

Ética e Controle de Infecção Hospitalar

Nilton José Fernandes Cavalcante

A evolução que impulsiona a medicina por novos caminhos permite o surgimento de novas especialidades, como o controle de infecção hospitalar, por exemplo. Este, devido às semelhanças com a epidemiologia, passou a ser denominado como epidemiologia hospitalar. Nosso desafio é refletir sobre suas implicações éticas, reconhecer quais são as obrigações para com os pacientes, os colegas, o hospital, a pesquisa e a sociedade e como aplicar os princípios de prevenção, universalidade e atenuador de conflitos no dia-a-dia desta nova atividade.

UNITERMOS _ Controle de infecção hospitalar, epidemiologia, obrigações éticas

evolução pela qual a humanidade vem passando tem impulsionado a medicina por novos caminhos na tentativa de continuar cuidando da saúde do homem e colaborando na prevenção de doenças. Nesse contexto, várias especialidades têm surgido, como, por exemplo, o trabalho de controle de infecção hospitalar. Reconhecermos as implicações éticas inerentes ao desenvolvimento de novas atividades profissionais representa constante desafio.

Certamente, o controle de infecção é labor que ultrapassa os limites do código de uma especialidade exercida apenas por médicos, pois envolve diversos outros profissionais (enfermeiros, biólogos, farmacêuticos, administradores, entre outros) como parte integrante de um contexto de ética multiprofissional na saúde. Nosso enfoque abordará pontos que são comuns a todas essas especialidades. Acreditamos poder propor, a partir de reflexões sobre alguns aspectos da ética no controle de infecção hospitalar, uma discussão que viabilize uma normatização de consenso sobre o assunto.

Médico infectologista, Presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Presidente da Comissão de Ética Médica do Instituto de Infectologia "Emílio Ribas" de São Paulo, Mestre em Microbiologia e Imunologia pela Universidade Federal de São Paulo - SP.

Controle de infecção hospitalar

No Brasil, esta atividade tem suas atribuições redefinidas pela Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992 (1), do Gabinete do Ministro da Saúde, que estabelece a necessidade de manutenção, por parte dos hospitais de todo o país, de um controle das infecções hospitalares (visando ao efetivo planejamento e definição de diretrizes, coleta organizada de informações por meio de indicadores epidemiológicos específicos, etc.). Como em outros países, os profissionais que trabalham no controle de infecções têm adquirido conhecimentos epidemiológicos e microbiológicos, o que permite entendermos porque essa especialidade é também denominada como epidemiologia hospitalar.

Ética e controle de infecção hospitalar

O controle de infecção nosocomial tem nítida ênfase na atuação preventiva, à semelhança das atividades desenvolvidas em Epidemiologia. A propósito de justificar a exigência de priorizar a prevenção em infecção hospitalar, adotamos os mesmos critérios apresentados por Berlinguer para a prevenção em geral (2).

1. Virtude antecipatória da prevenção

Berlinguer conceitua o controle de infecção hospitalar como a "capacidade de intervir com finalidade de evitar danos". Isto é bem aplicável, já que podemos intervir impedindo a disseminação de doenças e agentes infecciosos por meio de normas de isolamento ou reduzir o risco de infecções cirúrgicas usando antibioticoprofilaxia.

2. Princípio da universalidade

Tem um potencial igualitário. Mais uma vez, é objeto de nosso trabalho em controle de infecção. Um dos bons exemplos é a adoção das precauções universais ou precauções-padrão, quando se recomenda o uso da proteção de barreira para qualquer profissional ou paciente que possa ser exposto a sangue ou produtos biológicos contendo sangue, líquido, líquido pleural, sinovial, pericardial ou peritonial de outra pessoa. Atualmente, o bom senso e novas

epidemias podem estender tais recomendações para proteção ao contato com sangue de quaisquer animais.

3. Atenuação de conflitos

Minimiza o contraste entre interesses e os legítimos valores humanos. A base do conflito está em que a medicina existe para manter a saúde e acabar com as doenças, e após alcançar tal objetivo poderia ser extinta. Mas, na verdade, a sobrevivência dos profissionais a ela dedicados depende da doença. Muitos conflitos estão relacionados à interferência na autonomia do profissional. Certamente para aqueles que trabalham no controle de infecção hospitalar, um exemplo está relacionado ao contraste entre a racionalização do uso de antimicrobianos, considerando a adequação da droga quanto à indicação, espectro, posologia e riscos de interação com outras drogas e conseqüente toxicidade para o paciente em relação à liberdade de prescrição do médico e seu compromisso com o mesmo.

Outra possibilidade de conflito de interesses ocorre com pertinência à escolha de um método profilático ou preventivo, diagnóstico ou terapêutico, e os custos. Surge quando, no trabalho diário de um Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH), nos deparamos com enfermidades que necessitam de um tipo de isolamento e sabemos o custo dos equipamentos de proteção disponíveis. Contudo, o controle da disseminação de doenças contagiosas compensa, em muito, qualquer investimento neste setor, que deve procurar coerentemente aplicar os recursos adequados ao conhecimento científico atual. O conflito ocorre pela necessidade da aplicação de recursos na compra dos equipamentos (ação preventiva), ao invés de sua aplicação na compra de determinado e caro medicamento para o tratamento de um paciente (ação curativa).

Adicionalmente à prevenção, outros aspectos necessitam de menção. Como ponto de partida para a ética em controle de infecção hospitalar, Herwaldt (3) menciona quatro tópicos:

a) AUTONOMIA

Refere-se à necessidade de se respeitar os direitos e a autonomia dos pacientes em escolher o profissional, o hospital, e se vão submeter-se a determinado procedimento e quando. Este princípio é válido em qualquer campo de atuação médica.

b) BENEFICÊNCIA

Ao atuarmos, temos que ter a convicção plena e informações técnicas que comprovem ser a nossa proposta capaz de trazer benefícios aos envolvidos (ação que faz o bem).

c) "PRIMUM NON NOCERE"

Esta expressão, latina, significa "primeiro não prejudicar". Este ponto é comumente mencionado nos Códigos de Ética Médica de muitos países, sendo um princípio universalmente consagrado, que visa à redução dos efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas em humanos.

d) JUSTIÇA

No quarto tópico, a autora preocupa-se com a distribuição equilibrada de recursos, objetivando atingir com melhor eficácia um maior número de pessoas envolvidas.

Ainda como proposta para uniformização do assunto ética em epidemiologia hospitalar, aproveitamos o trabalho de Herwaldt que adiciona três novas obrigações éticas à proposta de Beauchamp et cols. (4) (tabela 1), que versa sobre ética em epidemiologia.

Tabela 1 _ Obrigações éticas em controle de infecção hospitalar

1 - Obrigações para com os pacientes:

- . proteger seu bem-estar
- . proteger sua privacidade
- . manter sigilo
- . investigar surtos de infecção

- . monitorar a eficácia das normas, rotinas e intervenções adotadas
- . identificar e implementar intervenções custo x benefício

2 - *Obrigações com os colegas*

- . relatar métodos e resultados
- . opor-se a comportamentos e situações inaceitáveis
- . comunicar infrações éticas

3 - *Obrigações com o hospital*

- . todas as acima citadas
- . evitar conflitos de interesse
- . proteger a saúde dos empregados

4 - *Obrigações para com a pesquisa*

- . obter consentimento informado
- . manter sigilo
- . proteger informações privilegiadas
- . discriminar, por escrito, as obrigações com financiadores
- . estudar questões relevantes e importantes
- . conduzir estudos bem desenhados
- . analisar cuidadosamente e sem tendências os resultados
- . relatar e interpretar os resultados honestamente

5 - *Obrigações para com a sociedade*

- . evitar conflitos de interesse
- . evitar parcialidade
- . manter sigilo
- . notificar às autoridades as enfermidades previstas por lei

Passemos, agora, a melhor esmiuçar cada ponto de nossa proposta, seguindo a ordem numérica dos mesmos.

O paciente é o objeto principal de atuação do médico e demais profissionais da saúde e nossas obrigações começam por reafirmar essa máxima. Os três primeiros pontos são básicos. Não ser nocivo, proteger a privacidade e, conseqüentemente, manter sigilo. Isto deve incluir o fato de não escrever o nome do paciente em relatórios a serem divulgados na instituição ou fora dela. O que não impede a utilização de outra forma de identificação de conhecimento mais restrito, como aquela adotada para apresentação de casos clínicos, utilizando abreviaturas ou registros do hospital, por exemplo. Os três pontos seguintes referem-se ao propósito de atuação específica da especialidade, acrescidos da necessidade de um critério pré-definido de avaliação (monitorável) e da preocupação mais recente e legítima de reduzir custos. Como podemos seguir os princípios da universalidade e atenuação de conflitos de Berlinguer (1994) (2) e o conceito de justiça de Herwaldt (1994) (3) dissociados de um ponto de vista racional na aplicação dos recursos, fundamentais para que o máximo de pacientes possam ter acesso aos recursos ora disponíveis? Isto se reveste de interesse imediato quando do pagamento de contas hospitalares para particulares e conveniados, onde se questionam as medidas preventivas adotadas e quem paga os recursos adicionais utilizados em decorrência de uma infecção nosocomial.

Quanto à relação com outros profissionais, temos a oportunidade de enfatizar a importância do estabelecimento de uma comunicação clara e bem definida do que fazemos, como o realizamos e quais os resultados encontrados, lembrando aos demais profissionais que estamos presos a princípios que nos obrigam a não sermos omissos diante de situações de infração ética. Por isso, os relatórios devem ser mais objetivos, se possível enriquecidos com gráficos e explicações que permitam fácil compreensão. Pessoalmente, os profissionais do SCIH podem discutir estes resultados em cada setor interessado, o que melhorará sobremaneira a comunicação e até a adesão às medidas propostas pela equipe do SCIH.

Em relação ao hospital, além de seguirmos seus regulamentos internos e atender aos preceitos básicos de nossas profissões, devemos evitar conflitos de interesses de qualquer natureza e zelar pelo bem-estar de todos (o nosso próprio e o dos funcionários e pacientes). Como na maioria das vezes os recursos são gerenciados pela área administrativa, é recomendável o planejamento de padronizações que reduzam custos (como, por exemplo, a de antissépticos e um programa de racionalização de antimicrobianos), como também manter uma boa interação com este setor.

Quanto à pesquisa, seguimos de forma sucinta o que determina o Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº 196/96 (5). É importante ressaltar a preocupação com a obtenção do consentimento informado quando da elaboração de pesquisas científicas. Para as atividades rotineiras do SCIH, na elaboração de trabalhos científicos, devemos informar, aos profissionais responsáveis e seus pacientes, os resultados encontrados. É importante haver estímulo à produção científica e divulgação dos resultados, para que o conhecimento minimize a repetição de condutas pouco proveitosas ou mesmo desperdícios.

No último item, referente à **sociedade**, lembramos que nosso trabalho pode ter desdobramentos que ultrapassam a barreira física de um hospital, podendo permitir a disseminação de agentes infecciosos multirresistentes para outros hospitais ou a própria comunidade. Outro aspecto pouco mencionado está relacionado à qualidade das informações a serem divulgadas. É comum percebermos informações desproporcionalmente alarmistas em determinados hospitais, ou demasiadamente otimistas, em outros. A preocupação com a imagem do serviço é legítima e necessária, mas as taxas de infecções hospitalares variam de acordo com características específicas de cada serviço (como, por exemplo, tipo de cirurgia a ser desenvolvida, tipo de enfermidade atendida, gravidade do caso, idade, entre outras) e não são a única baliza de qualidade. Deve-se evitar notícias sensacionalistas (difamatórias ou não) diante de situações precipitadas e sem critérios técnicos mensuráveis. Faz-se necessário enfatizar, ainda, que o mais importante é ter uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) atuante, que forneça sua avaliação correta e adequada à realidade local.

Como proceder na prática

Em relação às novas situações e com o intuito de aproveitarmos nossas vivências para apreender e propor as mudanças úteis que se façam necessárias, sugerimos que sejam utilizados os procedimentos indicados por Soskolne (6):

- a) colher dados retrospectivos;
- b) identificar o dilema ético;
- c) especificar as alternativas possíveis em curso;
- d) escolher a melhor;
- e) agir conforme o escolhido e reavaliar.

Discorreremos sobre alguns aspectos merecedores de maior pormenorização:

Adoção das medidas de isolamento, quando restringimos a liberdade de indivíduos (doentes ou funcionários) para impedir a disseminação de determinada enfermidade ou agente agressor.

Este é, atualmente, um dos problemas que gera grandes discussões. De um lado, encontram-se o paciente portador de uma doença infecciosa e uma pessoa susceptível; de outro, a adequação do custo de novos equipamentos de proteção mais eficiente. Há que se ter cautela, procurando avaliar até onde se pode obter boa proteção com um custo viável. Vejamos, por exemplo, a situação das máscaras. A despeito da maior importância do médico não falar durante uma cirurgia, a máscara pode servir como uma barreira física à exposição dos fluidos biológicos liberados durante esse tipo de procedimento. Na maioria dos casos, a máscara de pano pode cumprir esta função, mas há várias exceções cuja possibilidade de exposição do profissional compensa de longe os aborrecimentos de um contato indesejável com tais fluidos. Cabe, portanto, para definir melhor escolha, uma

avaliação específica de cada situação. Já o uso de máscaras de pano em sala de autópsia pode não ser elemento suficiente para se evitar a aquisição de tuberculose (7).

Recomendação de vacinação de funcionários, como, por exemplo, a aplicação das vacinas dupla, tipo adulto contra a hepatite B, contra a rubéola, BCG ou outras, conforme a peculiaridade local para proteção do profissional (faixa etária, região geográfica, função do profissional, entre outros). Este tópico está mais relacionado à Medicina do Trabalho, mas pode interferir com o item anteriormente citado. Na prática, alguns hospitais não possuem serviços de Medicina do Trabalho e encontram na equipe de controle de infecção hospitalar profissionais que participam das orientações em situações de exposição ocupacional a agentes infecciosos. A vacinação pode beneficiar muitas pessoas, a um custo muito inferior que qualquer medida recomendada após a exposição. A título de ilustração, uma dose de imunoglobulina humana hiperimune anti-hepatite B é suficiente para vacinar pelo menos 5 adultos.

Escolha de um determinado material, como o sistema fechado de coleta de urina, líquido ou líquido peritonial. Outro exemplo é o tipo de cateter e de curativo ou anti-séptico a ser utilizado. Para um correto dimensionamento da redução de custos (diretos e indiretos), é aconselhável o registro da situação encontrada antes e após a adoção de qualquer avanço tecnológico com vistas ao combate à infecção hospitalar. Como consequência da redução de casos de infecção hospitalar, o paciente, entre outras vantagens, permanece menos dias no leito, recebe menos antimicrobianos, retorna mais cedo ao trabalho.

A quem cabe a conta hospitalar nos casos de infecção nosocomial?

Nos hospitais públicos, o custo é da sociedade. Razão mais que suficiente para propormos maior investimento no setor por parte das autoridades responsáveis (políticos e diretores).

Nos hospitais particulares pode haver dificuldades em se definir de quem é esta conta. Segundo Mendes (1994) (8), "...os limites científicos da medicina restringem a abrangência da responsabilidade civil e ética do médico, permitindo considerar hipóteses excludentes de culpabilidade, como, por exemplo, (a) o caso fortuito e (b) a força maior". Assim sendo, há necessidade de se estabelecer um nexo causal entre a infecção nosocomial e alguma falha do médico ou do hospital. Os elementos a favor do médico e da instituição são proporcionados por uma CCIH atuante, enquanto a ausência de CCIH permite ao cliente a oportunidade de exigir indenização. Mesmo assim, cada situação é particular. Pode ocorrer falha humana, mas esta deve ficar dentro de limites aceitáveis para aquele local e aquela ocasião. Talvez fosse mais prudente, para definição bem clara dos limites e regras, propormos uma discussão mais ampla, com especialistas em direito, profissionais da saúde em geral e especialistas em controle de infecção, representantes de Conselhos Regionais e Federal de Medicina e a própria sociedade. Trata-se de assunto complexo para ser generalizado.

Infecção hospitalar como erro médico

Gomes (1994) (9) afirma que o médico não erra mais que outros profissionais de nível superior em saúde ou fora dela. De forma sucinta o erro pode ocorrer por *imperícia, imprudência ou negligência* (Artigo 29 do Código de Ética Médica). É possível que ocorra uma infecção em decorrência de um erro médico, mas tal assertiva nem sempre é verdadeira. Por exemplo, como resultado da negligência na observância do prazo de validade de um produto anti-séptico, pode ocorrer aumento de casos de infecção em cirurgia por falha em sua ação, mas tal número dificilmente será 100%. Já a infusão de um frasco de solução parenteral contaminada levará quase certamente à infecção.

Por outro lado, muitas infecções não são consequência de erro. Considerando-se que a maioria dos casos de infecção hospitalar está relacionada a agentes da própria flora do indivíduo, e que existem pessoas com maior risco de aquisição de infecção (gravidade da doença, grau de comprometimento orgânico, necessidade de recursos adicionais à manutenção de sua vida, idade, entre outros), temos que conhecer a prevalência de casos de infecção nosocomial nestes grupos para sabermos se podem ser incluídos nos critérios de exclusão acima citados (8). A caracterização de um erro médico passa pelos mesmos critérios estabelecidos para outras especialidades (9). Portanto, a infecção hospitalar como erro médico deve ocorrer de forma incomum.

Uso racional de antimicrobianos (eficácia, resistência bacteriana emergente e o custo x liberdade de prescrição).

Sabemos que é de exclusiva competência do médico a **escolha** do tratamento para seu doente, devendo, para tanto, orientar-se sempre pelo princípio geral do *primum non nocere* (implícito nos artigos 2º e 29, por exemplo, do Código de Ética Médica). Sob esta ótica, cabe ao médico escolher o antimicrobiano menos tóxico, bactericida se possível, ajustado para intervalos e doses conforme a gravidade e demais parâmetros fisiológicos de seu paciente. Estas informações podem ser trabalhadas a partir de uma cultura com antibiograma, portanto, do conhecimento da etiologia mais freqüente da infecção com respectiva sensibilidade e de um sistema que minimize os riscos de

toxicidade, como por meio do parecer de um especialista em antimicrobianos. Outro aspecto a ser considerado relaciona-se ao fato de que **não** é permitido ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, **complicar a terapêutica...** (Artigo 60 do Código de Ética Médica). Aqui, além de ser reforçada a idéia anterior, merece menção o conhecimento mais profundo de um especialista sobre as conseqüências das interações com outras drogas ou mesmo do antimicrobiano e o sistema imunológico do doente (o farmacologista clínico pode desenvolver este trabalho).

Há que se levar em conta, ainda, que o médico deve ter para com os seus colegas *respeito, consideração e solidariedade* _ que refletem a harmonia de classe _, **não** podendo, entretanto, **ser conivente** com erro (conforme preceituam os artigos 19 e 79 do Código de Ética Médica). No trabalho de controle de antimicrobianos podemos ter um sistema que minimize o risco de erros, que justificaria sua interrupção, o que deve ser feito de comum acordo entre os profissionais envolvidos. É fundamental que tanto o médico do doente como aquele que trabalha para racionalizar os antibióticos tenham a absoluta clareza da melhor opção a ser adotada para o paciente (cabendo um consenso entre as partes). Por outro lado, não havendo prejuízo do paciente, podemos optar por prescrever uma droga menos custosa para a instituição.

O uso racional visa, também, à redução na seleção de germes resistentes a múltiplas drogas, que poderiam repercutir negativamente até sobre a imagem da instituição, dos profissionais que lá trabalham, ou pior, causar danos a outros doentes ou funcionários. Percebe-se, de pronto, que há muitos benefícios para todos com esta racionalização.

Foge ao escopo do presente trabalho tentar esgotar o assunto, mas acreditamos ter contribuído para discutir alguns aspectos de ética em nossa especialidade. Enfim, qualquer que seja a medida adotada, implicará em um custo e benefício que devem ser avaliados e reavaliados. Como sempre acontece em profissões ligadas à ciência, teremos que aprender a fazer perguntas, conviver com muitas dúvidas e raras certezas.

Abstract _ *Ethics and Hospital Infection Control*

The progress that impels Medicine to new ways allows the arising of new specialities as the Hospital Infection Control. Due to its similarity to Epidemiology, this speciality is also known as Hospital Epidemiology. Our challenge is to reflect about its ethical implications, to recognize which are our responsibilities with patients, colleagues, hospitals, researches and the society as a whole. Another challenge involves the awareness of how to apply the principles of prevention, universality and conflict relief to such new activity, on a day-by-day basis.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. Estabelece normas para controle de infecção hospitalar. Brasília: Diário Oficial da União, 1992 set 04: 12279-81.
2. Berlinguer G. Bioética da prevenção. *Bioética* 1994;2:117-22.
3. Herwaldt LA. Ethical aspects of nosocomial infection. In: Wenzel RP. Prevention and control of nosocomial infections. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994: 1006-15.
4. Beauchamp TL, Cook RR, Fayerweather WE, Raabe GK; Thar WE, Cowles SR, Spivey GH. Appendix: ethical guidelines for epidemiologists. *J.Clin Epidemiol* 1991;44(1 suppl):125S-30S.
5. À Dr^a Ana Teresa de Paiva Cavalcante, pela revisão do texto e comentários que possibilitaram a execução do mesmo.
5. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996 out 16:21082-5.
6. Soskolne CL. Epidemiology: questions of science, ethics, morality, and law. *Am J Epidemiol* 1989;129:1-18.
7. Centers for Disease Control. Guideline for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* . *MMWR* 1994;43(RR-13):97-102.
8. Mendes AC. Indenização por dano oriundo de erro médico. *Bioética* 1994;2:183-9.
9. Gomes JCM. Erro médico: reflexões. *Bioética* 1994;2:139-46.

Endereço para correspondência:

Rua Iperoig 382 - 52

Perdizes

05016-000 São Paulo - SP

Agradecimentos

Ao Dr. Guido Carlos Levi, pelo incentivo e apoio ao desenvolvimento do presente trabalho.