológicos, dentro da política interna desses hospitais. A meta a ser traçada deveria atingir êxito sobre a prevenção e controle das IH obtendo “a máxima redução possível da sua incidência e gravidade”.⁵²

A partir desta apresentação dos aspectos que compõem o cenário das práticas de prevenção e controle das IH, esse estudo pretende avançar com a análise das abordagens bioéticas e reflexões sobre conflitos ou dilemas morais que emergem em todos os níveis dessas práticas, em busca de resposta às questões iniciais que motivaram o desenvolvimento do trabalho.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar, sob o ponto de vista da Bioética, as ações para a prevenção e controle das IH executadas pelos profissionais de saúde, pela gerência institucional e pelo Estado.

Objetivos específicos

- Conhecer o contexto histórico da bioética com relação a área de prevenção e controle das IH.

- Criticar as abordagens bioéticas que destacam práticas profissionais individuais e da gestão hospitalar com relação à prevenção e controle das IH.

- Analisar a realidade das políticas públicas onde as práticas individuais e o sistema assistencial estão inscritos, com relação à prevenção e controle das IH.

- Esboçar o contexto das políticas públicas necessárias para responder adequadamente ao problema da prevenção e controle das IH.

4. MÉTODOS

A presente dissertação, do ponto de vista de sua natureza, enquadra-se como uma pesquisa aplicada.⁵³ Apresenta-se na forma de uma dissertação qualitativa, considerando um estudo de caso,⁵⁴ sustentada em pesquisa bibliográfica e etnográfica.

Definiu-se como marco conceitual para o estudo a Bioética por ser disciplina interessada fundamentalmente pelo agir moral do indivíduo e da sociedade em relação ao seu semelhante e, como marco referencial, as ações de prevenção e controle das IH dentro do contexto histórico-social e político tal qual elas se apresentam.

Quanto à opção metodológica, a escolha pela pesquisa qualitativa se deu por que essa interpreta fenômenos e atribui significado dentro do ambiente natural onde os processos são o foco.^{53, 55} Esse trabalho, dispondo-se a proporcionar um estudo de caso para a análise dos enfoques bioéticos relativos às ações de prevenção e controle das infecções, contempla aspectos de pesquisa exploratória e descritiva.⁵⁵

A pesquisa bibliográfica⁵⁶ foi elaborada a partir de livros de referência; dicionários; relatórios, manuais e normas técnicas; legislação pertinente; teses e artigos publicados em periódicos indexados em todas as bases de dados cadastradas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) da Bireme, Scielo, Lilacs, Capes como também na base Pubmed do *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) / MEDLINE e materiais disponibilizados na Internet pelo Portal de Acesso Livre da Capes e Portais de Domínio Público.

A base etnográfica dessa dissertação advém dos 25 anos de trabalho da autora em prevenção e controle de infecção hospitalar em todos os níveis de atuação nacional (até o presente momento ainda atua na área), inclusive com a consolidação e análise de dados quantitativos e qualitativos, incluindo a elaboração, implementação e supervisão de estudos e trabalhos técnicos, assim como colaboração com a redação de rotinas, normas e legislação da área.

5. DISCUSSÃO

5.1. Crítica bioética às práticas individuais e gerenciais na prevenção e controle das IH

5.1.1. A abordagem bioética pelos princípios da não-maleficência e da beneficência

Na busca de uma análise das questões éticas constatadas com relação às práticas de prevenção e controle das IH, utilizou-se como ferramenta teórica de suporte ao presente estudo os princípios bioéticos da não-maleficência e a beneficência, pelo fato dos mesmos terem relação tanto com os aspectos mais específicos relacionados com a assistência direta aos doentes como com aqueles mais gerais e relativos aos temas gerenciais hospitalares.

Tais referenciais comportam um ponto de partida adequado por que a prática de cuidados com os doentes, desde as civilizações mais antigas, fundamenta suas regras éticas no princípio do bem desses indivíduos.⁸ A ocorrência de doenças iatrogênicas conseqüente a esses cuidados viola o preceito hipocrático de *primum, non nocere* (antes de tudo, não fazer mal). Reconhecendo-se as IH como doenças iatrogênicas, o referencial da não-maleficência, portanto, é relevante. A não-maleficência estabelece que a ação do profissional de saúde sempre deve causar o menor prejuízo ou agravo à saúde do paciente (ação que não faz o mal) e tem também como finalidade reduzir as doenças iatrogênicas conseqüentes às ações diagnósticas e terapêuticas no ser

humano.¹ Esse princípio, tendo uma longa tradição na ética, apresenta-se como de grande valor na prática moral, especialmente na prática da prevenção das IH, já que serve como orientação efetiva para os profissionais e gerentes de saúde.

Evidentemente, existem controvérsias quanto à priorização desse princípio ético sobre qualquer outro a partir do argumento que para quase toda prática curativa existe um risco intrínseco de dano e que, portanto, esses danos devidos às práticas curativas padronizadas, estão presentes como marca da incompletude dos conhecimentos sobre a saúde e a doença.⁵⁷ No entanto, o objetivo desse estudo não é promover princípios ou referenciais específicos para analisar as ações de controle e prevenção das IH em si, mas empregá-los na meta-análise de abordagens bioéticas aos problemas levantados pela desatenção na realização destas ações.

5.1.2. O caso da adesão dos profissionais à higiene das mãos – o princípio da não-maleficência

Um dos problemas levantados e considerado mais marcante no contexto estudado diz respeito à prevenção e controle de infecções causadas por *Staphylococcus aureus*. Os seres humanos são o principal reservatório dessa bactéria na natureza; ³ sua presença na microbiota normal se faz especialmente nas narinas, mãos e axilas dos indivíduos. A crescente disseminação da resistência dessa bactéria aos antimicrobianos (penicilina e seus derivados) fez com que sejam hoje chamados de *super-bug* (super-bacilo), pois no momento só existe um antimicrobiano capaz de eliminar tal microrganismo. Esse microrganismo é o agente mais comum das IH e é endêmico na maioria dos hospitais da atualidade. Esforços têm sido empregados no sentido de reduzir a

transmissão cruzada desse patógeno entre os doentes hospitalizados.^{6, 21} Entre outras recomendações, em especial nessa situação de transmissão cruzada entre pacientes, a higienização das mãos dos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados hospitalares é a medida fundamental.^{6, 21, 38, 39} Essa prática tem sido considerada, desde as constatações de Semmelweis, conforme ilustrado anteriormente, um dos pilares da prevenção e controle dessas e das demais IH.^{3, 6, 21, 38, 39}

Observa-se, entretanto, baixa adesão dos profissionais de saúde a essa prática, quase que da mesma forma que há 150 anos. Estudos sobre o tema mostram que as taxas de adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde durante a assistência hospitalar apresentam uma variação entre 16% e 80% de adesão ao protocolo.⁵⁸ Esta grande variação indica que a prática rotineiramente não é realizada como deveria ser, e mesmo quando apresenta seus melhores resultados, estes ainda deixam a desejar. Alguns estudos se propuseram a buscar junto aos profissionais de saúde quais barreiras se impunham à realização da prática.⁵⁸ Foram vários os motivos apresentados, quais sejam, a higienização das mãos causa irritação e ressecamento da pele; com o excesso de trabalho o tempo é insuficiente; as pias não estão acessíveis; o baixo risco pessoal de adquirir uma doença profissional (devido ao contato com o doente); desconhecimento sobre os protocolos; ceticismo quanto à importância da prática, entre outras; numa gama de argumentações que procuram ou explicar ou justificar o comportamento errôneo.⁵⁸

Verifica-se entre essas argumentações que a higienização das mãos conduz a efeitos adversos para os profissionais de saúde (ressecamento e irritação da pele) ocasionando um conflito entre “não causar dano ao paciente” – a

orientação efetiva da não-maleficência - e “evitar o dano a si próprio”. Outras argumentações envolvem a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde restringindo o tempo para o desempenho da assistência dentro dos critérios mínimos de qualidade ou a ponderação de baixo risco de danos à própria saúde. Ambas as situações acima referidas colocam o princípio da não-maleficência em conflito com sentimentos de autopreservação que acabam por conduzir a uma prática moralmente inaceitável.

O desconhecimento por parte de profissionais de saúde de uma prática assistencial primária como a higienização das mãos, pode indicar a baixa qualidade técnica dos recursos humanos dedicados à assistência hospitalar aos doentes. Acrescenta-se ainda o déficit da estrutura que deve ser disponibilizada aos profissionais para a correta execução das práticas assistenciais e a sobrecarga de trabalho. Tal apreciação dirige a análise para o papel institucional sobre a prevenção e o controle das IH não somente como complementar à análise das práticas individuais, mas dentro da constatação da necessidade da mudança de foco.

Portanto, abordagens limitadas ao nível de relações entre indivíduos, mesmo conseguindo identificar um problema bioético, como o analisado acima, não são úteis na busca de soluções. As práticas propostas para a prevenção e controle das IH que enfatizam a vertente individualista depositam apenas sobre os profissionais da assistência a responsabilidade por cuidados objetivos na prevenção da IH.⁵⁹ Nessa ótica, portanto, a possível relação causal acaba por se referir apenas às ações relativas à assistência direta ao paciente, priorizando o foco da responsabilização na ação individual, que é interpretada na forma de “erro médico”.²³ Ou seja, profissionais de saúde *deveriam* agir considerando o princípio

ético da não-maleficência e respeitando a orientação sobre a higienização de suas próprias mãos. Mas o que fazer quando assim eles não agem? Considerar as práticas individuais dos profissionais de saúde como a raiz do problema das IH como doenças iatrogênicas deixa de lado importante aspecto relativo à estrutura e aos processos hospitalares que, como cenário onde essas práticas curativas se desenvolvem, representam um papel essencial relacionado às causas das ocorrências das IH, especialmente sob o ponto de vista de prioridades das políticas institucionais que podem e devem responder a esta questão.^{22, 23, 24}

As IH, então, devem ser complementarmente entendidas como conseqüentes ao modelo de organização assistencial e tecnológica moderna e, portanto, como doenças iatrogênicas ou eventos adversos cujas causas se relacionam com o processo de atenção do hospital como um todo. Neste sentido, na medida em que um sistema de prestação de cuidados se torna mais complexo, aumentam as chances de oportunidades de erros.²³ Essa mudança do foco (e não a complementação do foco) da responsabilização individual com a prevenção e controle das IH para a ocorrência do agravo em função da organização hospitalar, constitui a segunda forma de abordagem predominante com relação a essas.²⁴ A busca da sua prevenção e controle se dirige para a construção de um sistema de prestação de serviços de saúde mais seguro a partir do reconhecimento que seres humanos, em todas as linhas de trabalho, cometem erros, e a melhor forma de evitá-los é por meio da reorganização do sistema de trabalho.^{23, 24}

Retomando o estudo sobre higienização das mãos citado acima e sua aproximação com o referencial da não-maleficência, deve-se aplicar a mesma demanda moral aos profissionais de administração e gerência das instituições,

mesmo entendendo suas funções como díspares no sistema de saúde. Isto é, mesmo que profissionais de administração e gerência não tendo um contato com pacientes que requeira o mesmo padrão de higienização de suas próprias mãos, estes ainda devem adotar o princípio ético da não-maleficência na execução das suas próprias funções de providenciar, promover e regular esta prática pelos profissionais de saúde de sua instituição.

No entanto, o que se pode sumarizar a partir desse estudo é que a apropriada higienização das mãos não é institucionalmente buscada, uma vez que protocolos para a prática não são estabelecidos ou reforçados, a baixa adesão dos profissionais à prática não é enfrentada e aqueles que a realizam adequadamente não são valorizados.⁵⁸ A constatação por parte da instituição dos elementos negativos que são infligidos aos profissionais de saúde como consequência da higienização das mãos, deveria ser acompanhada de imediatas ações corretivas para atender a demanda de não-maleficência.

Como exemplo, pode-se recordar que inúmeras formulações de sabonetes e anti-sépticos para a higiene das mãos estão disponíveis no mercado de forma a atender a redução das lesões causadas pelo uso freqüente desses. Uma das características mais importantes nesses produtos é o pH onde a acidez ($\text{pH} < 7$) é desejável. Em um hospital do Distrito Federal, a análise deste parâmetro em busca da avaliação da qualidade dos produtos dispensados pela instituição para higienização das mãos encontrou o pH do produto entre 7 e 10.⁶⁰ Produtos para a higienização das mãos neutros ou alcalinos ($\text{pH} \geq 7$) lesam a pele e causam irritação; em contrapartida, produtos com pH ácido têm custo mais elevado por serem protetores da pele. Se a política institucional definisse como prioridade na área de qualidade da assistência e segurança para o paciente a contínua

capacitação, supervisão e atendimento às necessidades profissionais para a adesão à higienização das mãos em todos os aspectos, essa prática poderia ser melhorada.⁵⁸

O princípio da não-maleficência deve ser um referencial moral para qualquer gerência institucional hospitalar para que se reflita também entre os membros daquela comunidade que, entretanto, não devem se fazer reféns de uma má organização e falta de recursos, demarcando que não podem abdicar de posturas éticas em função de deficiências observadas no desenvolvimento dos processos assistenciais. Quando nem os profissionais de saúde, nem a instituição adotam sistematicamente um princípio básico da bioética como a não-maleficência, voltamos à mesma indagação: o que fazer? No entanto, já se pode formular a hipótese que a mudança de foco do nível individual para o institucional, por si mesma, não é capaz de adiantar a solução dos problemas, além da mesma asseveração reducionista e pouco informativa que a instituição *também* deveria agir com maior consideração de não-maleficência prezando a higienização das mãos de seus próprios profissionais de saúde.

5.1.3. O caso da utilização do cateter vascular – o princípio da beneficência

Para evitar um conflito improdutivo entre as principais abordagens bioéticas em consideração e testar a hipótese formulada acima, convém considerar adicionalmente outro princípio positivo, intimamente associado à não-maleficência: a beneficência. A beneficência, de *bonum facere* (do latim, “fazer o bem”), também tem suas raízes no reconhecimento do valor moral do outro, pois, age em busca de maximizar o bem do outro e reduzir o mal.⁸ Para Pellegrino e

Thomasma,⁶¹ a medicina como atividade humana é, por necessidade, uma forma de beneficência porque deve significar a promoção da saúde e a prevenção da doença, considerando benefícios e malefícios, mas buscando sempre a predominância dos primeiros. Dessa forma, o profissional busca avaliar os riscos e os benefícios potenciais de sua prática maximizando os benefícios e reduzindo ao mínimo os danos e riscos possíveis. Para tanto, deve ter a maior convicção e informações técnicas possíveis que assegurem ser o ato benéfico ao paciente.¹ Similar à discussão sobre o princípio da não-maleficência, a pertinência de beneficência por parte da instituição, seus gerentes e administradores, também será abordada concomitantemente.

O desempenho e a competência do profissional de saúde são comportamentos integrados, fundamentados no conhecimento e habilidades pessoais desenvolvidas e são os requisitos básicos para os profissionais da saúde que realizam procedimentos em diferentes níveis de complexidade. A competência técnica para execução de procedimentos invasivos, por exemplo, exige, entre outros, conhecimentos objetivos de anatomia, fisiologia, microbiologia e destreza manual.⁶² O procedimento invasivo de punção do sistema circulatório pelo uso de cateteres vasculares providencia um contexto apropriado para a aproximação das práticas profissionais e seu contexto institucional com o princípio da beneficência.

Em torno de 80 mil septicemias relacionadas ao uso de cateteres vasculares ocorrem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estadunidenses por ano, sendo responsáveis por mais de 28 mil mortes e representando um custo adicional de US\$2,3 bilhões aos gastos com a assistência hospitalar. Mais da

metade dessas IH são preveníveis a partir de cuidados durante a implantação e a manutenção desses dispositivos intravasculares.⁶³

Um estudo realizado no Brasil, em 1994, buscando avaliar a qualidade das ações de prevenção e controle das IH em hospitais terciários pertencentes ao SUS, verificou o desempenho de assistência direta aos pacientes com relação à instalação e manutenção de procedimentos invasivos no sistema circulatório, considerando como base avaliativa as normas técnicas vigentes para o procedimento. A frequência média de hospitais onde os profissionais executavam esses procedimentos invasivos corretamente foi apenas de 26,5%.⁶⁴ Um outro estudo que avaliou o desempenho profissional na execução de procedimento semelhante encontrou somente 22% de adequação técnica na sua realização.⁶² Como para a prevenção das septicemias hospitalares existem normativas técnicas que comprovadamente reduzem suas ocorrências, essas deveriam ser realizadas em toda e qualquer punção vascular em um paciente.

Esses estudos realizados com relação ao desempenho profissional sobre a punção do sistema circulatório pelo uso e manutenção de cateteres vasculares e a adequação das ações de prevenção da ocorrência de septicemias relacionadas a esses procedimentos, indicam como solução ao problema: a educação/capacitação técnica contínua (constatação do déficit cognitivo); constante supervisão técnica objetiva (constatação de déficit de adesão a protocolos); e disponibilidade de todos os recursos para a realização do procedimento (constatação de déficit administrativo).²¹ Pode-se assim concluir que nas situações de falha no cumprimento das normas técnicas para o procedimento estão envolvidos aspectos individuais relativos ao profissional de saúde, mas também aspectos que envolvem direta e indiretamente a própria

gerência institucional por meio da capacitação e monitoração - ou não - de seus profissionais e disponibilização de recursos materiais indispensáveis.

O princípio da beneficência utilizado como instrumento na condução das reflexões cotidianas do trabalho prescreve ao profissional de saúde, antes de tudo, a auto-avaliação da sua capacidade técnica para a realização de uma ação de forma que essa seja adequada e também moralmente engajada ao reconhecimento do melhor interesse do paciente submetido aos seus cuidados. A ação que não se conduz por esse princípio é moralmente injustificada.

Entretanto, o complexo modelo de organização assistencial e tecnológica moderna, requer dos gestores o mesmo balizamento prescrito pelo princípio da beneficência aos indivíduos membros da instituição, já que na vigência do reconhecimento dos déficits existentes deve o gestor priorizar uma ação efetiva das políticas institucionais sob pena de reconhecer e aceitar a negligência ou a imperícia como práticas aceitáveis. Dessa forma, o agir gerencial deve reforçar o reconhecimento do valor humano daqueles indivíduos assistidos no hospital, buscando a garantia de uma assistência de boa qualidade, segura e moralmente adequada. A negligência a isso é também considerada como moralmente injustificada.

Pode-se constatar, portanto, que os princípios bioéticos da não-maleficência e da beneficência, com suas raízes sustentadas na ética da prestação de cuidados aos pacientes e no reconhecimento do seu valor moral, podem também ser transpostos ao âmbito gerencial e institucional. Entretanto, não alcançam uma plenitude de discernimento dos problemas bioéticos complexos que existem nas práticas de prevenção e controle das IH. Portanto, a

abordagem bioética ao problema deve ser ampliada conceitualmente e na prática concreta, para mais além desses referenciais clássicos da ética médica.

Transcendendo um possível embate improdutivo no contexto do presente estudo entre as duas abordagens em consideração, é necessário buscar outros referenciais bioéticos capazes de trazer à luz aspectos do problema que podem estar passando despercebidos ou estar encobertos. A busca de tais referenciais pode tomar a DUBDH da UNESCO como orientação. Esse documento, construído pelos países membros das Nações Unidas e adotado a partir de 2005, retoma a importância de uma prática assistencial baseada nos princípios da beneficência e não-maleficência, mas possibilita também outras considerações para além deles quando prescreve a avaliação e gerenciamento dos *riscos adicionais* que podem incidir sobre os pacientes.¹⁴ A avaliação e gerenciamento de tais riscos possibilitam a utilização metodológica, então, de abordagens mais amplas sob a ótica conceitual, embora diretamente relacionadas com as questões sanitárias, por meio da possibilidade de utilização dos princípios da vulnerabilidade e da proteção constantes da nova agenda bioética internacional proposta pela UNESCO.

5.1.4. O caso do isolamento hospitalar - o princípio da vulnerabilidade

A palavra vulnerabilidade vem do latim *vulnus*, que significa “ferida”. Portanto seria a vulnerabilidade “a susceptibilidade de ser ferido”.⁶⁵ Pode o termo vulnerável também ser entendido como se referindo àquele “que pode ser fisicamente ferido” ou “sujeito a ser atacado, derrotado, prejudicado ou ofendido”.⁶⁶

Segundo Lorenzo ⁶⁷,

(...) vulnerabilidade porta um sentido de susceptibilidade, ou seja, as características que nos deixam aptos a sermos lesados por um evento externo qualquer; e um sentido de risco, que se reporta à possibilidade de que a trajetória desse evento nos encontre em seu caminho. (p. 299)

Essa constatação pode ser encontrada em argumentos dos mais diferentes estudiosos, em diferentes as épocas, sendo em todos verificada a referência à conseqüente necessidade de proteção. ^{67, 68, 69}

Ruof, ⁷⁰ entretanto, aponta em suas observações que apesar da presença em diversas diretrizes éticas de recomendações indicando a necessidade de proteção aos vulneráveis, o conceito de vulnerabilidade e os critérios para designação dos indivíduos vulneráveis ainda permanecem vagos.

É consensual, todavia, que a vulnerabilidade é uma condição humana natural e universal. É também ponto de concordância, que a vulnerabilidade não é necessariamente a mesma entre todos os seres humanos, existindo indivíduos, grupos de pessoas ou mesmo países, que por apresentarem certas fragilidades adicionais, determinadas por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos, se encontram em condição de maior suscetibilidade. Nessas situações não apenas a igualitária proteção deve ser requerida, mas medidas específicas e adicionais de proteção necessitam ser implementadas. ^{67, 68, 69}

A universalidade do referencial, segundo Hurst, amplia suas fronteiras e acarreta dificuldades para a percepção da conseqüente necessidade de “proteção especial”. ⁶⁹ Por outro lado, a visão reducionista da vulnerabilidade, quando referida apenas à condição em que o sujeito definitiva ou temporariamente se encontra sem condições de defender seus próprios interesses, pode acarretar que

alguns, que deveriam efetivamente ser considerados como vulneráveis, sejam excluídos e não recebam proteção adequada.⁶⁹ O dilema da construção abrangente do conceito ou da visão restritiva do mesmo permeia o debate sobre vulnerabilidade na atualidade, mas a reafirma, sem dúvida, como um valor ético e antropológico fundamental.^{65, 67, 68, 71}

Se o referencial da vulnerabilidade foi integrado aos debates bioéticos nos últimos anos especialmente em torno das pesquisas com seres humanos⁶⁵, na assistência aos doentes e na prática hospitalar esse reconhecimento sempre esteve nos alicerces de sua história, conforme demonstrado anteriormente. O estado alterado de saúde que leva o indivíduo a buscar assistência hospitalar proporciona uma condição adicional e na maior parte das vezes, circunstancial, sobre sua vulnerabilidade, podendo ser entendida nos aspectos de *fragilidade, desamparo, nudez e mortalidade*.⁷² Essa condição clama por maior e específica proteção, pois o reconhecimento da vulnerabilidade é o imperativo do cuidado e da responsabilidade e, nesse sentido, base da moralidade do agir. Isso indica que essa vulnerabilidade deva ser abordada por parte dos profissionais de saúde e da administração institucional com rigor ético quando da avaliação e gerenciamento dos riscos adicionais que podem incidir sobre as pessoas vulneráveis em função dessa condição especial.⁷³

O princípio da vulnerabilidade deve ser entendido, para a fundamentação ética da prática assistencial, concordando com Rendtorff,⁷³ como prioritário sobre quaisquer outros referenciais:

(...) the principle of vulnerability is ontologically prior to the other (European) principles, it expresses better than all of the other ethical principles (...) the finitude of the human condition. (p. 274)

Em seu Artigo 8º a DUBDH também exalta o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual na aplicação da prática médica e tecnologias associadas, ressaltando que indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade de cada um deve ser respeitada.¹⁴

No cenário da assistência hospitalar, a vulnerabilidade dos pacientes às IH (no sentido da suscetibilidade) é patente, e as práticas de prevenção e controle têm essa vulnerabilidade (orgânica) em conta quando de suas formulações normativas. Por outro lado, a condição adicional a que o paciente está exposto, pela doença e principalmente pela hospitalização, parece negligenciada no conteúdo dessas práticas quando colocada em oposição aos interesses da coletividade, isto é, surgem conflitos entre a vulnerabilidade individual e o bem-estar ou segurança da coletividade. A consideração deste conflito pode conduzir a um melhor entendimento dos fatores envolvidos na permanência dos problemas bioéticos relacionados ao controle e prevenção das IH que as abordagens individuais e institucionais já analisadas em termos dos princípios bioéticos da não-maleficência e beneficência não discernem.

Historicamente as medidas de prevenção dos agravos infecto-contagiosos, de forma geral, tendem a modificar suas condições definidoras. Por isso são consideradas eticamente como ações específicas do ser humano e quando aplicadas podem destacar a contradição verificada entre o bem-estar do indivíduo e o da sociedade.⁵⁹ Para compreender como este conflito traz a tona fatores não discriminados nas abordagens anteriores, convém analisar o exemplo concreto da segregação de pacientes no ambiente hospitalar, ilustrando como a aplicação de princípios como não-maleficência e beneficência por parte de ambos os profissionais de saúde e a instituição não conclui este embate, enquanto a

consideração de vulnerabilidade e a demanda de proteção divisam de modo mais amplo o fator de responsabilidade social e a necessidade de abordagens relacionadas com políticas públicas.

O hospital se constituiu como local de segregação de indivíduos com o objetivo de proteção ao bem-estar coletivo nas ocasiões em que a sociedade se viu frente ao dilema da autopreservação, em função da desagregação das relações sociais pela expansão epidêmica das doenças infecciosas.¹⁹ Os indivíduos excluídos em caráter compulsório nos antigamente chamados leprosários e lazaretos quando adoeciam ou quando apenas poderiam vir a adoecer, tinham restringido seu valor humano individual, pois o estabelecimento da segregação era a medida considerada razoável e correta para o enfrentamento de uma problemática social comum.²⁷ Adicionando uma consideração importante ao que já foi apresentado, a prática da *quarentena*, instituída a partir do século 15, evoluiu na atualidade para a definição, na década de 1980, de práticas de *precaução*, e constituíram um grande avanço e simplificação do processo.⁷⁴

Como fundamento técnico para evitar o contato e a disseminação de microrganismos causadores de infecções para outro indivíduo e para a coletividade, com base nos conhecimentos acumulados, especialmente de microbiologia e da cadeia de transmissão de doenças infecto-contagiosas, a prática de *precaução* impõe barreiras físicas específicas para impedir esse contato de forma a isolar a *doença* e não o *paciente*.

Considerando que a microbiota normal do ser humano está diretamente envolvida com a origem das IH, estão definidas as chamadas Precauções Universais, isso é, práticas a serem aplicadas universalmente a todos os doentes hospitalizados, em todos os momentos de prestação de assistência e por todos os

profissionais de saúde que entram em contato com o paciente, suas secreções ou excreções. Essas precauções incluem a higienização das mãos do profissional de saúde antes e após o contato e o uso, quando indicado, de barreiras físicas intermediando esse contato entre os dois indivíduos (ou suas secreções ou excreções) pelo uso de luvas, avental e máscara.^{75, 76}

Em algumas situações, considerando a doença diagnosticada ou suspeita, outras medidas são instituídas, medidas de *isolamento*, que passam a incluir além das já referidas medidas de precaução universal, a segregação ambiental do paciente (internação em quarto exclusivo), a restrição do seu trânsito intra-hospitalar, a restrição à visita de familiares, o uso de utensílios descartáveis (pratos, talheres, copos), o descarte especial de roupas e resíduos e, eventualmente, o uso de recursos tecnológicos como pressão negativa ambiental e filtros especiais na ventilação do ambiente.^{75, 76} Em contraste com práticas de precaução, este acréscimo de outras medidas de caráter restritivo *ao paciente* é então denominado de *isolamento*.⁷⁷

O estudo realizado por Stelfox e colaboradores⁷⁸ mostrou que os pacientes submetidos ao isolamento hospitalar: foram vítimas de maior número de doenças iatrogênicas; expressaram grande insatisfação por terem sido segregados; e receberam documentadamente menos cuidados. A dualidade das práticas de isolamento hospitalar, com um aspecto benéfico (para a coletividade) e outro maléfico (para o indivíduo) tem como base a constatação do papel do paciente, numa cadeia de transmissão de IH, como *vítima* e *vetor*.¹¹ Encontrar um ponto de equilíbrio nessa situação é uma tarefa eticamente fundamental para a prática da prevenção e controle das IH e requer o equacionamento desse conflito. Para tanto, estratégias deveriam ser adotadas pelas instituições nesse

equacionamento para a regulamentação da segregação de um indivíduo submetido à assistência hospitalar, e profissionais de saúde deveriam acatar estes regulamentos sem preconceitos e discriminações devido a um temor infundado de um contágio em razão do desconhecimento do processo infeccioso e sua forma de disseminação.

Medidas de isolamento hospitalar vêm sendo cada vez mais reconhecidas como falhas sistemáticas (relativas à organização do sistema de cuidados aos doentes) por que, alterando o processo rotineiro de prestação dos cuidados, favorecem a maior ocorrência de doenças iatrogênicas ou eventos adversos.^{21, 74} Ainda mais, essas medidas de isolamento determinam a elevação dos gastos assistenciais e prejudicam o sistema de saúde quando impedem a admissão de outros pacientes a leitos hospitalares bloqueados para que se estabeleça a segregação ambiental (quarto exclusivo) do paciente infectado/colonizado. Portanto, a regulamentação dessas medidas visa preferencialmente a sua substituição por medidas de precaução e só instituí-las quando claramente eficazes e consideradas como última ou única alternativa,⁷⁹ pois, com o uso das Precauções Universais, que são medidas simples e efetivas, o risco da transmissão da doença infecciosa para a comunidade hospitalar é suficientemente reduzido.⁷⁴ Isto é, excetuando as doenças emergentes, um reduzido número de doenças infecciosas realmente necessita da instituição dessas medidas de isolamento e, mesmo essas as necessitam somente por um período limitado de tempo.⁷⁵

No entanto, práticas de isolamento, que já podem ser consideradas uma falha sistemática em si,²³ ainda continuam a ser implementadas impropriamente: quanto à indicação ou quanto ao tempo de duração. Essa falha gera um grave

problema ético no âmbito de assistência hospitalar e envolve simultaneamente os níveis de assistência direta ao paciente e da gerência e administração institucional.

Ilustrando essa situação está a prática de isolamento em casos de pacientes com diagnóstico de meningite meningocócica. Nesses casos, o paciente deve permanecer em isolamento apenas durante as primeiras 24 horas a partir do início do tratamento antibiótico adequado.^{75, 76, 77} Entretanto, o que se vê na prática é que esses pacientes permanecem em isolamento por todo o período da internação, a despeito do transcurso do tempo seguro após o início do tratamento e da melhora clínica.

A necessidade de proteção do bem-estar da coletividade, em contraponto com a obrigação moral de prestar assistência integral ao paciente vulnerável devido a doença infecto-contagiosa, estabelece uma tensão entre esses dois pólos e, na prática, verifica-se claramente que os profissionais de saúde erram em detrimento do paciente vulnerável e, este erro é absorvido constantemente pela instituição.

A organização institucional tem o dever moral de garantir uma prestação de serviços de boa qualidade e seguros para todos os pacientes. Para tanto deve prover recursos humanos treinados para a identificação e prestação de cuidados aos quadros infecciosos; adequado apoio diagnóstico com vistas à rápida caracterização do agente etiológico, modo de transmissão e delimitação de grupos e fatores de risco, que são informações indispensáveis ao estabelecimento de estratégias ágeis e eficientes de controle. Essas condições são consideradas como pedra angular no estabelecimento de um sistema ágil de identificação/reposta aos riscos à saúde da comunidade hospitalar.²¹

No entanto, no início dos anos 2000, no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) realizou um estudo que avaliou a incorporação das ações de prevenção e controle das IH nos hospitais do país (públicos e privados) dentro dos modelos previstos pela legislação específica em vigor. Esse estudo buscou conhecer, entre outros itens, a disponibilidade de laboratórios de microbiologia nos hospitais para apoio ao diagnóstico etiológico de quadros infecciosos. Chama atenção que 36,7% dos hospitais avaliados não possuíam esse recurso para apoio ao diagnóstico e, entre estes, a maioria era composta, quanto ao tipo de esfera administrativa, de hospitais privados municipais.⁸⁰

Várias constatações podem ser levantadas a partir dessa discussão. Primeiramente, está claro que as demandas de não-maleficência e beneficência por parte de ambos - profissionais e instituições de saúde - não apontam solução para os conflitos entre o benefício à coletividade e a vulnerabilidade de pacientes. Devido à falta de protocolo institucional, disponibilidade de recursos humanos e materiais adequados, especialmente de apoio diagnóstico, além dos outros fatores já indicados anteriormente, a atitude de beneficência por parte dos profissionais e instituições de saúde para com a coletividade ocasiona uma maleficência ao indivíduo vulnerável, enquanto a beneficência para com esse indivíduo coloca em risco a segurança da comunidade.

Outra constatação que se faz é que seria do interesse da instituição hospitalar adequar a implantação de práticas de isolamento não só por considerações morais, mas também de cunho econômico. Mesmo assim, nota-se que mesmo as instituições que buscam atender às suas vantagens econômicas cortando custos indevidos, isto é, os hospitais privados, estão especialmente mal equipados para lidar com essa situação. Por outro lado, isto também chama

atenção a um fator importante na adequação dessa prática de isolamento: a regulamentação por parte do Estado.

Constata-se mais ainda, que a instituição permitir a segregação do indivíduo dos cuidados rotineiros por déficit em recursos de apoio diagnóstico, pela existência de falhas na adesão às práticas das precauções universais ou por falta de conhecimento, é incompatível com a ética e atenta contra a dignidade humana. É necessário esclarecer qual o limite do poder institucional sobre a exclusão do paciente do seu direito a uma prestação de serviço de boa qualidade, apoiando um sistema que pode ser mais estigmatizante e discriminatório do que efetivo.⁸¹ Caberia, portanto, ao nível supra-institucional identificar, regulamentar e supervisionar as medidas corretivas ao problema em discussão.

Finalmente, adotando o referencial da vulnerabilidade e identificando o dilema que surge em relação à proteção do indivíduo e da coletividade, identifica-se que abordagens bioéticas capazes de melhor lidar com a problemática da prevenção e controle das IH requerem considerações que transcendem os níveis interpessoais e gerenciais ou institucionais.

A análise desenvolvida neste capítulo indica, então, a necessidade de aprofundamento das discussões que envolvem a não-maleficência, beneficência e vulnerabilidade para além dos aspectos individuais e gerenciais da saúde e direcionando-as às políticas públicas relacionadas com o papel do Estado e seu dever de garantir proteção igualitária para todas as pessoas, respeitando os direitos humanos.⁸² Em resumo, o requerimento de proteção à vulnerabilidade aponta uma responsabilidade social inscrita no nível de políticas públicas e ação do Estado.

5.2. Críticas ao papel do Estado na prevenção e controle das IH

5.2.1. A responsabilidade social do Estado - o princípio da proteção

Se o requerimento de proteção à vulnerabilidade aponta uma responsabilidade social inscrita no nível de políticas públicas e ação do Estado, como concluído acima; o equacionamento desta responsabilidade social como proteção deve ser analisada nos pormenores dos atributos e funções do Estado que o caracterizam como encarregado de tal responsabilidade, ou seja, como gestor da assistência a saúde.

Uma importante vertente da bioética tem como ferramenta para apreciação de situações de conflito - o Princípio da Proteção - cujo escopo é ultrapassar a prevenção e se dirige mais especialmente à atuação do Estado.⁸³ Esse princípio, portanto, pode ser utilizado como ferramenta teórica para a discussão da ética da responsabilidade social do Estado requerida pelo presente estudo.

Schramm ⁸³ assim descreve o Princípio da Proteção:

O Princípio da Proteção constitui um dos fundamentos da intervenção do Estado, que reconhece sua obrigação de cuidar da integridade física e patrimonial de seus cidadãos a partir do século 18, sendo também o fundamento moral da legitimidade do Estado de bem-estar contemporâneo. (p. 1279)

A garantia de respostas sociais efetivas em cada situação particular de saúde que se coloque como violação dos direitos humanos é atribuição do Estado. Logo, para agir sob o prisma da proteção, esse deve identificar, conduzir debates públicos interdisciplinares, avaliar e regulamentar as condições a serem

satisfeitas no caso de uma necessidade de saúde pública implicar na suspensão de um direito, cumprindo com sua responsabilidade social na garantia da primazia ética sobre quaisquer outros interesses.

Essa exigência existe em função do reconhecimento do Estado como gestor público o que, na prática, se refere ao exercício pleno dos seus poderes normativo, fiscalizador, regulador, sobre o conjunto de normas técnicas que devem compor o sistema de saúde, de modo a continuamente redirecioná-lo para a garantia da integridade individual e o respeito pelos direitos humanos.

No entanto, o Estado não vem cumprindo essa exigência. Illich ⁸⁴ já havia lançado na primeira metade dos anos 1970 uma das críticas mais contundentes até então apresentada contra a medicina moderna. Diz, logo na abertura de seu livro *Nêmesis da Medicina*: “A medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde”. Não seria difícil, mas ainda é necessário, identificar o papel desempenhado pelo Estado nesse processo que Illich chamou de *institucionalização* da medicina, ilustrando a ineficácia ou até a frustração do Estado em cumprir sua responsabilidade social de proteção da integridade individual de seus cidadãos e de seus direitos humanos, particularmente no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde.

Uma importante constatação, consoante com as críticas de Illich, foi finalmente apresentada no início desse século pelo relatório do Instituto de Medicina estadunidense através do seu Comitê de Qualidade em Serviços de Saúde (*Committee on Quality of Health Care in America*) que afirma; “Os serviços de saúde não são seguros como deveriam ser.” ²³ Hallsy ⁸⁵ também aponta claramente essa questão quando diz:

Entre as milhões de pessoas que interagem com serviços de saúde a cada ano, somente uma pequena fração está consciente, e apenas vagamente, do número de erros que ocorrem durante a assistência à saúde e da real presença desse risco.(p. 1)

Esse crescente reconhecimento dos riscos presentes em serviços de saúde levou, em 2002, a OMS em busca de soluções, elevando o problema acima do patamar das políticas institucionais ao urgir seus Estados membros a deflagrarem ações no sentido de atuar sobre essa questão da segurança de pacientes.⁸⁶

Segundo o relatório de fundamentação da proposta da OMS, a situação em países ditos em desenvolvimento ou com economia de transição merece especial atenção. O déficit em infra-estrutura e equipamentos, o instável suprimento e baixa qualidade das drogas, as lacunas nas práticas de manejo de resíduos contaminados, o baixo desempenho dos profissionais conseqüente a pouca motivação ou insuficiência técnica e a severa falta de financiamento de custos essenciais à prestação de serviços de saúde, entre outros aspectos, fazem a ocorrência de eventos adversos (entre eles as IH) muito mais freqüente que em países mais industrializados.⁸⁷ Revendo os resultados apresentados sobre a prevalência das IH no Brasil frente aos resultados obtidos pelo estudo da OMS em quatro regiões do mundo, vê-se que a prevalência nacional (15%)⁴⁹ se apresentou quase duas vezes maior que a média encontrada no outro estudo (8,7%), reforçando as observações apontadas pela OMS.

Essa mesma Organização reporta ainda que estes países concorrem com 77% de todos os casos de falsificação ou baixa qualidade de medicamentos e que pelo menos 50% dos equipamentos médicos nesses estão inutilizados ou sub-

utilizados, como resultado de negligência em manutenção, concertos ou mesmo por aquisição indevida, conduzindo a um risco aumentado de danos aos pacientes ou até mesmo aos prestadores de serviços de saúde.⁸⁷

Em resumo, a OMS conclama o Estado para o reconhecimento e avaliação dos riscos existentes na assistência hospitalar, como ferramentas para alcançar a melhoria da qualidade assistencial à saúde. Essas ações apresentam legitimações morais e são necessárias, pois a assistência ainda não é totalmente isenta de efeitos negativos para a saúde.⁸⁸

Logo, para que o Estado atenda sistematicamente aos fatores indicados nos relatórios acima, o padrão no qual se deve definir sua responsabilidade social como proteção à integridade individual e o respeito pelos direitos humanos no âmbito de assistência a saúde, é determinado pela *qualidade assistencial*. No entanto, é importante considerar que qualidade assistencial é um termo descritivo e não avaliativo. A qualidade não é em si um valor concreto, mas é valorada como “boa” ou “má” em função da consecução de maior número de valores positivos ou negativos. Segundo Gracia,⁸⁹ o juízo de valor da qualidade consiste na realização dos valores positivos de todo o tipo e na prevenção de todos os valores negativos. Para o autor, não há qualidade possível sem que se busque a excelência e, a promoção da excelência é o objetivo fundamental da ética. Gracia também afirma que tem sido crescente a importância, apesar de recente, dessa relação íntima entre qualidade e ética e chama a atenção para as discussões éticas no cenário da gestão institucional, possibilitando assim a aplicação deste padrão à gestão dos cuidados com a saúde. Portanto, a ética sanitária na gestão da assistência à saúde segundo esse autor seria:⁸⁹

(...) el intento de introducir los valores en la toma de decisiones sanitarias, a fin de incrementar su calidad. Todo el enorme movimiento de ética de la asistencia sanitaria que ha tenido lugar en estas dos últimas décadas tiene este único objetivo. No entenderlo así sería un grave error, una enorme equivocación. (p. 42)

Logo, quando se reconhece o Estado como gestor público do sistema de saúde, aponta-se também para a sua responsabilidade social e essa se reflete na promoção de uma boa qualidade de assistência que inclui a devida proteção das pessoas, usuárias do sistema sanitário.

5.2.2. Identificando o Estado como gestor da assistência a saúde

Lacerda e colaboradores²⁵, reconhecendo a responsabilidade social do Estado conforme exposta no item anterior, fazem um interessante estudo sobre as ações de prevenção e controle das IH partindo da seguinte hipótese:

(...) que a evolução das IHS no país está relacionada não somente com a evolução do modelo clínico de assistência (e de suas práticas diagnósticas e terapêuticas invasivas e imunossupressivas no corpo biológico), mas também com a forma com que essa assistência foi politicamente conduzida (...) (p. 95)

Para tanto, traçam a evolução histórico-social das práticas de controle e prevenção das IH no Brasil, desde a conjuntura nas décadas de 1950 e 1960, quando as políticas sociais “evoluíram no sentido de contemplar o trabalho

assalariado urbano (...) procurando assim (...) estabelecer níveis mínimos de reprodução de força de trabalho” em termos da promoção de ações de saúde pública e medicina previdenciária.

No entanto, constatam claramente que a priorização pelo Estado sobre os hospitais, não resultou em garantias à população de acesso ou de melhoria da qualidade da atenção a saúde.²⁵

A resposta do Estado ao reconhecimento desse crescente problema das IH, conforme indicado pelas autoras, foi a Portaria N° 196 de 1983 determinando que “todos os hospitais do país deverão manter Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHS), independentemente da natureza da entidade mantenedora.”⁹⁰ No restante do estudo, Lacerda e colaboradores demonstram como essa atitude do Estado foi apenas regulatória, pois a responsabilidade da implementação permaneceu extra-estatal, isto é, estabeleceu-se o processo mas não os recursos para tal; não garantindo portanto “uma proteção unívoca para toda a clientela”.²⁵

Essas e outras medidas relacionadas, portanto, “facilmente se esvaziam ao não se enxergar outras realidades determinantes, numa dimensão mais global”. Ou seja, as melhorias institucionais almejadas pelo Estado não foram alcançadas por esse não considerar devidamente a natureza do problema de implementação de uma política pública efetiva sobre controle e prevenção das IH.²⁵

Lacerda e colaboradores²⁵ concordam com Offe e Lenhardt⁹¹ sobre o fato que:

(...) a tarefa de uma pesquisa sociológica sobre política social não pode ser vista somente na formulação prescritiva de metas e de resultados, mas

sim, na elucidação descritiva das condições sociais de implementação da regulamentação política. (p. 97)

Por outro lado, após esforço admirável em traçar de forma ampla o conjunto dos elementos da estrutura social que compõe o processo de disputa de vários interesses e seus projetos, e de suas relações com os atores governamentais para a institucionalização da política pública de prevenção e controle das IH, as autoras perdem de vista a importante consideração de Offe e Lenhardt;⁹¹ e em sua conclusão apontam não para *mudanças nas condições sociais* de implementação da regulamentação política em questão, mas simplesmente para *melhorias institucionais* das mesmas.²⁵

Não há disputa que “qualidade e recursos humanos” sejam necessários para a implementação de qualquer projeto social, e nunca foi o objetivo desse trabalho argumentar que alguma estrutura político-jurídica por si só bastasse para concretizar mudanças essenciais. No entanto, a arrefecimento da análise de Lacerda e colaboradores, após identificar a importância de considerar as condições sociais de implementação de uma política pública, para encaminhar uma conclusão que se limita apenas “a carência de novos saberes, qualidade e recursos humanos”, é um retrocesso às abordagens individualistas já discutidas e descartadas anteriormente. Ainda mais, isso representa um abandono do projeto crítico orientado pelas considerações de Offe e Lenhardt ⁹¹ por uma mera formulação prescritiva de metas e resultados. Tal formulação em si não é problemática, sendo até necessária para conclusão de qualquer estudo acadêmico que almeje seriamente relevância social, mas esta deve se balizar, conforme teorizado, em considerações das condições sociais de implementação de uma política pública adequada. Ou seja, é necessário que as prescrições não

reduzam o papel do Estado às necessidades de organização das estruturas internas do seu sistema político, mas digam respeito ao contexto no qual o Estado está condicionado pelos interesses socioeconômicos em conflito na implementação da política pública em consideração. Em outras palavras, é necessário transcender o reconhecimento do Estado como gestor da assistência a saúde para considerar sua realidade de lócus de poder e intervenção nos conflitos socioeconômicos pertinentes.

5.3. Críticas aos processos que têm o Estado como gestor da assistência à saúde

5.3.1. O contexto político do hospital

A partir do século 19, com o desenvolvimento e fortalecimento do capitalismo, a necessidade cada vez maior de mão-de-obra saudável para uma ampliação dos ganhos alia-se à percepção de que hospitais poderiam também ser instituições que conduziram ao lucro, atendendo aos interesses capitalistas que os transformaram então em formas ordinárias de negócios. Sua organização e objetivos passaram a se identificar com aqueles de empresas regulares de prestação de serviços. Os hospitais, adicionalmente, passaram a atuar como a principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século 20.^{19, 27, 29}

O foco predominante da medicina desenvolvida no âmbito hospitalar dirigiu-se às práticas curativas; conduziu à especialização, decorrente da divisão técnica do trabalho e definiu parâmetros de qualidade considerando o grau de concentração tecnológica da prática em detrimento da capacidade de promover

ou restaurar a saúde e prevenir as doenças.²² O prestígio concedido às práticas de diagnóstico e terapia significou a valorização do processo fisiopatológico em prejuízo do entendimento e da ação sobre as dimensões social, psicológica e econômica da saúde. A conjugação da profissão médica com o setor hospitalar convergiu para uma associação praticamente integral, alçando a figura do médico à posição de maior destaque dentro do hospital.^{20, 22, 30}

A medicina científica se institucionalizou, através de uma ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades. O novo paradigma determinou mudanças substantivas no objeto, nos propósitos, nos recursos e nos agentes da medicina, levando à configuração de um marco conceitual, que passa a referenciar a prática e a educação médicas. O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais.²⁰(p. 534)

As transformações decisivas que remetem a estrutura e processos presentes hoje nos hospitais foram provocadas pelo *boom* industrial ocorrido com a Segunda Guerra Mundial e pela expansão do capitalismo.²⁰ **Error! Bookmark not defined.**,³⁰ O aumento da complexidade e especialização da prática assistencial hospitalar, a progressiva absorção de tecnologias e novos medicamentos, a adaptação para o desenvolvimento de pesquisas científicas, as novas formas de financiamento que criaram conglomerados em busca de economia de escala, ampliaram a busca por meios de assistência a saúde sobre cada vez menos avaliação da produção ou não de saúde, especialmente com relação à saúde populacional como um todo.²²

A descoberta da penicilina em 1928, considerada um dos acontecimentos mais marcantes da história da ciência, da medicina e da farmácia do Século 20, (além do descobrimento de tantos outros medicamentos como insulina, os corticóides, as drogas com ação sobre a pressão arterial), estimularam a expansão da indústria farmacêutica que respondeu com crescente investimento em pesquisas e técnicas de fabricação. A produção industrial da penicilina ocorreu nos anos 1940, transformando-a num fármaco imprescindível no arsenal terapêutico. O impacto positivo no tratamento das infecções bacterianas (e das IH) fez-se sentir fortemente após sua utilização durante a Segunda Guerra Mundial quando, junto com outros quimioterápicos antimicrobianos, se apresentaram eficazes contra moléstias consideradas há muito tempo como flagelos da humanidade como a sífilis e a tuberculose.^{21, 29}

Logo, os antimicrobianos passaram a ser utilizados não apenas como drogas terapêuticas, mas também como drogas profiláticas, isto é na prevenção de infecções que pudessem vir a ocorrer. Porém, e ilustrando mais uma vez o percurso conflitante da medicina clínica, já em 1946 a presença nos hospitais de microrganismos resistentes à penicilina superava aqueles sensíveis a ela.³

O uso disseminado e abusivo dos antimicrobianos rapidamente fez surgir inúmeros germes resistentes no ambiente hospitalar. Pacientes portadores de doenças crônicas também passaram a ser reservatório desses microrganismos devido a freqüentes internações e uso crônico desses antimicrobianos. Em 1959, por exemplo, um novo antimicrobiano foi sintetizado para tratamento daquelas bactérias resistentes à penicilina e seus derivados. Em 1961, entretanto, já se relatava a ocorrência de surtos hospitalares de infecções causadas por microrganismos resistentes a essa droga.²¹

O desenvolvimento desses novos antimicrobianos pareceu então que seria a resposta definitiva para o tratamento, prevenção e controle das IH. Mas, surpreendentemente elas voltaram a recrudescer na década de 1960. A razão inicial apontava para um provável relaxamento na aplicação de técnicas assépticas pelos profissionais de saúde devido à segurança inspirada pelo uso dos antimicrobianos.³ Porém, concomitantemente, novos equipamentos baseados em novas tecnologias começaram a proliferar na assistência hospitalar, como os aparatos de suporte ventilatório e hemodialisadores e, dentro de pouco tempo reconheceu-se que esses serviam como reservatórios para microrganismos e mais outra importante fonte das IH.^{3, 38}

Medidas agressivas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, áreas e superfícies foram instauradas. Desenvolveram-se novos métodos de esterilização com o uso de gases (óxido de etileno), produtos químicos (formaldeído, glutaraldeído) e métodos físicos (raios gama). Ambientes foram largamente desinfetados com a nebulização de produtos químicos. Nos setores de internação de pacientes graves como Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as janelas foram eliminadas e o ar ambiente foi controlado com ar condicionado e filtros especiais. Os custos assistenciais se elevaram, mas as IH continuavam a se manifestar em uma nova forma, isto é, causadas por germes multi-resistentes.²⁵

Na segunda metade do século 20 ocorreu um crescimento exponencial do modelo de assistência médico-hospitalar, envolvendo, entre outras, as modalidades de autogestão, de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras.²² Novos discursos se apresentaram no ambiente hospitalar, se confrontaram ou se articularam, para ampliar o debate sobre a necessidade da

prestação de serviços livre das incômodas manifestações iatrogênicas representadas pelas IH.⁹²

Portanto, a lógica empresarial capitalista penetrou de forma arrebatadora no hospital, transformando-o em um espaço econômico e institucional e colocando-o sob os interesses corporativos da chamada “indústria da saúde”, envolvendo tanto as indústrias que já operavam tradicionalmente no setor, como a farmacêutica e de equipamentos médicos, quanto, segmentos produtivos que possuíam outras formas de organização e nos quais era possível verificar a presença de lógicas empresariais diversas, como a produção de vacinas e outros produtos biológicos. Essa instituição, por outro lado, se viu frente a uma ampla massa assalariada urbana em rápido processo de constituição e diferenciação, com inúmeras demandas por assistência médica, com maior grau de exigência quanto à qualidade dos serviços prestados, mas com dificuldades socioeconômicas de acesso.

Dessa forma, pode-se afirmar que a dimensão econômica do hospital, vinculada ao processo de inovação e de acumulação, e a dimensão socio sanitária do mesmo, apresentam uma contradição que contrapõe o interesse de eficiência econômica dos agentes e os interesses da população. Ressalta-se, no entanto, que esse cenário não pode ser visto como uma "anomalia" específica da atenção secundária à saúde, mas como um processo universal decorrente da expansão do sistema capitalista.⁹³ Ou seja, a responsabilidade social do Estado em termos de proteção e qualidade assistencial é fundamentalmente comprometida pela organização socioeconômica do Estado que favorece o crescimento econômico e a lucratividade sobre a qualidade dos serviços de saúde regulados e/ou prestados aos cidadãos.

A prevenção e o controle das IH, como exemplo, cuja abordagem se faz dentro de um caráter preventivo e voltado para a coletividade com bases na medicina epidemiológica, inicialmente não se incluiu nesses avanços da medicina clínica. Mas passou a ser crescente a demanda pelo estabelecimento de um corpo de conhecimentos específicos e a busca de medidas de prevenção e controle dessas infecções. Isto é, a demanda que o Estado cumpra sua responsabilidade social, articulada *dentro do sistema capitalista*.

Devido à estrutura socioeconômica que envolve e constitui o Estado, no entanto, pode-se observar que as soluções encontradas para a prevenção e controle das IH mantêm o foco da melhoria da qualidade assistencial hospitalar no crescente acréscimo de novas tecnologias e insumos, num ciclo que acarreta a manutenção permanente dos elevados custos da assistência hospitalar. Isso se ilustra claramente na crescente substituição de artigos reutilizáveis por um imenso arsenal descartável, assim como na multiplicação de insumos químicos (soluções anti-sépticas, desencrostantes, desinfetantes) e processos tecnológicos (esterilização por formaldeído) cujos altíssimos custos não produzem efeito superior ao de processos mais simples. Ainda mais, diante desse aumento da complexidade da estrutura de assistência à saúde, e lembrando a situação de recursos escassos em países como o Brasil (especialmente quando comparados ao gasto total em saúde), o contínuo foco no acréscimo de novas tecnologias e insumos ocasiona ausências cada vez mais freqüentes destes, gerando dificuldades orçamentárias para a manutenção até das infraestruturas e produtos mais básicos (e esses, sim, indispensáveis).²⁵

A assistência à saúde como atividade empresarial coloca a dimensão socio sanitária do hospital em contradição com o interesse de eficiência

econômica dos agentes quando busca como prioridade o valor econômico antes dos demais valores éticos da assistência à saúde dos indivíduos.²⁰ Gurgel Júnior e Vieira discutem que “uma organização que trata diretamente com a vida das pessoas não pode ser dirigida pela lógica da acumulação lucrativa, sob pena de pôr em cheque a própria razão de sua existência”.⁹⁴ Segundo os referidos autores, citando Costa,⁹⁴ nos últimos anos, com o constante avanço dos custos relativos à assistência hospitalar, as preocupações econômicas se sobrepuseram a quaisquer outras:

A agenda mundial de reforma do setor saúde adota um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência à saúde dentro de uma política de atenção administrada. Neste sentido, os governos de vários países estimularam, dentre outras medidas, a concorrência entre os hospitais; passaram a limitar o pagamento total das faturas, a encorajar um melhor gerenciamento das organizações de saúde, a especialmente limitar procedimentos e acesso a subgrupos populacionais mais susceptíveis, e, por fim, a desviar alguns custos dessa assistência para os usuários. (p. 326)

Enquanto a formulação prescritiva de metas e resultados apresentada por Lacerda e colaboradores²⁵ representa um retrocesso às abordagens individuais ao problema em questão, esta “agenda mundial” identificada por Costa⁹⁴ retrocede às abordagens institucionais também já descartadas anteriormente, reduzindo o problema das condições sociais de implementação da política pública de saúde a meros problemas administrativos e, negligenciando sua responsabilidade social não só na perpetuação de um sistema com qualidade

assistencial inadequada, mas também no desvio dos custos dessa assistência para os próprios cidadãos.

Mantendo em vista esse contexto político não como simples cenário, mas como realidade condicionadora do processo de implementação e regulamentação de políticas públicas,²⁰ cabe agora apresentar o caso da implantação das CCIH (Comissões de Controle de Infecção Hospitalar) no Brasil para demonstrar a inadequação de uma abordagem que considere o Estado apenas como gestor da assistência à saúde e ignore os interesses socioeconômicos que pautam sua intervenção nessa área.

5.3.2. O caso da implantação das CCIH

Conclusões de diversos estudos que avaliaram a ocorrência das IH apontaram para o entendimento que as práticas para a sua prevenção e controle não se limitavam à atuação exclusiva sobre os procedimentos assistenciais diretamente aplicados ao paciente, nem envolviam apenas uma abordagem mais ampla de toda a complexa organização hospitalar, desde as etapas de higiene ambiental até a aquisição de insumos e produtos, mas, implicavam uma política institucional que priorizasse a qualidade assistencial em todos os níveis.^{6, 21, 37}

O passo inicial do processo de implantação de práticas sistematizadas em busca da prevenção e controle das IH e da melhoria da qualidade assistencial começou na década de 1960, com a criação, inicialmente dentro de algumas instituições hospitalares inglesas e estadunidenses, de um grupo multidisciplinar para estudar e acompanhar as IH, com os recursos da epidemiologia, e definir medidas para atingir melhores níveis de qualidade assistencial: as CCIH.

Quase uma década após a implantação dessas CCIH, um estudo estadunidense, realizado durante os anos de 1970 e 1976, avaliou o impacto das ações dessas comissões sobre a ocorrência das IH.⁹⁵ Os resultados encontrados por esse *Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control* (Estudo da Eficácia do Controle das Infecções Nosocomiais), conhecido como Projeto SENIC, apontaram que com o estabelecimento bem organizado de práticas de vigilância epidemiológica sistemática da ocorrência das IH e com a implantação de medidas específicas de prevenção e controle, ocorreu uma redução de 32% das IH. Quando comparados os custos da implantação e manutenção dessas comissões com a economia obtida a partir da prevenção da ocorrência de IH, o retorno do capital ficou em torno de quatro vezes mais.⁹⁵

Contudo, esse mesmo projeto revelou que, como naquela ocasião poucos hospitais estadunidenses possuíam um efetivo programa de vigilância e controle das IH, menos de 6% do total das ocorrências anuais de IH estariam sendo prevenidas e que, portanto, a adoção daquelas práticas deveria ser universal entre os hospitais daquele país.⁹⁵

Essa recomendação de instituir-se CCIH nos hospitais serviu como parâmetro mundial e foi determinante na construção de políticas de controle de infecção em muitos países, entre eles o Brasil, pois seus resultados pareciam contundentes a favor daquela forma de abordagem ao problema.⁸⁰ No Brasil, a partir dos anos 1980, inúmeros manuais, guias e recomendações invadiram os hospitais, que já nessa ocasião possuíam alguma organização em torno das CCIH, para servir de apoio às políticas institucionais de melhoria da qualidade assistencial, preconizando as práticas a serem adotadas para a prevenção e controle das IH. Estes manuais, divulgando as últimas tecnologias disponíveis,

apresentavam novas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de artigos ao invés de demandar a qualificação das práticas vigentes. Manuais de microbiologia divulgavam novos métodos e equipamentos para identificação de microrganismos, mesmo sabendo-se da mínima existência de apoio laboratorial para tais tarefas. Outros ainda recomendavam o uso de roupas e artigos descartáveis no controle da disseminação de microrganismos, o uso de novos e antigos antimicrobianos, além de recomendações de medidas específicas de prevenção de IH para topografias particulares, como para infecções cirúrgicas, urinárias, pneumonias e septicemias, aumentando o custo desproporcionalmente ao impacto positivo nos indicadores de qualidade e de infecção hospitalar. No entanto, foram essas as demandas que dominaram o cenário onde atuavam as CCIH naquele período.^{96, 97, 98}

Ao se definir pela implantação universal de comissões de controle de infecções nos hospitais brasileiros, criadas dentro da perspectiva cultural e médica das realidades inglesas e americanas, sem ao menos avaliar seu impacto nos países de origem, direcionaram-se os poucos esforços disponíveis para um tipo organização, que não necessariamente conseguiria atender as necessidades de melhoria ou manutenção de qualidade da atenção, na diversidade dos hospitais do sistema de saúde brasileiro.⁸⁰ (p. 78)

Nesta situação, a CCIH passou a ter que avaliar o impacto econômico das IH sobre a assistência hospitalar, fornecendo subsídios para as decisões orçamentárias da instituição. A CCIH assumiu assim mais uma tarefa, a de ser uma das portas de entrada nos hospitais de novos insumos, equipamentos, fármacos (em especial desinfetantes, anti-sépticos e antimicrobianos) e outros

produtos; que necessitavam de sua avaliação e aprovação para serem adquiridos pela instituição para atuar no combate às IH.^{21, 22, 80}

Essa estreita relação que se estabeleceu entre a CCIH e a “indústria da saúde” pôde ser verificada durante a realização de Congresso, Seminários e Encontros Nacionais e Internacionais de prevenção e controle de IH, durante as décadas de 1980 e 90, patrocinados pela indústria de fármacos e de equipamentos hospitalares. Essa forma de agir para a melhoria da qualidade assistencial se apresentou consoante com a prática assistencial e com a lógica empresarial capitalista vigente, sem, contudo causar impacto nos indicadores de IH. Mesmo os dados mais atuais mostram claramente o ínfimo impacto nas taxas de ocorrência das IH.⁸⁰

No início dos anos 2000, por exemplo, a Anvisa realizou um estudo que avaliou a incorporação das ações de prevenção e controle das IH nos hospitais do país (públicos e privados) dentro dos modelos previstos pela legislação específica em vigor. O estudo concluiu que 24% dos hospitais avaliados não possuíam CCIH e, além disso, a principal ação, o monitoramento das IH, não era sequer realizado em 23% das instituições avaliadas.⁹⁹ A importância desse fato vem à tona quando se percebe que a lógica promovida pelo Estado de criação de CCIH para absorver a crescente complexidade tecnológica em busca da qualidade assistencial ocorria *a despeito da inexistência da monitoração dos indicadores epidemiológicos das IH* que poderia avaliar os impactos positivos ou negativos dessas medidas. A busca da qualidade assistencial, portanto, embora prevista em textos legais, não está sendo colocada em prática adequadamente, deixando a desejar o alcance das metas do Estado com relação à qualidade e segurança do processo de

assistência hospitalar oferecido à sociedade e levantando a questão das providências tomadas pelo Estado diante desse problema.

Pode-se observar, então, que as intervenções do Estado, propostas como soluções para o problema da prevenção e controle das IH, mantêm o foco da melhoria da qualidade assistencial hospitalar no crescente acréscimo de novas tecnologias e insumos, num ciclo que acarreta a manutenção dos elevados custos da assistência hospitalar como discutido anteriormente. Tais intervenções acarretam lucros e benefícios precisamente para aqueles agentes que estariam em posição para alterar a estratégia do Estado para cumprir sua responsabilidade social de proteção da integridade individual e seus direitos humanos. A “indústria da saúde” que financia direta e indiretamente o processo de construção de políticas públicas na área (patrocinando congressos, financiando campanhas eleitorais e fazendo *lobby* aos governos) consolida seu lucro e controle econômico sobre os serviços de saúde, enquanto a burocracia das instituições de saúde e do governo se mantém em ofício como gestores e intermediários entre essa “indústria da saúde” e a população.

Enquanto isso, conforme já constatado pela OMS, o resultado dessa intervenção do Estado como gerente da assistência à saúde, com a implementação de instituições, técnicas e tecnologias inadequadas e pouco condizentes aos objetivos explícitos, chega até a aumentar o risco de danos aos pacientes e mesmo aos prestadores de serviços de saúde.^{86, 87} Ou seja, enquanto os lucros e benefícios se dão precisamente para aqueles agentes que estariam em posição para alterar a estratégia do Estado no sentido do cumprimento da sua responsabilidade social, os custos e malefícios recaem predominantemente sobre aqueles agentes com menor influência sobre o Estado. Conforme preconizado,

afinal, a motivação para a busca por medidas de melhoria da qualidade hospitalar não se dá pela constatação dos danos aos pacientes, nem mesmo aos profissionais de saúde, mas sim, mesmo que desinteressadamente, para atendimento (ou pela submissão) aos interesses econômicos da “indústria da saúde”.

5.3.3. A inadequação do Estado como gestor da assistência a saúde

Este estudo concorda com Berlinguer¹⁰⁰ quando ele afirma:

A pergunta inicial é: quais os riscos são aceitáveis? Ou mesmo, risco (e benefício) de quem? O problema ético reside no fato de que, na grande maioria dos casos existe uma assimetria, pois, com efeito, o risco fica a cargo de alguns indivíduos (os pacientes) enquanto o benefício favorece a outros (a instituição). (p. 144)

Reconhecendo que os benefícios favorecem a instituição no sentido de instituição empresarial e governamental de saúde mais que no sentido do grupo de profissionais de saúde em si, pode-se constatar porque a adoção de medidas gerenciais por parte do Estado conforma com os interesses empresariais e administrativos da “indústria da saúde” e dos setores da burocracia que agem como intermediários. Com base nas experiências gerenciais de outras áreas (por exemplo, na aviação) surgiram propostas de ações corretivas para as práticas assistenciais hospitalares (por meio da criação de protocolos para diagnóstico/tratamento e de rotinas assistenciais), mas, com pouca atuação na mudança da lógica assistencial.²³ Essas propostas de mudanças gerenciais, afinal, buscam a

lógica empresarial sem devotar atenção às questões éticas sobre os valores da comunidade ali atendida e a responsabilidade social pela boa qualidade da prática assistencial.

O reconhecimento da existência de riscos relativos à forma de organização do sistema hospitalar, por ser considerado como um sistema extremamente complexo tem sido motivo de críticas recentes.⁶⁹ Não havendo o interesse de olhar a problemática por outro ângulo, a possibilidade de que a natureza do sistema seja *falha* antes de ser *complexa*, não surge no rol das soluções. Então, parece que não se busca realmente a resposta à questão formulada por Berlinguer: “Risco (e benefício) de quem?”.¹⁰⁰ O autor continua de modo certo sua análise acrescentando enfaticamente à questão um novo ponto de vista; “Outra questão maior é, *por que* (grifo do autor), com os conhecimentos de que se dispõe, a gerência institucional não age, antes de tudo, para reduzir os riscos na assistência?”¹⁰⁰

A questão crucial levantada por Berlinguer conforma com as idéias de Offe e Lenhardt,⁹¹ harmonizando os objetivos adequados para uma abordagem bioética ao problema do controle e prevenção das IH e que os últimos prescreveram como sendo apenas uma tarefa de pesquisa sociológica sobre política social. Isso é, ambas necessitam focar as condições sociais de implementação da regulamentação política, questionando *porque* o Estado não age como deveria, além de meramente constatar o que o Estado *deveria* fazer diante de tal situação.

Para responder esta pergunta crucial e descartar a possibilidade que o presente estudo acusa o Estado as empresas que constituem a “indústria da saúde” de participação em uma conspiração para seqüestrar recursos públicos

explícita e conscientemente para benefício próprio em detrimento da sua responsabilidade social na proteção da dignidade humana, é útil tomar como modelo o estudo de Reiman ¹⁰¹ sobre o sistema de justiça criminal nos Estados Unidos. Esse autor demonstra que, se o objetivo do sistema de justiça criminal é diminuir a criminalidade e seus riscos à sociedade, o sistema tem falhado consideravelmente, pois os índices de crimes cometidos e seus danos sociais *aumentaram* juntamente com a ampliação dos recursos destinados ao seu combate; mais especificamente os recursos destinados ao aumento da repressão policial e do sistema carcerário. Reiman constata também que a resposta do Estado a este fenômeno tem constantemente adicionado recursos às mesmas estratégias sem nunca questionar sua eficácia. ¹⁰¹ Em outras palavras, quanto maiores os índices de criminalidade, mais recursos são direcionados para os aparelhos de repressão e encarceramento. A explicação promovida pelo autor a este fenômeno, que ele denominou de *derrota pírrica* do sistema de justiça criminal, remonta ao processo que ele categoriza de *inércia histórica*.¹⁰¹

Inércia histórica, de acordo com Reiman, diz respeito à perpetuação de um sistema falho por parte dos agentes que controlam esse sistema mesmo sem compromisso intencional com a falha. Isso ocorre devido ao processo no qual um sistema que providencia benefícios para aqueles agentes que tem o poder de fazer mudanças, enquanto impõe custos primariamente naqueles sem tal poder, tende a se manter indiferentemente de qualquer intenção dos primeiros a negligenciar os últimos. No caso analisado por Reiman, os agentes responsáveis pela implementação e regulamentação do sistema de justiça nos Estados Unidos (burocratas e empresários) são os principais beneficiários dos lucros gerados pelo aumento do sistema policial e carcerário e dos votos que garantem reeleição a

políticos que sejam “duros contra o crime”; enquanto as populações, a encarcerada e a sujeita ao aumento da criminalidade, são afastadas da participação ativa na determinação de estratégias para alcançar o objetivo do sistema de justiça criminal.¹⁰¹

Num paralelo com a falha do Estado em atingir seu objetivo de responsabilidade social pela proteção da dignidade humana provendo uma assistência à saúde de boa qualidade, especificamente no que diz respeito às ações de controle e prevenção das IH, observamos o fato que mesmo quando representantes governamentais, empresários da área de saúde, profissionais da área de saúde, e até o público em geral percebem que o sistema de saúde está muito aquém de seus objetivos, a tendência é demandar “mais do mesmo”. Mais tecnologias de ponta nos hospitais, procedimentos terapêuticos mais complexos, antibióticos e anti-sépticos mais eficientes para o combate a germes multi-resistentes, mais ênfase na capacitação da assistência e administração hospitalar, etc.

O resultado dessa demanda é evidenciado na análise promovida ao longo desse estudo: abordagens cada vez mais detalhadas dos problemas associados ao controle e prevenção das IH não resultam em soluções eficazes para estes problemas, por que estas só alcançam medidas paliativas nos aspectos individuais ou institucionais de um problema que é propriamente político. Ainda mais, essas abordagens permanecem cegas para seu caráter contraproducente diante dos seus melhores esforços. Afinal, conforme argumentado nessa crítica às abordagens que consideram o Estado como gestor da assistência à saúde, a baixa qualidade de assistência agenciada pelo Estado no que diz respeito ao controle e prevenção das IH não persiste a despeito de sua falha, mas

precisamente *por causa do como* ela falha. Mais especificamente, essa baixa qualidade de assistência persiste por que providencia benefícios para aqueles agentes que tem o poder de fazer mudanças, enquanto impõe custos primariamente naqueles sem tal poder.

A persistência das ações de viés institucionalista no controle e prevenção das IH diante de seu evidente fracasso pode ser então descrita, para utilizar novamente um termo de Reiman, como uma *Derrota Pírrica* da atual política de saúde. Uma *Vitória Pírrica* seria um sucesso obtido a tão alto custo que potencialmente acarretaria prejuízos irreparáveis. Então, por outro lado, uma derrota pírrica indica um fracasso que proporciona tantos benefícios àqueles em posição de poder sobre o sistema em questão que essas ações correspondem a um sucesso.¹⁰¹ Por fim, devido ao processo de inércia histórica descrito acima, não é necessário que aqueles em controle das instituições, empresas, políticas e práticas de saúde conpirem para causar esse fracasso, nem mesmo que tenham a intenção de fracassar. Em muitos casos, na verdade, há ampla razão para acreditar que gestores públicos (assim como bioeticistas, profissionais de saúde e outros atores) que utilizam essas abordagens equivocadas e adotam suas prescrições conseqüentes, o fazem com as melhores intenções.

Não obstante boas intenções há de se reconhecer o fato que evocar uma prestação de assistência hospitalar segura em concordância com o princípio da proteção, o que inclui agir sobre a redução ou eliminação das IH preveníveis, a partir exclusivamente de uma abordagem gerencial que, mesmo quando considera o papel do Estado, ainda entende essa problemática como apenas um erro sistemático passível de correção através da implantação de protocolos de

ação dentro da lógica capitalista, anula ou reduz a importância dos determinantes sociais da saúde que realmente condicionam o problema em questão.

Há de se concluir, portanto, que uma abordagem bioética que considere primariamente o *caráter* da intervenção do Estado no sistema de saúde, com todas as repercussões socioeconômicas e políticas que envolvem essa intervenção, pode proporcionar uma compreensão integral do problema. Ao contrário de todas as outras abordagens anteriormente criticadas nesse estudo, esta seria capaz de atender não só a questão sobre “o que o profissional de saúde, a instituição, e o Estado deveriam fazer”, mas também, e mais significativamente, a apreensão da estrutura social que problematiza e, por vezes, impede tanto os profissionais e instituições de saúde quanto o Estado de cumprir com sua responsabilidade social de proteção da dignidade humana nas ações de controle e prevenção das IH.

5.4. Proposta: a abordagem da Bioética de Intervenção

5.4.1. A Bioética de Intervenção

A Bioética de Intervenção (BI) reconhece a idéia de saúde como qualidade de vida, “expandindo-se em direção ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudo e intervenção bioéticos, tal como aponta a DUBDH”.¹⁰²

Garrafa e Porto, apresentando a BI, ampliam o contexto da disciplina apreendendo que toda gama de conflitos éticos relacionados à vida e à saúde não pode ser circunscrita ao âmbito exclusivo das abordagens bioéticas de caráter exclusiva ou principalmente biomédico, ou as relações entre profissionais e usuários dos serviços e do sistema de saúde ou na interface entre pesquisadores

e sujeitos de pesquisa.^{13, 102} Transportam então a discussão bioética para “o campo onde verdadeiramente se dão as grandes decisões, que alijam ou incluem indivíduos como beneficiários do desenvolvimento científico e tecnológico, ou seja, a seara das decisões políticas”. Garrafa¹⁵ complementa:

A Bioética incursionou pela política para incluir as questões sociais em sua agenda. (...) Esse grande passo trará, sem dúvida, conseqüências positivas e concretas no sentido de ampliar as discussões éticas em saúde, proporcionar melhores condições para implementação de medidas de inclusão social e favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis, criando, assim, condição para que as sociedades humanas alcancem uma qualidade de vida mais justa. (p.131)

A BI vê o Estado como algo mais do que um gerente, mas como uma estrutura de poder que intervém na esfera socioeconômica. Esta intervenção, no entanto, parte da estrutura socioeconômica que envolve e constitui esse Estado, ou seja, ela é “resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico”.^{102, 103} E é reconhecendo esse contexto que a BI se constrói. Critica a incorporação vertical de conteúdos éticos de países mais industrializados, busca a contextualização da argumentação de acordo com as características locais que interagem com os temas analisados e aborda criticamente o modo de organização da produção, do trabalho e da sociedade.^{9, 15, 102}

Porto e Garrafa descrevem que a BI tem na matriz dos direitos humanos contemporâneos seus referenciais norteadores, incorporando o discurso da cidadania expandida cuja legitimação e aceitação não se limita às garantias

asseguradas pelo Estado, estendendo-se à condição inalienável de pessoa e perpassando então o conjunto das sociedades humanas.¹⁰²

Dessa forma, a intervenção deve ocorrer para preservar a todos os seres humanos os direitos de primeira geração, relacionados ao reconhecimento da condição de pessoa como o requisito único, universal e exclusivo para a titularidade de direitos. (p.118)

Descartando as abordagens bioéticas analisadas anteriormente nesse estudo, esse propõe, então, a abordagem da BI^{13, 15, 102} como sendo a ferramenta mais adequada para interpretação concreta dos problemas relacionados com as ações de prevenção e controle das IH, por ser capaz de reconhecer o verdadeiro escopo e magnitude desse e possibilitar, assim, a busca de soluções que não lidem meramente com os sintomas, perpetuando o problema.

A BI, portanto, é proposta por que remete aos interesses e direitos fundamentais dos cidadãos, a partir da valorização da dignidade humana, o que garante à sociedade a primazia ética sobre os interesses da economia de mercado.^{13, 15, 102}

Logo, esse estudo que buscou uma análise das abordagens bioéticas às ações de prevenção e controle das IH, amplia a discussão além dos princípios analisados anteriormente utilizando essa abordagem como ferramenta que se propõem à reflexão bioética crítica do papel do Estado frente a essas práticas.

5.4.2. Implementação da Bioética de Intervenção: um novo contexto político-social para uma reforma sanitária

Inicialmente, há que se reconhecer e ratificar que ações sobre o processo saúde/doença não podem ser reduzidas ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde, pois esse aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem os determinantes mais amplos desse processo.²⁰ Portanto, se o processo saúde/doença também é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, é necessário reconhecer que qualquer proposta reducionista estará fadada ao insucesso se não atuar em busca de alterações sobre o contexto político-social onde se inscrevem os problemas da área.²⁰

Ilustrando, podemos observar que os hospitais são o centro do sistema de saúde brasileiro e respondem por dois terços dos gastos do setor (os gastos com saúde já ultrapassam 8% do Produto Interno Bruto brasileiro).¹⁰³ Os hospitais são os componentes mais onerosos de qualquer sistema de saúde e, contraditoriamente, nos países de baixa e média renda são eles o centro do sistema de saúde, o lócus primordial para a qualificação dos profissionais de saúde, de incorporação de novas tecnologias e a referência para todo o sistema.¹⁰³ Entretanto, como amplamente exemplificado, em sua grande maioria, seu desempenho deixa a desejar, oferecendo em contrapartida um conjunto de serviços pouco homogêneo e difícil de quantificar.^{21, 22, 23} A existência pontual de serviços de alta tecnologia e de alto custo nesses casos coloca o País como uma referência internacional, mas o contraste se intensifica com a divulgação de níveis medíocres em indicadores básicos de saúde, como mortalidade materna e neonatal.¹⁰³

Ainda assim, é comum a demanda por mais recursos, pois a aparente realidade se diz conseqüência dessa insuficiência de financiamento. Mas pode ser apenas conveniente culpar a falta de recursos pela precariedade evidente na área hospitalar, principalmente quando não se figure no debate sobre essa insuficiência de recursos qualquer discussão a respeito desses custos *versus* a eficiência dos serviços hospitalares. O Brasil, ao contrário da maioria dos países, tem um sistema hospitalar altamente pluralista, composto por uma gama de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, que abrangem tanto o setor público quanto o privado e é único em sua longa tradição de intervir financiando prestadores privados com recursos públicos.¹⁰³ Antes de qualificar uma falta de recursos, portanto, essa situação chama atenção para a forma com a qual essa quantidade substancial de recursos (R\$198 bilhões só em 2006 foram investidos em saúde no Brasil, dos quais 67% corresponderam aos gastos com o sub-sistema hospitalar) está sendo atualmente utilizada, para que fins e com quais conseqüências ou impactos sobre a saúde geral da população.¹⁰³

Os hospitais fazem parte de ambientes políticos, de mercado e financeiro mais amplos. É difícil entender a situação atual dos hospitais brasileiros sem primeiro entender a política de saúde e o ambiente de reforma, os elementos de oferta e demanda que estruturam o sistema hospitalar, os sistemas de alocação financeira e de recursos dos quais os hospitais dependem, e as tendências e padrões históricos. (p. 32)

A partir da década de 1980, o desenvolvimento da política de saúde no Brasil se concentrou em descentralizar a prestação de serviços para os níveis primários de atenção à saúde, em busca da promoção do acesso universal dos

cidadãos aos cuidados básicos. Num processo histórico, essa atenção básica à saúde foi se fortalecendo e grandes avanços ocorreram nessas últimas décadas com a implementação do SUS. Paralelamente, entretanto, as formas de intervenção do Estado continuaram conduzindo a uma expansão contínua dos hospitais nas últimas décadas (inclusive comprando serviços hospitalares privados), mantendo ainda pouco ou quase nenhum questionamento quanto ao papel deles em um sistema de saúde eficiente.²⁵

Ainda mais marcante que a dificuldade do Estado, devido à inércia histórica dos interesses arraigados na estrutura de assistência de saúde, em descentralizar a prestação de serviços conforme almejado com a implementação do SUS, é a dificuldade ainda maior de promover políticas públicas que considerem a melhoria dos determinantes e condicionantes sociais da saúde. Tais fatores determinantes e condicionantes da saúde são expressos no Art. 3º da Lei Orgânica da Saúde do Brasil¹⁰⁴ como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre eles os de saúde. A necessidade de inclusão de todos esses fatores é componente fundamental para uma abordagem a partir da BI, reconhecendo que o processo saúde/doença não é reduzível ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde.^{9, 13, 15, 102}

Contudo, conforme avaliado acima, não é a eficácia de propostas de políticas públicas que determinam sua adoção e os termos de implementação, mas sua harmonia com os interesses que predominam sobre a estrutura de poder que controla o sistema em consideração. Mesmo se melhorias de custo relativamente baixo no saneamento, qualidade da água e coleta de lixo em uma

comunidade obtivessem um melhor resultado em termos de saúde que investimentos em processos curativos (como os administrados com altíssimos custos em hospitais), esses últimos tenderiam a receber maior atenção dos gestores públicos e privados que influenciam ou controlam diretamente a alocação de tais recursos orçamentários. Conforme indicada anteriormente, essa não é necessariamente uma acusação de má-fé, mas pode ser resultado da perpetuação dos atuais modos de organização social.

De acordo com a própria Lei Orgânica da Saúde do Brasil, “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.¹⁰⁴ Portanto, somente alterações no escopo dessa organização seriam realmente capazes de afetar os níveis de saúde da população, incluindo, portanto, a qualidade assistencial hospitalar. Assim sendo, sob a ótica da abordagem da BI essa problemática se reestruturaria somente a partir de uma efetiva intervenção do Estado na raiz do problema, que se daria com a alteração da sua organização socioeconômica. Isto é, compete ao Estado intervir com ações, para fins de reforma sanitária, sobre as propriedades privadas e/ou empresariais, sobre os meios de produção de insumos e equipamentos de saúde, as instituições seguradoras e prestadoras de serviço de saúde e também as instituições financeiras interligadas a essas. Afinal, conforme Gurgel Júnior e Vieira já discutiram, “uma organização que trata diretamente com a vida das pessoas não pode ser dirigida pela lógica da acumulação lucrativa, sob pena de pôr em cheque a própria razão de sua existência”.⁹⁴

Sob essa ótica, então, o Estado deve intervir com referenciais norteadores estruturados a partir do princípio do respeito à dignidade humana, favorecendo a construção de um sistema sanitário que se pautar por uma lógica inversa da atual.

Enquanto as medidas de uma reforma sanitária, como a atualmente implementada através do SUS, se apresentam como agenda governamental que almeja melhor adequar a responsabilidade social do Estado à estrutura socioeconômica vigente; estas ainda não alcançam a reversão da ordem indicada. Deve-se reconhecer que a reforma sanitária só será levada a cabo quando a estrutura socioeconômica (a organização da produção e serviços) for ajustada à responsabilidade social, e não vice-versa. Isto é, o caráter da intervenção que é necessária, indica como marco um outro tipo de Estado, que se estabelece a partir de outros interesses e relações, compondo uma diferente organização da sociedade, para que nessas novas bases o Estado possa então tomar as atitudes necessárias para cumprir sua responsabilidade social sem ser desviado pelos interesses (implícitos ou explícitos, mas sempre tendenciosos) da atual organização de produção. Em outras palavras, a abordagem proposta pela BI consegue apontar para o fato que só um outro tipo de Estado, que não seja seqüestrado por interesses do capital e da burocracia, poderá realmente completar a reforma sanitária.

Assim, a intervenção do Estado aos moldes das prescrições da BI poderá contribuir de modo significativo na busca de eliminar as iniquidades sociais e econômicas existentes no país, interpretando primariamente e mais precisamente o quadro epidemiológico anteriormente descrito que transcende os aspectos exclusivamente biomédicos do processo saúde/doença, estando adicionalmente atento às contradições ou distorções que se estabeleçam a partir do domínio de uma visão corporativa (que atenda apenas as demandas dos interesses econômicos), promovendo formas de intervenção que priorizem os direitos à saúde de todos os cidadãos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

O presente estudo, analisando sob o prisma da Bioética em seu contexto histórico as abordagens às ações para a prevenção e controle das IH, identificou que essas se aproximam ao problema predominantemente através de dois enfoques. Um deles analisa a assistência direta prestada aos pacientes pela equipe de saúde enfatizando aspectos das relações interpessoais e o outro, discute a problemática sob o ponto de vista institucional, destacando os aspectos gerenciais do complexo universo hospitalar e apontando para erros sistemáticos.

Utilizando a metodologia de estudo de casos dentro do cenário das ações de prevenção e controle das IH, esse estudo analisa que as abordagens bioéticas direcionadas aos aspectos individuais, ou seja, das relações interpessoais, não conferem uma visão suficientemente crítica da questão, deixando lacunas na percepção do problema ético que se apresenta.

A ampliação do foco da análise bioética para as questões gerenciais da estrutura organizacional do hospital, apesar de complementar positivamente a percepção dos conflitos ou dilemas do cotidiano dessa prestação de assistência hospitalar dentro das premissas das práticas de prevenção e controle das IH; acaba por reproduzir nesse nível institucional as mesmas lacunas na percepção do problema e impasses para prescrições éticas. Conclui então, que se prescreve soluções que não são implementáveis sem que seja necessariamente levado em consideração seu contexto político.

Ao destacar a importância de incorporar ao campo da reflexão bioética um olhar mais amplo, pôde-se perceber que é necessário que o problema seja abordado de forma mais completa, incluindo todos os níveis de valores que interagem nesse contexto.

Para tanto, evolui a discussão em direção a definição da responsabilidade social do Estado, inscrita no nível de suas políticas públicas. O equacionamento dessa responsabilidade social é analisado nos pormenores dos atributos e funções do Estado que o caracterizam como encarregado de tal responsabilidade, ou seja, como gestor da assistência a saúde que deve continuamente avaliar e redirecionar o sistema de saúde para a garantia do respeito aos direitos humanos.

Entretanto, transcendendo o reconhecimento do Estado como gestor da assistência a saúde para considerar sua realidade de locus de poder e intervenção nos conflitos socioeconômicos pertinentes para a garantia do direito de cidadania de todos os membros da sociedade, é possível vislumbrar novas direções para encaminhar as soluções na esfera da ética que efetivamente poderão alterar o cenário das ações de prevenção e controle das IH, causando impacto real sobre a sua parcela de ocorrência evitáveis.

REFERÊNCIAS

- 1 Nicolas F. Aspects éthiques des infections nosocomiales. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998; 17: 415-22.
- 2 Francis LP, Battin MP, Jacobson JA, Smith CB, Botkin J. How infectious diseases got left out – and what this omission might have meant for bioethics. *Bioethics* 2005; 19 (4): 307-22.
- 3 Haley RW. Incidence and nature of endemic and epidemic nosocomial infections. Boston (MA): Little & Brown; 1986.
- 4 O'Neill O. Public health or clinical ethics: thinking beyond borders. *Ethics Int Aff* 2002; 16(2): 35-45.
- 5 Callahan D. Bioethics. In: Reich WT. *Encyclopedia of bioethics*. 2^a Ed. New York: Macmillan Press, 1995. p. 247–56.
- 6 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Epidemiologia para o controle da infecção hospitalar. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Curso básico de controle de infecção hospitalar*. Brasília (DF): Anvisa; 2000. Caderno A.
- 7 Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1971.
- 8 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5^a Ed. New York (NY): Oxford University Press, 2001.
- 9 Garrafa V. Introdução à bioética. *Revista do Hospital Universitário/UFMA* 2005; 6(2): 9-13.
- 10 Tealdi JC. Os princípios de Georgetown: análise crítica. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (orgs). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*; Tradução: Pudenzi LM, Campanário NN. São Paulo (SP): Gaia, 2006. p. 49-63.
- 11 Francis LP, Battin MP, Jacobson JA, Smith CB, Botkin J. How infectious diseases got left out – and what this omission might have meant for bioethics. *Bioethics* 2005; 19 (4): 307-22.
- 12 Schramm FR. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (orgs). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*; Tradução: Pudenzi LM, Campanário NN. São Paulo (SP): Gaia 2006. p. 143-157.
- 13 Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003; 17(5-6):399-416.

14 Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris, 2005. Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. www.bioetica.catedraunesco.unb.br Acesso em 05 de maio de 2010.

15 Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev Brasileira Bioética* 2005;1(2):122-32.

16 Seminário Regional Bioética: um desafio internacional. Hacia una Declaración Universal; 2004 Nov 6; Buenos Aires. Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos. *Rev Brasileira Bioética* 2005; 1 (3): 317-22.

17 Barbosa SN. A participação brasileira na construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. *Rev Brasileira Bioética* 2006 ; 2 (4): 423-36.

18 Cruz MR, Oliveira SLT, Portillo JAC. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco: contribuições ao Estado brasileiro. *Revista Bioética* 2010; 18 (1): 93-107.

19 Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. New York (NY): Vintage; 1994.

20 Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad. Saúde Pública* 1986; 2 (4): 533-52.

21 Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N (orgs). *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo (SP):Atheneu; 2000.

22 Prade SS. *Da avaliação à informação em serviços de saúde*. Rio de Janeiro (RJ):Editora Ciência Moderna; 2004.

23 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (ed) *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press, 2000.

24 Goldman D. System failure versus personal accountability: the case for clean hands. *N Engl J Med* 2006; 355:121-3.

25 Lacerda R, Egry, EY. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1997; 5(4): 13-23.

26 Borba VR, Lisboa TC. *Teoria geral de administração hospitalar. Estrutura e evolução do processo de gestão hospitalar*. Rio de Janeiro (RJ): Qualitymark; 2006.

27 Risse GB. *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*. New York (NY): Oxford University Press; 1999.

-
- 28 Michaellis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo (SP) Companhia Melhoramentos; 1998.
- 29 Kennedy M. A brief history of disease, science and medicine: from the ice age to the genome project. Mission Viejo (CA): Asklepiad Press; 2004.
- 30 Antunes JLF. Hospital. Instituição e história social. São Paulo (SP) Editora Letras & Letras; 1991.
- 31 Carter KC, Carter BR. Childbed fever: a scientific biography of Ignaz Semmelweis. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers; 2008.
- 32 Pereira MS, Moriya TM. Infecção hospitalar. Estrutura básica de vigilância e controle. Goiânia (GO): AB; 1994.
- 33 Cohen B. Florence Nightingale. Sci Am 1984; 250(3):128 - 37.
- 34 Small H. Florence Nightingale: avenging angel. New York (NY): St. Martin's Press, 1999.
- 35 Berkow R, Fletcher AJ (Ed). Manual Merck de medicina: diagnóstico e tratamento. São Paulo (SP): Roca; 1989.
- 36 Ujvari SC. A história da humanidade contada pelos vírus. São Paulo(SP): Contexto; 2008.
- 37 Ministério da Saúde(Brasil). Portaria nº. 2616 de 12 de maio de 1998. Normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 13 de maio de 1998.
- 38 Bennett JV, Brachmann PS (ed). Hospital infections. 2a. Ed. Boston(MA): Little & Brown; 1992.
- 39 Brachmann PS. Nosocomial infections surveillance (editorial). Infect Control Hosp Epidemiol 1993; 14(4): 194 - 6.
- 40 Schatzmayr HG. Viroses emergentes e reemergentes. Cad. Saúde Pública 2001; 17 (suppl): 209-13.
- 41 Luna EJ. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. Rev bras epidemiol 2002; 5 (3):229-43.
- 42 Barata RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. Rev Saúde Pública 1997; 31(5): 531-7.
- 43 French, GL. Repeated prevalence surveys for monitoring effectiveness of hospital infection control. Lancet 1989; 1021 - 3.
- 44 Yalcin AN. Nosocomial infections in a turkish university hospital: a 2Year survey. Infect Control Hosp Epidemiol 2003; 24(4): 235 - 6.

-
- 45 Zanon U, Neves J. Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1987.
- 46 Silva MFI, Santos BMO. Estudo histórico-organizacional da comissão de controle de infecção hospitalar de um hospital universitário. Medicina, Ribeirão Preto 2001; 34: 170-6.
- 47 Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive-care units. Lancet 2003; 361:2068-77.
- 48 Guilarde AO, Turchi MD, Martelli CMT. Bacteremias em pacientes internados em hospital universitário. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(1): 34-8.
- 49 Prade SS, Oliveira SLT, Rodrigues R, Nunes FA, Félix JK, Pereira M, et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. Rev Control Infec Hosp 1995; 2 (2):11 - 24.
- 50 McKibben L, Horan T, Tokars JI, Fowler G, Cardo DM, et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee. Amer Journal Infection Control 2005; 33(4): 217-26.
- 51 Silva EL. Aspectos jurídicos da infecção hospitalar. In: Zanon U, Neves J. Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro(RJ): Medsi; 1987. p. 47-48.
- 52 Brasil. Lei nº 9.431/97. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 6 de janeiro de 1997.
- 53 Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3ª. Ed. Florianópolis (SC): Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.
- 54 Yin R. Case study research: design and methods. Applied Social Research Met. Series. Beverly Hills (CA): Sage; 1984.
- 55 Demo P. Avaliação qualitativa. São Paulo (SP): Cortez; 1991.
- 56 Luna SV. Planejamento de pesquisa: uma introdução - elementos para uma análise metodológica. São Paulo (SP): Educ; 2003.
- 57 Gillon R. "Primum non nocere" and the principle of non-maleficence. BMJ 1985; 291:130 -1.
- 58 Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide program to improve compliance with hand hygiene. The Lancet 2000; 356: 1307–12.

59 Carraro TE. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12(4):650-7.

60 Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar. Relatório de supervisão técnica sobre a lavagem das mãos na Unidade de Terapia Intensiva. Brasília (DF): Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Norte, 2003.

61 Pellegrino ED, Thomasma DC. The future of bioethics. *Camb Q Healthc Ethics* 1997; 6(4):373-5.

62 Torres MM, Andrade D, Santos C. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(3): 299-304.

63 McKibben L, Horan T, Tokars JI, Fowler G, Cardo DM, et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee. *Amer Journal Infection Control* 2005; 33(4): 217-26.

64 Prade SS, Silva AR, Lentz R, Rodriguez RD, Netto EM, Oliveira SLT et al. Avaliação da qualidade das ações de controle de infecção hospitalar em hospitais terciários. *Rev Control Infec Hosp* 1995; 2 (2): 26-40.

65 Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Rev Brasileira Bioética* 2006; 2(2): 157-72.

66 Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro (RJ): Objetiva; 2001.

67 Lorenzo C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. *Rev Brasileira Bioética* 2006; 2(3): 299-312.

68 Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics* 2003; 17(5-6): 460-71.

69 Hurst S A. Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? *Bioethics* 2008; 22(4): 191-202.

70 Ruof MC. Vulnerability, Vulnerable Populations, and Policy. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2004; 14(4): 411–25.

71 Macklin R. Bioethics, vulnerability and protection. *Bioethics* 2003;17(5-6): 472-86

72 Arán M, Peixoto Júnior CA. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Rev. Saúde Públ.* 2007, 41(5): 849-57.

73 Rendtorff JD, Kemp P. Basic ethical principles in european bioethics and biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. Copenhagen & Barcelona: Tecnos, 2000.

74 Nichiata LYI, Gir E, Takahashi RF, Ciosak SI. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. Rev. esc.enferm.USP 2004; 38(1): 61-70.

75 Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção. Manual de Precauções e Isolamento Hospitalar. São Paulo (SP): APECIH; 1999.

76 Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Manual de Precauções e Isolamento Hospitalar. Brasília (DF): SES/DF, 2002.

77 Garner J, Simmons BP. Guidelines for isolation precautions for use in Hospitals. Atlanta (GA): Centers for Disease Control; 1983.

78 Stelfox HT, Bates DW, Redelmeier DA. Safety of patients isolated for infection control. JAMA 2003; 290 (14):1899-1905.

79 Júnior IF, Ayres JCM. Saúde pública e direitos humanos. In: Fortes PAC, Zoboli EP (orgs.) Bioética e Saúde Pública. 2ª. Ed São Paulo (SP): Edições Loyola; 2003. p. 63 – 9.

80 Santos AMO. Modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

81 Millar M. Do we need an ethical framework for hospital infection control? J Hosp Infect 2009; 73: 232 – 8.

82 Gainotti S, Moran N, Petrini C, Shickle D. Ethical models underpinning responses to threats to public health: a comparison of approaches to communicable disease control in europe. Bioethics 2008; 22 (9): 466 -76.

83 Boy R, Schramm FR. Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal. Cad. Saúde Pública 2009; 25(6): 1276 – 84.

84 Illich I. Limits to medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. New York (NY): Penguin Books;1976.

85 Hallisy JA. The empowered patient. San Francisco (CA): Bold Spirit Press, 2008.

86 Organização Mundial da Saúde. Quality of care: patient safety. Fifty-Fifth World Health Assembly, Ninth plenary meeting [WHA55.18], May 2002.

87 _____. Report by the Secretariat. Fifty-Fifth World Health Assembly, Provisional agenda: item 13.9, May 2002.

88 Padilha KG. Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. *Rev. esc.enferm.USP* 2001; 35 (3):287-90.

89 Gracia D. Calidad y excelencia em el cuidado de la salud. In: Fernando Lolas Stepke (Editor). *Bioética y cuidado de la salud: Equidad, Calidad, Derechos*. Panamá (Panamá): Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000. p. 35 – 52.

90 Ministério da Saúde. Portaria n° 196 de 24 de junho de 1983. In: Ministério da Saúde. *Manual de controle de infecção hospitalar*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1995.

91 Offe C, Lenhardt G. Teoria do estado e política social. In: Offe C. *Problemas estruturais do estado capitalista: força de trabalho e poder da sociedade*. Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasileiro, 1984.

92 Oliveira R. A integralidade nas práticas de controle de infecção na uti de um serviço público de saúde em mato grosso [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal do Mato Grosso, 2007.

93 Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8 (2): 521-35.

94 Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7 (2):325-34.

95 Harley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emory TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in prevention nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiology* 1985; 121:182-205.

96 Pearson ML. Guideline for prevention of intravascular device-related infections. Part I: Intravascular device-related infections: an overview. *Am J Infect Control* 1996; 24:262 -77.

97 Garner JS, Favero MS. Guideline for hand washing and hospital environmental control. *J Infect. Control* 1986; 7:231-43.

98 Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20(4): 247-78.

99 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(3): 475-8.

100 Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. Tradução: Porciúncula LBA. Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília, 2004.

101 Reiman J. *The rich get richer and the poor get prison: ideology, class, and criminal justice*. 8th Ed. Boston (MA): Pearson Publishers, 2007.

102 Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre economia de mercado. *Revista Bioética* 2003; 13 (1): 111-23.

103 La Forgia GM, Couttolenc BF. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo (SP): Editora Singular, 2009.

104 Brasil. Lei nº 8.080/90. *Lei Orgânica da Saúde*. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 26 de junho de 1986.