

Metodologia das comissões de controlo da infecção

Infection control commissions' methodology

Rui Fernando Teixeira Bastos*

Comissão de Controlo de Infecção do Hospital da Prelada

Resumo

A discussão sobre a validação das metodologias adoptadas pelos Programas de Prevenção em Controlo de Infecção, bem como os critérios em que as Comissões de Controlo de Infecção se baseiam para desenvolver as actividades de vigilância epidemiológica, são alvo da maior atenção por parte das autoridades nacionais e internacionais que regulam e norteiam as estratégias de combate a esse problema de saúde pública que são as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Segurança e confiabilidade são os designios que norteiam os Planos de Operacionalização, Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI) da tutela nacional e das organizações de saúde de referência internacional. O objectivo é proteger os doentes, os profissionais e todos os que recorrem aos serviços de saúde. A estratégia é educar, partilhar informação e promover uma cultura de excelência adaptada à realidade social e preparada para os desafios que um mundo em permanente e veloz alteração, obriga a que todos os cidadãos sejam contribuintes efectivos de uma vida melhor.

Palavras-chave: Infecção, cuidados de saúde ◀◀

Introdução

Quando se pretende abordar um tema como o da metodologia das Comissões de Controlo de Infecção (CCI), duas questões se colocam desde logo: a infecção enquanto problema e a metodologia adequada à sua resolução. Subjacente ao tema está a constatação de um problema incontornável de saúde pública, comum a todas as sociedades, que é o da Infecção Nosocomial.

Este conceito, cujo significado está contido na origem etimológica do próprio termo “nosocomial”

Abstract

The discussion concerning the validation of the methodologies adopted by the Infection Control Prevention Programs, as well as the criteria in which the Infection Control Commissions rely to develop the activities of epidemiological surveillance, are at the centre of attention when it comes to the national and international authorities that regulate and guide the fighting strategies to that public health problem, i.e. Infections related to Health Care.

Safety and reliability are the designs that guide the Plans concerning Operationalization, Prevention and Infection Control, which are under the tutelage of the state and of the worldly-renowned health organizations. The goal is to protect the sick, the professionals and those who need health services. The strategy is to educate, share information and to promote a culture able to excel, a culture that is adapted to the social reality and ready for the challenges of a world in constant and rapid change, making it mandatory that all citizens become truly contributors to a better life.

Keywords: Infection, health care ◀◀

– do grego “nosos” (doença) e “koneion” (hospital), sofreu entretanto uma evolução, deixando a circunscrição da realidade hospitalar e passando a reflectir toda e qualquer infecção adquirida em função de um qualquer cuidado prestado por um profissional de saúde, onde quer que seja.

Assim, a expressão universalmente adoptada nos dias de hoje, “Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”, abrange não só a pessoa a quem é prestado o cuidado assistencial, como o próprio profissional nele envolvido, independentemente do contexto em que acontece.

* rui.bastos@hospitaldaprelada.pt

A questão da metodologia invoca a necessidade da escolha de “um caminho para chegar a um fim” (met’hodos). Acontece que a capacidade de escolha está intimamente relacionada com o nível do conhecimento, sendo que este não é imutável. Se é verdade que o pensamento científico moderno foi influenciado pelo cepticismo metodológico cartesiano (que duvida de tudo o que não pode ser provado) e que teve grande expressão nos movimentos de racionalismo iluminista do séc XVIII, ele é hoje equilibrado por uma visão mais holística do mundo.

Quando se trata de pessoas não podemos, como advoga António Damásio, separar o cérebro do resto. O Homem é pois um ser emocional, sendo esta a realidade que caracteriza a sua relação com tudo o que o rodeia. Esta realidade será ainda sublinhada pelas estratégias de mudança a que todos estão sujeitos.

Ao falarmos então de opções, de pessoas e de serviços relacionados com prestação de cuidados de saúde, o primado é o da não maleficência. A grande questão está, então, em descobrir o método que garanta o princípio de *primun non nocere*.

Servir é uma realidade para a generalidade das actividades sociais humanas. Isto também se aplica aos profissionais de saúde. A estes não basta dominar as técnicas, é necessário assumir a nobreza que há em tornar a vida mais fácil ao outro. Só será bom profissional quem for excelente a servir o outro.

Quando se trata de prestação de cuidados de saúde, estamos a referir-nos a um serviço feito por pessoas, para pessoas. Partir daqui para o conceito de Qualidade do serviço prestado, implica falar de comportamentos, atitudes e de desenvolvimento pessoal. Falamos então de mudança no sentido da procura de melhorias sensíveis, da circunscrição do erro e da procura de níveis elevados de fiabilidade e garantia do serviço. De facto, não é suposto que se recorra a uma qualquer organização prestadora de serviços de saúde, sem uma infecção e adquiri-la aí, no local onde depositamos esperança e confiança.

É necessário, pois, que o sistema de trabalho desenvolva os procedimentos e os instrumentos de gestão que garantam um nível máximo de satisfação do cliente. Este será um dos princípios fundadores dos sistemas de gestão da qualidade, cuja matriz traduza uma tolerância para o erro a tender para o zero e a adopção de indicadores que monitorizem o desempenho, orientando-o para o processo de melhoria contínua.

Deming, Juran ou Crosby, foram alguns dos fundadores das metodologias aplicáveis aos sistemas

de gestão que transformaram a qualidade num paradigma incontornável ao sucesso e sobrevivência das organizações (quem não se lembra da roda da qualidade ou PDCA). A qualidade, hoje, não se discute, não há segurança sem qualidade. É inclusive factor determinante de competitividade no mercado da prestação de serviços, pois significa simplesmente, fazer bem.

A Qualidade

“Grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas” ISO 9000

Entre as metodologias experimentadas pelas organizações prestadoras de cuidados de saúde, relevam os sistemas de gestão de qualidade como paradigma incontornável na garantia de elevados padrões assistenciais.

Desde o aparecimento dos primeiros gurus da qualidade, cujo trabalho inicial, nalguns casos, foi apenas reconhecido fora dos seus países de origem, que se multiplicaram as correntes metodológicas que pretenderam assegurar o êxito das organizações: “Gestão Total da Qualidade” (TQM); “Reengenharia” ou, para o sector dos serviços de Saúde, o “Kings Fund” europeu ou a “Joint Commission” americana. Muitas vezes, a sua aplicação tornou-se perversa, uma moda que nem sempre levou em linha de conta as idiosincrasias (constrangimentos?) organizacionais e os contextos sociais, destinatários da sua bondade.

É aqui que parece que outro conceito complementar se associa aos métodos de gestão de qualidade: a Gestão Estratégica. A Gestão Estratégica incorpora os princípios de gestão da qualidade, mas não esquece que o processo de mudança não se faz contra as pessoas, é feito por elas e para elas, origem e destinatários dos processos da qualidade. É, pois, imperioso adoptar o método à realidade sociocultural das organizações, não esquecendo que a satisfação das expectativas e necessidades do cliente têm uma carga subjectiva difícil de mensurar.

No entanto são comuns alguns dos princípios que a aplicação dos sistemas de gestão da qualidade incorpora: a focalização no cliente; o envolvimento das pessoas no processo da qualidade; a comunicação efectiva; a abordagem por processos (interligando e simplificando as actividades); o paradigma da melhoria contínua ou a tomada de decisões baseadas em factos.

Comuns serão também os benefícios da sua adequada adaptação ao contexto organizacional: A satisfação dos clientes internos e externos;

a eliminação do desperdício; a diminuição da variabilidade; a diminuição do erro; a eliminação de redundâncias; a simplificação e a promoção do trabalho em equipa; a cultura da excelência e das atitudes positivas. O que se pretende? Mais uma vez, segurança e confiabilidade.

Esta visão estratégica que integra os valores dos sistemas de gestão da qualidade com a cultura institucional é o que permite às organizações adaptarem-se a um mundo que está em constante e cada vez mais rápida mudança. Esse período entre o passado e o futuro, a que chamamos presente, é por definição transitório, dinâmico e traduz o estado evolutivo das sociedades. Não podemos adivinhar o futuro, dependente de forças externas à nossa vontade: clima; revoluções; crises económicas; mudanças tecnológicas; etc., mas podemos optar por agir ou não agir.

Assim acontece com as organizações prestadoras de cuidados de saúde que, para responder aos desafios que a evolução socioeconómica colocou ao longo dos tempos, reagiu através da inovação e adaptação às realidades emergentes. Será pois da mais elementar justiça homenagear alguns dos que, de forma notável, influenciaram a forma como a humanidade evoluiu nesse contexto – a prestação dos cuidados de saúde.

O Passado

Os séculos XIX e XX concentraram algumas das personagens e acontecimentos que influenciaram de forma determinante a humanidade e os desafios a que as sociedades contemporâneas tiveram que responder.

A viagem ao passado que se propõe, não pretende ser exaustiva e certamente injustificará muitos dos que, de forma mais ou menos reconhecida, marcaram com o seu contributo, etapas do progresso civilizacional, no que a esta matéria diz respeito.

Vários são os historiadores que afirmam que para se compreender o presente, pouco mais será necessário que conhecer os acontecimentos do séc. XIX. Será então aí que se tentará enquadrar o aparecimento das primeiras preocupações com o controlo da infecção e, sobretudo, a origem das Comissões de Controlo de Infecção.

1847 – *“A partir de hoje, 15 de Maio de 1847, todo o estudante ou médico, é obrigado, antes de entrar nas salas da clínica obstétrica, a lavar as mãos com ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigorará para todos, sem excepção”.*

Esta determinação foi escrita por Semmelweiss, médico nascido em Budapeste, pertencente então ao império austro-húngaro, quando trabalhava na primeira clínica obstétrica da maternidade de Viena. Esta clínica era conhecida na época pela elevada taxa de mortalidade por febre puerperal (“Child-bed fever”). Significativo era o facto desta unidade assistencial apresentar uma taxa de mortalidade até dez vezes superior à taxa de mortalidade da segunda clínica obstétrica de Viena, onde os partos eram efectuados não por médicos e estudantes de medicina, mas por parteiras.

O espírito inquieto de Semmelweiss levou-o a estabelecer uma ligação entre a infecção pós-puerperal e a manipulação prévia, pelos clínicos, de cadáveres durante as autópsias.

Essa associação entre as mãos portadoras de “partículas cadavéricas” e a infecção determinou a orientação da higienização das mãos antes da observação das parturientes. O sucesso desta medida simples foi tal que, em poucos meses, a taxa de mortalidade, da primeira clínica, baixou para níveis inferiores aos da segunda clínica.

Este relato constitui a primeira descrição que evidencia a sensibilidade da taxa de infecção nosocomial às medidas de prevenção e controlo da mesma e fizeram com que muitos considerassem Semmelweiss como o “pai” do Controlo da Infecção Hospitalar.

1846 – Florence Nightingale. Esta extraordinária senhora utilizou o poder que a sua condição social privilegiada lhe dava, colocando-o ao serviço do bem público. Dedicou-se aos cuidados de enfermagem, não acreditava em micróbios, mas na higiene e salubridade. Notabilizou-se na guerra da Crimeia ao serviço do exército britânico e demonstrou que a falta de higiene e as doenças dizimavam muitos dos soldados feridos. Foi pioneira na utilização de gráficos estatísticos e utilizou-os para comunicar dados (taxa de mortalidade) de forma inteligível, aos generais e no parlamento. As suas reformas baixaram a taxa de mortalidade de 42,7 % para 2,2 %, no seu hospital militar. Criou ainda a primeira Escola de Enfermagem do mundo.

1860 – James Young Simpson – Médico escocês e um dos mais proeminentes obstetras da modernidade, revolucionou os métodos de controlo da dor através do estudo das propriedades do clorofórmio na anestesia e introduziu o conceito de “hospitalismo” associando-o aos incidentes adversos relacionados com a prestação de cuidados de saúde, termo com grande actualidade, ainda hoje.

1876 – Joseph Lister – contemporâneo de James Simpson, usou a teoria dos germes de Pasteur para introduzir o conceito da antisepsia na prática cirúrgica. Ao demonstrar as propriedades antissépticas de fenol (ácido carbólico), reduziu a infecção pós-operatória, tendo ainda utilizado desinfectantes para as roupas cirúrgicas.

1928 – Alexander Fleming fez-nos sonhar com um mundo livre de infecções, quando descobriu a penicilina. Surgiu então uma nova era: a dos antibióticos que permitiam tratar infecções até então consideradas mortais.

Infelizmente para a humanidade este reinado foi de pouca dura e em 1950 apareceram os primeiros *staphylococcus* resistentes à penicilina. Nesta década a infecção hospitalar começou a ser vista, em Inglaterra, como um problema de saúde pública, tendo aqui aparecido a primeira Comissão de Infecção Hospitalar.

Em 1958, nos EUA, face ao reconhecimento do fenómeno da infecção nosocomial como um problema real, a American Hospital Association (AHA) recomenda a vigilância epidemiológica generalizada e a formação de Comissões de Controlo de Infecção em todas as organizações hospitalares.

A década que se seguiu foi palco da utilização maciça de antibióticos de largo espectro quer no Homem quer em animais domésticos (aqui com repercussões óbvias na cadeia alimentar humana). Este fenómeno teve como consequência um aumento exponencial das resistências de várias estirpes de microrganismos e com particular acuidade para as pseudomonas e enterobacteriáceas.

A sociedade, no entanto, começou a olhar para os incidentes adversos decorrentes da prática de cuidados de saúde, com um olhar crítico. Em 1965, um jovem saudável é internado no Charleston Community Memorial Hospital, nos EUA, com uma fractura numa perna, de resolução aparentemente simples. O jovem faleceu com uma infecção adquirida nesta unidade, dando origem a um processo de litígio judicial – “Darlin v. Charleston” – de que resultou a primeira descrição de indemnização de um cliente hospitalar por danos provocados por infecção nosocomial.

A criação dos “Committes on Infection” nos EUA, deram origem ao aparecimento do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e às recomendações para a assumpção da Vigilância Epidemiológica pelos Hospitais. Em 1969 é efectuado um estudo multicêntrico – National Infections Study (NNIS) e em 1970 o CDC recomenda: a função de

epidemiologista, como instrumento de controlo e prevenção da infecção hospitalar; a implementação do formato da informação de retorno; a nomeação de um Enfermeiro de Controlo de Infecção (ECI) a tempo inteiro para supervisão do Plano de Controlo de Infecção e a inclusão de um microbiologista na CCI.

Em 1974 acontece o SENIC (Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control). Algumas das suas mais interessantes conclusões evidenciaram o seguinte: – “A infecção hospitalar diminui, em média, 32 %, quando a organização possui uma Comissão de Controlo de Infecção. Pelo contrário, aumenta cerca de 9 %-31 % quando esta não existe”. Mas disse mais, “Um terço das infecções nosocomiais são preveníveis; um terço não é prevenível; um terço talvez seja prevenível”.

Em 1976, a Joint Commission Accreditation of Hospital impõe a existência de programas de controlo de infecção como critério de licenciamento dos hospitais.

Como consequência, em 1980, as Comissões de Infecção passaram a integrar um Enfermeiro de Controlo de Infecção por cada 250 camas hospitalares e em 1986 o CDC preconiza uma vigilância epidemiológica global para as unidades de menor dimensão ou, para as de maior dimensão, priorizando as zonas de risco elevado como as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); Serviços Cirúrgicos e berçários de alto risco.

Em Portugal

Fala-se de Comissão de Infecção, pela primeira vez em Portugal, em 1930, tendo-se recomendado a adopção de vestuário protector e higiene das mãos. Mas só em 1978 foi criada a primeira Comissão de Higiene no Hospital de Torres Vedras.

No final de 1987 realiza-se a primeira conferência Nacional sobre a luta contra a infecção hospitalar e efectua-se um inquérito às comissões de higiene, com a finalidade de identificar os constrangimentos na área do Controlo de Infecção.

Entre 1988-1998, é desenvolvido um projecto de controlo de infecção, no IGIF, liderado pela Dra. Elaide Pina, cujas principais finalidades eram as de adequar métodos de estudo das infecções nosocomiais aos hospitais e ainda o de utilizar o controlo de infecção como indicador de qualidade de cuidados prestados. Este projecto esteve na origem do despacho que obrigou à constituição obrigatória de Comissões de Controlo de Infecção em todos os

hospitais públicos e privados, bem como os critérios de acreditação para as CCI, o respectivo regulamento, conteúdo funcional e níveis de responsabilidade dos seus membros.

Em 1999, foi criado o Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI), por despacho do director Geral da Saúde, com a missão de conhecer a dimensão das infecções nosocomiais nas unidades de saúde e a promoção de medidas preventivas. O PNCI foi transferido para o INSA, em 2001, por despacho do então secretário de Estado da Saúde com o objectivo de coordenar e monitorizar o progresso da vigilância epidemiológica a nível nacional, entre outros.

O PNCI é integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e em 2006, por despacho de 10 de Outubro do então Ministro da Saúde, Correia de Campos, foi transferido para a DGS onde foi reorganizado o seu grupo coordenador, criando uma estrutura central que foi incluída na Direcção de Serviços da Qualidade Clínica da Direcção Geral de Saúde (DGS).

O Presente

Apesar dos avanços nos métodos de controlo e prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS); das inovações relacionadas com as técnicas de assepsia, desinfecção e esterilização; da modernização da arquitectura e estrutura hospitalar, a verdade é que há mais IACS.

A verdade é que 10 % – 17 % dos doentes hospitalizados sofrem um evento adverso. As IACS estão entre os três eventos adversos mais significativos nas organizações hospitalares, a par dos relacionados com o uso de medicamentos e das complicações cirúrgicas. Diariamente 1,4 milhões de doentes hospitalizados em todo o mundo adquirem uma infecção associada aos cuidados de saúde.

Isto significa 8 %-12 % dos doentes internados em hospitais de agudos, nos designados países desenvolvidos (o risco sobe para os 15 %-40 % nas Unidades de Cuidados Intensivos). A prevalência das IACS é comum nestes países, com relevo para as urinárias (28 %); as respiratórias (25 %); as do local cirúrgico (17 %) e as da corrente sanguínea (10 %). No Reino Unido, estima-se que as IACS serão responsáveis por cerca de 5 % da taxa de mortalidade hospitalar.

Considera-se hoje que 85 % dos eventos adversos são de processo e apenas 15 % imputáveis a outras causas, inclusive as dos profissionais. Também é consensual que uma boa parte destes eventos

adversos seriam evitáveis, bem como as importantes consequências que acarretam: elevados custos de hospitalização (maior tempo de internamento, em média mais 5-10 dias; aumento do número de horas de prestação de cuidados; aumento da taxa de reinternamento; aumento exponencial de exames laboratoriais; aumento da taxa de mortalidade; etc.) e diminuição da confiança do cidadão nos serviços saúde e nos avanços tecnológicos.

É sabido que nos primeiros cinco dias de internamento, o doente é contaminado por 70 % da flora hospitalar e que ao fim dos primeiros 10 dias está contaminado com 100 % dessa flora. Sabe-se ainda que só a 50 % dos doentes é administrado o fármaco profilático uma hora antes da cirurgia. Torna-se assim mais arriscado ir ao hospital do que andar de avião.

Estes são motivos suficientes para que a tutela e a gestão das unidades de saúde vejam este problema como uma prioridade a resolver.

A estratégia nacional reflecte as preocupações da OMS nesta matéria e insere-se nos projectos europeus de promoção de um ambiente assistencial seguro, cujos objectivos centrais são os de conhecer com rigor e de forma continuada a incidência e a natureza das IACS, bem como a diminuição destas nas unidades prestadoras de cuidados.

A criação de uma rede nacional de registo de IACS, coordenada centralmente pela Divisão de Segurança Clínica da Direcção Geral de Saúde (DGS) e coadjuvada localmente pelos grupos coordenadores regionais, é uma das estratégias entretanto lançadas e que ambiciona a institucionalização de um registo contínuo de análise da evolução das IACS e servirá de apoio a um sistema de vigilância epidemiológica bem estruturado. Outra das intervenções a desenvolver tem a ver com a divulgação de recomendações de boas práticas e a formação e informação de profissionais e utentes.

Estas iniciativas, que datam de 2007 destinam-se a abranger os Cuidados de Saúde Primários; os Cuidados Hospitalares; os Cuidados Continuados; as Unidades de Saúde Privadas e, de uma maneira geral, todos os profissionais envolvidos na prestação directa ou relevante dos cuidados de saúde.

Aos órgãos de gestão das organizações prestadoras de cuidados de saúde cabe a responsabilidade directa do cumprimento do PNCI e, portanto, pelo desenvolvimento de um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI), adequado às unidades. Têm ainda o dever de promoverem políticas de racionalização da utilização dos antimicrobianos;

informatizarem os laboratórios de microbiologia; promoverem a centralização dos Serviços de Esterilização; adequarem as estruturas arquitectónicas; activarem os processos de comunicação externa e interna e fomentarem uma cultura institucional de segurança.

É premente adequar os meios físicos, humanos e financeiros ao funcionamento das Comissões de Controlo de Infecção.

A Comissão de Controlo de Infecção é um órgão consultivo de apoio à gestão, a quem deve assegurar-se autonomia técnica e executiva. A sua composição deve prever um núcleo executivo (no mínimo, um Médico por cada 25 000 admissões/ ano e um Enfermeiro por cada 5000 admissões/ ano e ainda um administrativo); um núcleo dinamizador (um médico e um enfermeiro por serviço) e um núcleo consultivo (multidisciplinar). A este grupo deve ser assegurada formação e carga horária adequadas à dimensão de cada unidade.

A missão da Comissão de Controlo de Infecção inclui a detecção, investigação e controlo de surtos de infecção; a monitorização dos indicadores de resultados estruturas e de processos; a construção e divulgação de manuais de boas práticas; o desenvolvimento de políticas de antimicrobianos, antissépticos e desinfectantes; a formação contínua; assegurar um sistema contínuo de vigilância epidemiológica adaptado à realidade da organização; garantir a informação de retorno e promover o planeamento da alta hospitalar.

A vigilância epidemiológica deve ser promovida de forma prospectiva, baseada no doente, priorizando as áreas de maior risco, sobretudo as áreas dos cuidados intensivos, cirúrgicos, das unidades de cuidados intensivos em neonatologia ou das unidades de hemodiálise. Deve preocupar-se ainda com as infecções nosocomiais da corrente sanguínea; com os microorganismos epidemiologicamente significativos, monitorizando o aparecimento das resistências aos antimicrobianos e deve privilegiar os estudos de incidência de infecção.

Integrar estas actividades com os programas de vigilância nacionais e internacionais, como são exemplos os projectos: “Hospitals in Europe Link for Infection Control Through Surveillance” (Helics UCI ou Helics Cirurgia); a Campanha de Higiene das Mãos; o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos; o “Improving Patient Safety in Europe” (IPSE). E aproveitar a participação das organizações, prestadoras de cuidados de saúde, nos processos de acreditação/certificação, devem ser

um desiderato e uma oportunidade para os responsáveis pela concepção e execução dos processos de controlo de infecção. Estes programas afirmam-se cada vez mais como iniciativas disponíveis mais custo-efectivas e com menor custo-benefício.

Desafios

São muitos e crescentes, os desafios que se colocam à modernidade. As alterações climáticas, que provocam alterações sensíveis dos nichos ecológicos; a mobilidade generalizada; o desenvolvimento económico e tecnológico; o aumento da esperança de vida; a utilização de meios de diagnóstico e terapêutica invasivos; o aparecimento de novas doenças (ébola; hanta-vírus e novas doenças crónico-degenerativas) ou o recrudescimento de outras (tuberculose pulmonar); o aparecimento de novas estirpes de microrganismos e o aumento das resistências de alguns aos antimicrobianos; o aparecimento de novos doentes de risco (prematuros, idosos), são apenas algumas das ameaças que a permanente evolução dos tempos coloca a todos quantos vivem em sociedade.

Essa sociedade, em que a velocidade com que a informação é debitada, se transforma numa sociedade de aprendentes sempre alerta e em constante adaptação às novas necessidades. Os objectivos dos programas de prevenção e controlo de infecção serão no entanto os de hoje: proteger o doente, os profissionais, as visitas e todos os outros, nas unidades de saúde. E fazê-lo de forma custo-efectiva e eficiente.

O futuro mais próximo irá transformar as redes Helics/IPSE numa rede do European Centers of Disease Control (ECDC) e desenvolver, a nível europeu, um estudo de validação comparativo das metodologias de vigilância, procurando monitorizar tendências, forças e fraquezas dos sistemas de vigilância epidemiológica, identificado assim os alvos de intervenção. A promoção do uso racional dos antimicrobianos está entre as principais preocupações do ECDC.

Estes projectos europeus integram-se ainda nas directivas da Organização Mundial de Saúde e do seu grande desafio em prol da segurança. Através do primeiro desafio “Word Alliance for Patient Safety” e, para além das iniciativas já em curso como o projecto “Clean care in safe care”, desenvolvem-se acções de melhoria nas áreas das transfusões, injectáveis, imunização, praticas clínicas, água, saneamento e gestão de resíduos.

Finalmente a intervenção pedagógica com campanhas de educação dirigidas às crianças e famílias, de que é exemplo o projecto e-Bug (protocolo entre os Ministérios da Educação e Saúde), vai desempenhar um papel importante na forma como todos percebem a importância dos contributos individuais. É que em última análise, a responsabilidade pela prevenção e controlo da infeção é de todos nós.

Bibliografia

1. Fernandes, Artur – “Qualidade de Serviço, Pela Gestão Estratégica”. Empresa inteligente, p.11; 15; 88-92. 1.ª ed., Editora Pergaminho, 2000.
2. Fragata, José; Martins, Luís – “O Erro em Medicina”. P.29- 47; 61-65; 123-138; 215-225. Editora Almedina, 2005
3. Hinrichen, Sylvia Lemos – “Biossegurança e Controlo de Infeção”. p. 249-262;289-304, Editora Medsi, 2004
4. Pires, A. Ramos – “Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade”. p. 16; 18-34; 46-47; 147; 213. 3.ª ed. revista, corrigida e ampliada, Editora Sílabo.2004.
5. Wilson, Jennie – “Controlo de Infeção na Prática Clínica”. p. 175-203 2.ª ed., Editora Lusociência, 2003.
6. www.apic.org
7. www.cdc.gov
8. www.dgs.pt
9. www.encyclopedia.com
10. www.general-anestesia.com
11. www.hqs.org.uk
12. www.jointcommission.org