

COMUNICAÇÃO BREVE

A interface da hotelaria hospitalar e o controle de infecção hospitalar

Marcelo Boeger¹

¹Presidente da Sociedade Latino Americana de Hotelaria Hospitalar; Coordenador do Curso de especialização em Hotelaria Hospitalar do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein; Professor do curso de Pós Graduação de "Gestão em Hotelaria Hospitalar pela UnB e pelo SENAC.

Recebido em: 12/04/2013

Aceito em: 09/05/13

marceloboeger@gmail.com

É inegável a importância e o impacto que o ambiente hospitalar tem na organização dos serviços e na segurança do paciente. Muito da avaliação do cliente em ambiente hospitalar está relacionado às áreas associadas à infraestrutura e qualidades dos serviços existentes e vem sendo utilizado em alguns modelos de forma mercadológica na captação de novos clientes.

Muito além de aspectos comerciais de fidelização de cliente, a área de hotelaria hospitalar, quando bem estruturada, pode apoiar no controle de infecção hospitalar por ter os serviços de higiene e limpeza mais bem administrados.

O relacionamento entre a área de hotelaria hospitalar com a equipe de controle de infecção hospitalar afeta a rotina de limpeza existente e pode resultar em métodos de trabalho mais adequados e resolutivos.

Um dos principais alinhamentos de processos existente entre estas áreas está na padronização dos químicos utilizados no hospital (detergentes, desinfetantes, produtos utilizados pela lavanderia e controle de pragas) por meio das fichas técnicas de seus fabricantes e da validação de sua correta utilização, desde sua diluição até seu uso dentro dos procedimentos padrões e instruções de trabalho.

Segundo os editores da ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*),⁸ esta interface apresenta intersecções importantes da CCIH com a equipe de higiene, proporcionando um melhor controle do ambiente hospitalar na transmissão cruzada de microrganismos.

Um dos instrumentos largamente utilizados nos hospitais brasileiros é o check list de limpeza terminal. As lideranças imediatas avaliam a higienização efetuada nos principais itens existentes no ambiente listado em um documento padronizado. O objetivo prático deste instrumento está normalmente muito mais direcionado à verificação de manutenção corretiva dos itens do que em relação à forma com que o ambiente foi de fato higienizado. Normalmente o colaborador que executou o serviço nem se encontra mais no local no momento da checagem e muitas vezes não existe um feedback de possíveis falhas existentes.

Validar tecnicamente a higienização poderia melhorar

ainda mais o desempenho do processo. Apesar de já existirem diversas formas de avaliação microbiológica do ambiente, como por exemplo, verificação da positividade de cultura em teste "swab", gel fluorescente, a análise quantitativa do ATP que está diretamente relacionada com a quantidade de células vivas no local – o processo realizado na rotina da higiene é a observação direta após a higienização do local, que não tem qualquer ação para a identificação de patógenos. (Noble-Wang, 2010).⁵

No check list de higiene, todos os itens são tratados com a mesma importância e avalia principalmente questões estéticas após a limpeza terminal ou erros pontuais e grosseiros de atenção como, por exemplo, a presença de cabelo em piso ou em mobiliários, a arrumação do enxoval no leito, a organização (lay out) dos mobiliários ou a presença de sujidades visíveis em superfícies no quarto do cliente.

Adaptado de um modelo desenvolvido por Carling (2008),¹ Qutaishat (2012) afirma que as maiores criticidades do "ambiente do paciente" podem ser divididas em três áreas representando 18 elementos constantes na unidade de internação que devem ser alvo maior de treinamento específico. Estes itens deveriam receber maior destaque no check-list de avaliação da limpeza em relação aos demais componentes por apresentar maior risco de contato com o paciente e colaboradores e deveriam ser alvo constante de treinamento e reciclagens:

As três áreas são divididas da seguinte forma:

- A) Objetos relacionados de contato dos Pacientes
 1. Chamada de Enfermagem
 2. Controle Remoto
 3. Mesa de refeição
 4. Criado mudo
 5. Telefone
 6. Grade da cama
 7. Poltrona do acompanhante
- B) Superfícies de banheiro
 1. Botão de descarga
 2. Barras de apoio (vaso sanitário / box)

3. Chamada de enfermagem (corda)
4. Vaso sanitário
5. Paredes ao redor do banheiro
6. Porta e maçaneta do banheiro
7. Pia e torneira
8. Comadre
9. Interruptor
- C) Superfícies no acesso ao quarto
1. Porta e maçaneta (ambos os lados)
2. Interruptor

Ainda assim, sabe-se que o treinamento técnico, por melhor que seja realizado, não implica em mudanças comportamentais. Apenas afeta o conhecimento sobre determinado assunto. O reforço do treinamento técnico na rotina de trabalho deve ser realizado pelas lideranças diretas, que necessitam dar feedback constante sobre as atividades realizadas pela equipe de higiene. Os procedimentos de trabalho durante o treinamento devem ser apresentados de forma clara e sensibilizá-la quanto à importância de seu papel na redução da taxa de infecção hospitalar e como fazê-lo.

Estes 18 itens acima relacionados, por exemplo, podem ser alvo de maior controle das atividades realizadas por suas lideranças, diminuindo a subjetividade do treinamento.

Em geral, a equipe de higiene é uma das equipes que oferece uma das menores taxas de retenção de conhecimento quando comparamos o grau de conhecimento existente na data do treinamento e alguns dias após o treinamento realizado. Esta é representada por auxiliares de higiene, camareiras, auxiliares de rouparia e coletores de resíduos.

Por este motivo é necessária uma metodologia de treinamento que consiga encontrar estes colaboradores regularmente com uma forma de abordagem simples e objetiva. O trabalho desta equipe ocorre em todas as áreas do hospital, sua presença no ambiente do cliente é diária e necessita ser bem desenvolvida assim como sua liderança. A área de CCIH tem uma interface direta no planejamento destes treinamentos em conjunto com a área e muitas vezes com o apoio de fornecedores.

Diversos estudos demonstram a relação direta do ambiente contaminado com o incremento do risco de infecção por conta da persistência de patógenos multirresistentes em superfícies por meses e reforça a importância do entendimento da equipe de higiene quanto às precauções existentes no hospital.

Shaughnessy MK,⁶ et al 2011, Huang SS, Datta R Platt R,⁴ 2006 e Drees M, Snyderman DR, Schmid CH,² 2008 trazem importantes estudos que reforçam a questão da influência do ambiente, mostrando um aumento no risco em internações em leitos ocupados previamente por pacientes infectados por *Clostridium difficile*, MRSA ou VRE respectivamente.

Além desses, diversos outros autores discutem esta questão, entre eles, Eckstein (2007)³ e Carling (2008)¹ que demonstram a relação entre o ambiente, a rotina de higiene e a infecção hospitalar.

Porém, tão importante quanto discutir as técnicas de higienização e sua relação com o ambiente é tratar do dimensionamento e da dificuldade na retenção desta equipe, em que o CCIH não legisla diretamente, mas é afetado por seus resultados e métodos.

A dificuldade em manter uma equipe de higiene por um longo período de tempo pode também estar diretamente relacionada à sua qualidade e também pode afetar os resultados. Como esta atividade está baseada em um modelo de negócio que tem a mão de obra barata como base de sua estrutura, a remuneração e os benefícios afetam diretamente na qualidade da mão de obra.

Segundo dados na ANAHP,⁷ entre 2004 e 2012 se pode verificar um aumento superior a 150% na taxa de absenteísmo anual nos hospitais privados. Os indicadores de rotatividade de colaboradores (turnover) acompanham este aumento, gerando efeitos em

acidentes de trabalho, em hora extra e na dificuldade em qualificar a constante “nova mão de obra” mensalmente, cada vez mais escassa. Os motivos são variados, entre eles a abertura continuada de vagas no mercado formal de trabalho no Brasil, sobretudo na construção civil, a normatização dos direitos aos empregados domésticos previstos na Emenda Constitucional nº 72 e a ascensão da classe C, buscando uma migração dos serviços operacionais para áreas administrativas.

Isso faz com que o gerenciamento da área de higiene tenha que ser cada vez mais profissional.

No passado, os serviços de higiene em hospitais brasileiros tinham um escopo unicamente operacional. Independente de serem próprios ou terceirizados, ainda se encontra modelos, onde a área de higiene hospitalar está diretamente ligada à área de enfermagem e em outros modelos ligados diretamente a uma diretoria administrativa. Muitas vezes, nestes modelos, sua liderança é meramente operacional e não possui qualquer relacionamento com as áreas de interface e não apresenta um status político que permita uma visão sistêmica do impacto de seus processos no restante do hospital e uma voz ativa em tomada de decisões que pudesse influenciar aspectos ligados a escolha de mobiliários, revestimentos, produtos químicos, equipamentos e gerenciamento de leitos.

Este gestor, dentro de uma estrutura de hotelaria, deve ter condições de alinhar processos, planejar atividades com outros gestores do hospital como a gerência de enfermagem, o gestor de recursos humanos e TI, por exemplo, e atuar em conjunto com a área de CCIH, entendendo esta área como um facilitador de seus processos, educador e parceiro e nunca, um auditor.

A área de hotelaria hospitalar deve, portanto, abarcar todos os serviços não assistenciais que tenham contato direto com o cliente e deve ser representada por um gerente que responda por estes serviços. Ou seja, além da gestão de higiene, se responsabiliza pelo processamento de roupas (lavagem) e da rouparia (controle e distribuição), controle de pragas e gerenciamento de resíduos sólidos. Todos estes serviços tem uma relação direta com o controle de infecção e o gerenciamento de suas interfaces é fator crítico de sucesso na prestação dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Carling PC, Parry MM, Rupp ME, Po JL, Dick B, Von Behren S; Healthcare Environmental Hygiene Study Group. Improving cleaning of the environment surrounding patients in 36 acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008 Nov;29(11):1035-41.
2. Drees M, Snyderman DR, Schmid CH, et al. Prior environmental contamination increases the risk of acquisition of vancomycin-resistant enterococci. *Clin Infect Dis.* 2008;46:678-685
3. Eckstein BC, Adams DA, Eckstein EC, Rao A, Sethi AK, Yadavalli GK, Donskey CJ. Reduction of *Clostridium difficile* and vancomycin resistant enterococcus contamination of environmental surfaces after an intervention to improve cleaning methods. *BMC Infect Dis.* 2007 Jun 21;7:61
4. Huang SS, Datta R, Platt R. Risk of acquiring antibiotic-resistant bacteria from room occupants. *Arch Intern Med.* 2006;166:1945-1951
5. Noble-Wang, Judith. em <http://www.cdc.gov/HAI/toolkits/Environmental-Cleaning-Checklist-10-6-2010.pdf>
6. Shaughnessy, MK, et al. Evaluation of hospital room assignment and acquisition of *Clostridium difficile* infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;32(3):201
7. http://www.anahp.com.br/files/observatorio_anahp_2012_miolo_210x297_web.pdf
8. http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/Pages/index.aspx