

Principais desafios dos gastos com infecções hospitalares: uma análise das medidas econômicas

Main Challenges of hospital infection spending: an analysis of economic measures

Viviane Neves*; Leonardo Carnut**; Jaqueline Bulgareli **

*Pós-graduanda da Especialização em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

**Docente do curso Especialização em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as políticas econômicas adotadas que visam diminuir os custos e as despesas decorrentes das infecções hospitalares (IRAS) adquiridas durante o período de internação. Trata-se de uma revisão integrativa para a coleta sistemática dos dados, relacionados aos custos com tratamento das infecções hospitalares. Utilizou-se o portal Bireme para realizar a busca com uso dos termos: "controle de custos", "controle de infecções", "custos de internação" e "economia hospitalar". Artigos com resumo, disponíveis em texto completo, com idioma em português ou inglês, foram os critérios de inclusão. Totalizaram-se 16 artigos relacionados ao tema, sendo que todos são de origem americana. Embora existam numerosos exemplos de intervenções bem-sucedidas de pequena escala para eliminar eventos adversos, incluindo as IRAS em hospitais, a taxa de melhoria global tem sido lenta. Políticas como mudanças do Centros de Serviços Medicare (CMS) no reembolso de IRAS (ou seja, a substância da política) podem, em última análise, facilitar a melhoria da qualidade em relação a infecções no nível organizacional. O investimento em liderança, práticas e tecnologias continuará a impulsionar a segurança do paciente e permitir que os hospitais realizem economias de custo atribuídas à prevenção das IRAS.

Descritores: Gastos em Saúde. Controle de Custos. Economia Hospitalar. Controle de Infecções.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the economic policies adopted to reduce costs and expenses related to hospital infections (IRAS) acquired during the hospitalization period. This is an integrative review for the systematic collection of data, related to the costs of treating hospital infections. The Bireme portal was used to perform the search using the terms "cost control", "infection control", "Hospitalization costs" and "hospital economics". Articles with abstract, available in full text, with Portuguese or English language, were the inclusion criteria. There were 16 articles related to the topic, all of which are of American origin. Although there are numerous examples of successful small-scale interventions to eliminate adverse events, including IRAS in hospitals, the rate of overall improvement has been slow. Policies such as changes from the Medicare Service Centers (CMS) to IRAS reimbursement (that is, the substance of the policy) may ultimately facilitate quality improvement with respect to infections at the organizational level. Investment in leadership, practices and technologies will continue to boost patient safety and allow hospitals to realize cost savings attributed to IRAS prevention.

Key - words: Health Expenditures. Cost Control. Hospital Economics. Infection Control.

1. INTRODUÇÃO

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), também chamadas de Infecções nosocomiais ou Infecções hospitalares, são definidas como infecções adquiridas por pacientes durante o tratamento em instituições de saúde, tendo sua origem a partir do momento da internação. Os estudos de Zell et al⁷ revela que a morbidade e a mortalidade associadas às IRAS são significativas, resultando em menor qualidade de vida, hospitalizações mais longas e aproximadamente 99.000 mortes em excesso a cada ano.

Nos Estados Unidos o ônus econômico das IRASs é estimado em US \$ 17 a US \$ 29 bilhões anualmente. Para os hospitais, os custos de IRASs também são reais e significativos, tornando a prevenção de IRAS um imperativo de gestão. O estudo de Roberts et al⁹ estimou esses custos médios

em mais de US \$ 15.000 por IRAS, enquanto que o estudo de Jarvis et al¹⁵ mostrou um intervalo entre US \$ 500 e US \$ 40.000, dependendo do tipo de infecção.

Os custos gerados pelas IRAS podem ser divididos em custos diretos, custos indiretos e custos intangíveis. Conforme Gökler et al¹⁴ estes custos têm um impacto amplo dentro da cadeia de saúde, entre os agentes sujeitos aos prejuízos associados às IRASs, estão os pacientes, os familiares, os profissionais de saúde, as empresas, os hospitais e os planos de saúde, sendo que os danos podem ser financeiros e/ou mesmo psicológicos.

Kirkland et al⁸ destaca que dentre os custos diretos temos o aumento do tempo de internação, aumento na demora para atendimento de outros pacientes, bloqueio de leitos, gastos adicionais com antibióticos, gasto com antibióticos mais potentes e mais caros, consultas, uso de equipamentos/tecnologias, equipe de saúde em geral, custo com desinfecção/descontaminação, gasto com testes laboratoriais, culturas, radiografias e antibiogramas, custo de oportunidade de atender novos pacientes, processos judiciais e indenizações financeiras.

Já nos custos indiretos observa-se a diminuição da produtividade no trabalho em decorrência de sequelas, descontinuidade no trabalho relacionadas a morte de paciente por IRAS. Em relação aos custos intangíveis destacam-se alterações emocionais e psicológicas, dor e imagem negativa para o hospital.

Podem-se caracterizar três grandes impactos econômicos causados pelas IRAS em hospitais: custo de publicidade gerado pelo óbito de pacientes, implicando em custos sociais; custo econômico e financeiro, principalmente para hospitais públicos e filantrópicos que atendem pelo SUS, gerado pelo prolongamento no tratamento de pacientes (devido a internação); custo de oportunidade para os hospitais privados (ou filantrópicos com atendimento privado) gerados pela diminuição na rotatividade de pacientes, os quais apresentam maior rentabilidade nos primeiros dias de tratamento - Graves⁶.

Algumas políticas econômicas foram desenvolvidas com o intuito de diminuir substancialmente os gastos envolvidos com as IRAS. Muitos pesquisadores têm estudado de maneira focada o fenômeno financeiro em determinados grupos atingidos pelas IRAS. A pesquisa pretende analisar os

critérios econômicos estudados por esses autores nos períodos antes, durante e depois da internação dos pacientes que se enquadraram nas infecções hospitalares.

2. MÉTODO

O estudo é baseado na revisão Integrativa para a coleta sistemática dos dados, relacionados aos custos com tratamento das infecções hospitalares levantando a produção científica disponível através da busca sistematizada em plataforma de bases de dados da Saúde.

A busca sistematizada dos artigos foi realizada na plataforma <http://bvsalud.org/> - Portal regional da BVS/ base de dados Scielo, considerando a técnica de funil na combinação dos descritores relacionados ao tema e separados nos grupos "contexto", "fenômeno" e "população". O período da busca foi entre maio/2018 - julho/2018. Foram utilizados os termos, “Gastos em Saúde”, “Controle de Infecções” e “Serviços em Saúde”; “Economia Hospitalar”, “Controle de Custos” e “Entidade Hospitalar”; “Custos de Internação”, “Infecção hospitalar” e “Convênios”. Os operadores booleanos utilizados foram “AND” e “OR”, sendo que as combinações das sintaxes finais realizadas foram: (mh:(mh:(“Gastos em Saúde”)) OR (mh:(“Controle de Custos”)) OR (mh:(“Controle de Custos”)) OR (mh:(“Custos de Internação”)) OR (mh:(“Gastos em Saúde”)) OR (mh:(“Controle de Infecções”)) OR (mh:(“Gastos em Saúde”)) OR (mh:(“Economia Hospitalar”)) OR (mh:(“Controle de Custos”)) OR (mh:(“Controle de Infecções”)) OR (mh:(“Controle de Custos”)) OR (mh:(“Economia Hospitalar”))) (Quadro 1).

A hipótese do presente trabalho se baseia na idéia de que os custos relacionados ao tratamento das infecções hospitalares são elevados. No critério de inclusão, foram considerados somente os artigos relacionados às infecções hospitalares ou os relacionados com as IRASs.

Já no critério de exclusão, foram dispensados os artigos não relacionados com às infecções hospitalares ou gastos com as mesmas. A revisão percorreu as seguintes etapas: escolha do tema e formulação da hipótese de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; busca sistemática e avaliação preliminar dos estudos encontrados.

Quadro 1. Estratégias de busca e evidências em base de dados

BUSCA	AND ou OR	RESULTADO (do cruzamento)
“Gastos em Saúde”	“Controle de Custos”	23.889
“Controle de Custos”	“Custos de Internação”	27
“Gastos em Saúde”	“Controle de Infecções”	528
“Gastos em Saúde”	“Economia Hospitalar”	6455
“Controle de Custos”	“Controle de Infecções”	93
“Controle de Custos”	“Economia Hospitalar”	21

3.RESULTADOS

Após as buscas, dos 21 artigos relacionados ao tema, apenas 16 apresentaram-se mais restritos ao objetivo (Quadro 2). Nesses artigos, as infecções hospitalares abordadas eram distintas entre um e outro, mas as medidas de prevenção e regulação dos gastos adotados eram semelhantes.

Quadro 2. Artigos incluídos e respectivas metodologia, locais/ procedimentos acometidos, política usada, conduta sugerida e índices/custos relacionados

Autor/ Ano	Metodologia	Locais da Presença da IRAS	Política Usada	Conduta Hospitalar Sugerida	Índices de casos de IRAS/Custos envolvidos ao tratamento
Hoff <i>et al.</i> - 2011	Qualitativa	Cateter do trato urinário; infecções da corrente sanguínea associadas à linha central (CLABSIs) e mediastinite após cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM)	O CMS não paga mais por tratar certas infecções associadas à assistência médica (IRAS) se não estiverem presentes na admissão	Um departamento de controle de infecção foi "legitimado" dentro do hospital como uma fonte para controle de infecção e perícia, iniciativas e soluções de prevenção	A Política do CMS foi adotada em 32 dos 36 hospitais não federais americanos. Sua adoção foi bem recebida, porém não foram feitas análises em relação aos custos, somente sobre a adoção, devido ao pouco tempo de implementação (5 anos).
Vaz L <i>et al.</i> - 2015	Desenho de estudo e população	Pneumonia associada ao ventilador mecânico	O CMS não paga mais hospitais por tratar certas infecções associadas à infecção pulmonar causada por IRAS	Os hospitais não realizaram mudanças em sua rede de segurança após a implementação do CMS	Não observamos mudanças na inclinação das taxas de infecção alvo no período pós-política em comparação com o período de pré-política nos 279 hospitais que aderiram ao CMS
Kirkland <i>et al.</i> - 1999	Quantitativo	Cirurgias diversas: cirurgia gastrointestinal, cirurgia ortopédica, cirurgia cardiotorácica, cirurgia vascular, histerectomia e cirurgia de enxerto de pele	Política aplicada: Managed-care.	Implementar medidas preventivas eficazes contra as infecções hospitalares para minimizar os gastos com dias de internação.	Entre os 255 pares combinados, 20 (7,8%) dos pacientes infectados morreram durante a hospitalização pós-operatória inicial. Dos 229 que sobreviveram à internação inicial, 94 (41,0%) dos pacientes infectados necessitaram de readmissão no hospital dentro de 30 dias. Comparação: hospitalização para pacientes infectados foi de US \$ 7.486, para \$ 3,842 para pacientes não infectados. Quando a readmissão nos 30 dias após alta para pacientes infectados foi de US \$ 8.864, comparado a US \$ 4.391 para pacientes não infectados.
Harris <i>et al.</i> - 2008	Estudo de coorte prospectivo	Infecção adquirida por <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) nosocomial resistente à metilicina.	O interesse do estudo era determinar o efeito de uma estratégia precoce de detecção do MRSA	Triagem rápida na admissão mais medidas de controle de infecção padrão vs controle de infecção padrão	Cinquenta e três dos 93 pacientes infectados (57%) nas unidades de intervenção estavam livres de MRSA na admissão e desenvolveram infecção por MRSA durante a hospitalização.
Klevens <i>et al.</i> - 2007	Quantitativo	Pneumonia, infecções da corrente sanguínea e trato urinário	Fornecer uma estimativa nacional do número de infecções associadas a cuidados de saúde (HAI) e	Usar como fonte de dados foi o sistema Nacional de Vigilância das Infecções Nosocomiais (NNIS), conduzidos pelos Centros	Em 2002, o número estimado de IRAS em hospitais americanos foi de aproximadamente 1,7 milhão

			mortes em hospitais dos Estados Unidos	de Controle e Prevenção de Doenças	
Graves <i>et al.</i> -2004	Desenho de estudo e população	Artroplastia total do quadril	Questionar quanto investir para controle de infecção e quais são os programas de controle de infecção mais apropriados	Inclusão de programas de controle de infecção	Em 50.000 pacientes submetidos à artroplastia de quadril são gastos US \$ 1,5 milhão com controle de infecção. Ainda não se sabe se as políticas de prevenção compensam mais quando comparadas ao tratamento
Zell <i>et al.</i> - 2007	Quantitativa	Infecções do trato urinário, infecções do trato respiratório inferior e "outras" infecções Staphylococcus aureus resistente à metilina (MRSA), enterococos resistentes à vancomicina e Clostridium difficile.	Uso do pacote BSI **** na "Campanha 100.000 Vidas"	Implantar as recomendações do CDC */ HICPAC**, como as do IHI*** para de práticas de controle de infecção em hospitais que ainda não os utilizam	As estimativas do IHI*** mostram que os hospitais participantes impediram mais de 122.000 mortes desnecessárias e o número mediano de casos de BSI relacionada a cateter por 1.000 cateter/dia, diminuiu de 2,7 no início do estudo para 0 apenas 3 meses após a implementação da intervenção
Persson <i>et al.</i> - 1999	Quantitativo	IRAS causada por artroplastia total de quadril.	Somente antibióticos sistêmicos.	Política de profilaxia com uma combinação de cimento impregnado com gentamicina, antibióticos sistêmicos e fechamento cirúrgico seria mais eficaz.	O custo-efetivo do uso do cimento e o método de profilaxia dependiam do número de artroplastias realizadas a cada ano. Quando 100 artroplastias foram realizadas em um ano, o uso de cimento Palacos e antibióticos sistêmicos reduziu os custos totais para o departamento.
Roberts <i>et al.</i> - 1999	Quantitativo	Não abordou sobre as IRAS	O orçamento total para 1993 foi de US \$ 429,2 milhões, dos quais US \$ 360,3 milhões (84%) foram fixos e US \$ 68,8 milhões (16%) foram variáveis.	Os altos custos fixos enfatizam a importância de ajustá-los ao consumo do paciente para manter a eficiência.	A maior parte do custo na prestação de serviços hospitalares está relacionada a edifícios, equipamentos, mão-de-obra assalariada e despesas gerais fixas no curto prazo.
Burke JP- 2003	Qualitativa	Trato urinário (sonda vesical), feridas cirúrgicas, pneumonia (ventilação mecânica) e corrente sanguínea	Uso do Sistema NNIS (fonte nacional de recolhidos sistematicamente dados sobre infecções hospitalares)	O Texto sugere dar maior atenção as prevenções primárias como a lavagem das mãos e o uso limitado de antibióticos. O uso de agulhas com características de segurança, cateteres revestidos antimicrobianos	O sistema National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) é um modelo para vigilância focada, mas não para Controle de infecção.

		(geralmente associada ao uso de um dispositivo intravascular)		e uso de campos estéreis para punção venosa central.	
Muto <i>et al.</i> - 2003	Estudo transversal de caráter qualitativo.	Febre puerperal e cateteres	Diretoria da Sociedade para Epidemiologia da Saúde da América (SHEA) usa como forma de controle da infecção a metilicina e a vancomicina	Adotar políticas de precaução utilizadas em alguns países europeus: culturas com intuito de vigilância, pessoal capacitado a identificar colonização não reconhecida, barreira rigorosa, precauções e isolamento de pacientes transferidos de fora do país até que estejam confirmados como livres de colonização	Os países que adotaram essas medidas de combate ao <i>S. aureus</i> e ao <i>Enterococcus</i> . Na Dinamarca, a contaminação foi mantida em menos de 1% durante 25 anos. Na Finlândia e na Holanda, a prevalência foi mantida abaixo de 0,5%. Antes das políticas de prevenção, 77% dos custos com pacientes com IRAS foi relacionado as diárias, 21% foram devidos a antimicrobianos e 2% devidos a custos incorridos para diagnosticar. Média de gastos por paciente: US \$ 27.000
Zimlichman <i>et al.</i> - 2013	Revisão Sistemática	Trato urinário (sonda vesical), feridas cirúrgicas, pneumonia (ventilação mecânica), Infecções no local cirúrgico, Infecções da corrente sanguínea associadas à linha central	O CMS não paga mais por tratar certas infecções associadas à assistência médica (IRAS) se não estiverem presentes na admissão.	O CMS poderia expandir a lista de procedimentos para os quais o hospital não será reembolsado e oferecer benefícios financeiros para a prevenção.	Para os 440.000 casos dessas 5 principais infecções, os custos anuais totais foram de US \$ 9,8 bilhões (US \$ 8,3- \$ 11,5 bilhões). Onde 75% das IRASs eram evitáveis, com estimativas de economias potenciais de US \$ 5,0 bilhões a US \$ 5,5 bilhões anuais.
Hoff <i>et al.</i> - 2011	Qualitativo	Trato urinário (sonda vesical), feridas cirúrgicas, pneumonia (ventilação mecânica), Infecções no local cirúrgico, Infecções da corrente sanguínea associadas à linha central	O CMS não paga mais por tratar certas infecções associadas à assistência médica (IRAS) se não estiverem presentes na admissão.	Um departamento de controle de infecção que foi "legitimado" dentro do hospital como uma fonte para controle de infecção e perícia, iniciativas e soluções de prevenção.	O estudo não trabalhou com números de casos ou gastos com IRAS e sim fez uma análise sobre a aceitação e o reconhecimento da política do CMS nos hospitais.

Gökler <i>et al.</i> -2018	Pesquisa ação, com observação direta	Cirurgia endourológica	Educação e treinamento dos profissionais de saúde	Intensificar as políticas de controle já adotadas, uma vez que os EUA não pagam os custos adicionais de IRAS desde 2008 .	A frequência de infecção diminuiu de 10,1% para 4,9% através da intervenção, o que equivale a uma redução de 51,0% nas taxas.
Jarvis <i>et al.</i> - 1996	Quantitativo	Trato urinário (sonda vesical), feridas cirúrgicas, pneumonia (ventilação mecânica), Infecções no local cirúrgico, Infecções da corrente sanguínea associadas à linha central	Os administradores se concentram na contenção de custos e menos no controle da infecção.	Um maior apoio deve ser dado aos programas de controle de infecção, uma vez que programas minimamente econômicos são eficazes.	Os custos médios estimados dessas infecções são de US \$ 558 a US \$ 593 para cada infecção do trato urinário, US \$ 2.734 para cada infecção de sítio cirúrgico, US \$ 3.061 a US \$ 40.000 para cada infecção da corrente sanguínea e US \$ 4.947 para cada pneumonia.
Klevens <i>et al.</i> - 2007	Quantitativo	Trato urinário (sonda vesical), feridas cirúrgicas, pneumonia (ventilação mecânica), Infecções no local cirúrgico, Infecções da corrente sanguínea associadas à linha central	O trabalho buscou levantar a estimativa nacional do número de casos de IRAS, usando 3 fontes de dados: Nacional de Vigilância das Infecções Nosocomiais (NNIS), dados de 1990-2002, conduzidos pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Dados do National Hospital Discharge Survey (para 2002) e do American Hospital Association Survey (para 2000)	O estudo não abordou políticas interventivas.	Em 2002 número estimado de mortes por IRAS: 35.967 foram para pneumonia, 30.665 para infecções da corrente sanguínea, 13.088 para infecções do trato urinário, 8.205 para infecções do sítio cirúrgico e 11.062 para infecções de outros locais.

* CDC : Centros de Controle e Prevenção de Doenças

** HICPAC: Comitê Consultivo para Práticas de Controle de Infecção em Saúde

** *IHI : Instituto de Melhoria da Saúde

**** CVS-BSI : Infecção Sanguínea Associada ao Cateter Venoso Central

4.DISSCUSSÃO

Após as análises realizadas pelos autores , foi verificado que nos Estados Unidos, país onde encontrados todos os artigos dessa pesquisa, a preocupação em relação às IRAS e os custos relacionados à elas surgiram há muito tempo.Os estudos foram limitados aos pacientes adultos e em maior parte em hospitais não federais. As principais fontes de dados e de pesquisa usadas foram Harvard Medical Practice Study, Institute for Healthcare Improvement, Diretoria da Sociedade para Epidemiologia da Saúde da América (SHEA) e Rede Nacional de Segurança de Saúde dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC).

As bactérias preponderantes envolvidas nas infecções hospitalares foram Staphylococcus aureus , Enterococcus faecalis , Enterococcus faecium e S. epidermidis. O artigo de Muto et al ¹¹ revelou que a S.aureus pode sobreviver na superfície externa de pacotes de produtos estéreis por mais de 38 semanas e sua cepa na corrente sanguínea foi significativamente mais letal. A resistência bacteriana é a responsável pela ineficácia dos antibióticos mais potentes utilizados nos hospitais, tais como a vancomicina, meticilia, clindamicina e as cefalosporinas.Essa resistência é caracterizada por Persson et al ⁸ como "*um micróbio adquire um gene, que permite inativar o antibiótico ou anular sua atividade antimicrobiana "ou "é adquirida devido à um distúrbio genético espontâneo"* .

Diante do desafio da presença dessas bactérias "super resistentes", há o desafio de como conseguir evitá-las , assim como evitar os custos diretamente e indiretamente relacionados à elas. Conforme Muto et al ¹¹ essas cepas encontram-se nos vestuários dos profissionais de saúde, teclados de computadores do hospital , estetoscópios, torniquetes, esfigmomanômetro punhos, otoscópios e pagers, oxímetros de pulso,maçanetas, mesas sobre camas, roupa de cama,etc. Em um estudo, 42% das luvas dos enfermeiros tornaram-se contaminadas com S.aureus quando tocaram superfícies na sala de um paciente sem realmente terem tocando no paciente.

Conforme todos os textos relacionados ao tema, os custos gerados com o intuito de realizar o tratamento frente a essas infecções foram exorbitantes. Conforme Graves et al⁶, as estimativas do custo dessas

infecções, em preços de 2002, sugerem que a carga econômica anual é de US \$ 6,7 bilhões por ano nos Estados Unidos e £ 1,06 bilhão (aproximadamente US \$ 1,7 bilhão) no Reino Unido. O estudo demonstrou que a utilização de recursos atribuíveis à IRAS não termina com a alta hospitalar inicial. Muitas infecções não se tornam aparentes até a alta hospitalar (após 18-21 dias). O estudo descrito por Kirkland et al ⁸, relata que os pacientes que desenvolveram as infecções durante a internação hospitalar têm probabilidade cinco vezes maior de exigir readmissão no hospital dentro de 30 dias da alta pós-operatória. Se as nossas estimativas do impacto forem aplicadas para todos os Estados Unidos, as IRAS são responsáveis por aproximadamente 20.000 mortes hospitalares e custam aos hospitais mais de US \$ 3 bilhões por ano apenas para internação.

No quadro 2 (segunda coluna), estão inseridos os principais locais ou procedimentos atrelados à essas infecções, e a partir desses dados, e sabendo que 75% das HAIs identificadas eram evitáveis conforme Zimlichman et al ¹², algumas políticas com viés econômico estão sendo adotadas. Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) implementaram o uso de um novo mecanismo financeiro - nenhum pagamento adicional será realizado quando forem constatadas complicações evitáveis. Essa é uma forma de pagamento por desempenho. O CMS não paga mais hospitais por tratar certas infecções associadas à assistência médica (IRAS) se não estiverem presentes na admissão conforme Hoff et al ¹.

Diante disso, muitas entidades viram-se na necessidade de implementar condutas que visem à prevenir essas infecções. Na coluna 6, há o resultado pressuposto de algumas aplicações das medidas adotadas pelas organizações hospitalares estudadas. Após um programa de treinamento contendo abordagens multidimensionais de controle de infecção, como intervenções de controle de infecção, educação, vigilância e feedback de desempenho, realizado em 15 países em desenvolvimento, a taxa de incidência de IRAS diminuiu em aproximadamente 37%. Em um estudo examinando por Gökler et al ¹⁴, o custo de IRAS por 4 anos após um programa de prevenção e controle de infecção realizado em 82.046 pacientes em 6 unidades de terapia intensiva no Canadá, concluiu que as IRAS foram

prevenidas em 4.739 pacientes no total e foi evitado um custo adicional de 9,1 bilhões de dólares.

As políticas adotadas como comportamento do líder, cultura organizacional e comportamento da equipe, ajudam a viabilizar a política do CMS na promoção da melhoria da qualidade (QI) em hospitais.

Métodos qualitativos são idealmente adequados para examinar os papéis dos fatores organizacionais e do contexto na facilitação da implementação de políticas. A presença de um departamento proativo de controle de infecção, a liderança no controle de infecção e participação do provedor clínico nas atividades de controle de infecção são políticas reconhecidas e compreendidas pela equipe do hospital e percebidas como confiáveis e importantes para alcançar a melhoria da qualidade por diferentes partes interessadas da organização.

Conforme Hoff et al.¹ um dos principais objetivos da política é que ela sirva como um direcionador de melhoria da qualidade dentro dos hospitais, fornecendo a justificativa e motivação para os hospitais se engajarem em atividades de vigilância e prevenção relacionadas à infecção. As avaliações do amplo impacto das políticas de pagamento nos hospitais de redes de segurança continuarão a ser importantes à medida que o uso de incentivos financeiros e penalidades continuarem a se expandir nos Estados Unidos.

5.CONCLUSÃO

Partindo da indagação "como funcionam as medidas econômicas utilizadas para minimizar os custos com as IRAS?" e da análise dos estudos realizados em território americano, fica evidente a preocupação sobre os custos e gastos com as infecções hospitalares. As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) representam uma grande proporção dos danos causados pelos cuidados de saúde e estão associadas a custos elevados. Uma melhor avaliação dos custos dessas infecções poderia ajudar provedores e contribuintes a justificar o investimento na prevenção. Assim, a implementação de estratégias prontamente disponíveis têm o potencial de produzir economias significativas nos resultados financeiros para os hospitais.

Embora existam numerosos exemplos de intervenções bem-sucedidas de pequena escala para eliminar eventos adversos, incluindo as

IRAS em hospitais, a taxa de melhoria global tem sido lenta. Políticas como mudanças do CMS no reembolso de IRAS (ou seja, a substância da política) podem, em última análise, facilitar a melhoria da qualidade em relação a infecções no nível organizacional. Esses fatores organizacionais, categorizados geralmente no contexto como comportamento do líder, cultura organizacional e comportamento da equipe, ajudam a viabilizar a política do CMS na promoção da melhoria da qualidade (QI) nos hospitais.

Demonstramos que, quando as intervenções de controle de infecção reduzem os custos econômicos e aumentam os benefícios à saúde, elas devem ser adotadas sem maiores questionamentos. Esses programas de controle de infecção são caros, portanto, o custo do controle de infecção deve ser comparado à economia. Os tomadores de decisão devem avaliar o custo por unidade de benefício de saúde dos programas de controle de infecção, considerar o impacto nos orçamentos de saúde e comparar o controle de infecções com usos alternativos dos escassos recursos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Hoff T, Hartman C. Making the CMS Payment Policy for Healthcare-Associated Infections Work: Organizational Factors that Matter. *J Healthc Manag.* Boston, 2011 ; 56(5): 319–336.
2. Vaz L, Kleinman K. Impact of Medicare's Hospital-Acquired Condition Policy on Infections in Safety Net and Non-Safety Net Hospitals. *Infection control & hospital epidemiology.* Massachusetts, 2015, vol. 36, no. 6.
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999; 20(11):725-730.
4. Harris R, Salgado C. Universal Screening for Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* by Hospitals. *JAMA,* Pittsburgh ,2008. Vol 300, No. 5.
5. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL Jr, et al. Estimating health care associated infections and deaths in U.S. hospitals. *2002. Public Health Rep.* 2007; 122(2):160-166.

6. Graves N. Economic sand preventing hospital-acquired infection. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(4):561-566.
7. Zell BL, Goldmann DA. Healthcare-associated infection and antimicrobial resistance: moving beyond description to prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007;28(3):261-264.
8. Persson U, Persson M, Malchau H. The economics of preventing revisions in total hip replacement. *Acta Orthop Scand.* 1999;70(2):163-169.
9. Roberts RR, Frutos PW, Ciavarella GC, et al. Distribution of fixed vs variable costs of hospital care. *JAMA.* 1999;281(7):644-649.
10. Burke JP. Infection control: a problem for patient safety. *N Engl J Med.* 2003; 348(7):651-657.
11. Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, et al. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003;24(5):362-386.
12. Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, et al. Health care associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med* 2013;173:2039–2046.
13. Hoff T, Hartmann CW, Soerensen C, Wroe P, Dutta-Linn M, Lee G. Making the CMS payment policy for healthcare-associated infections work: organizational factors that matter. *J Healthc Manag* 2011;56:319–335.
- 14 Gökler ME, Işıklı B, Başeskiöğlü B. Cost of Healthcare-associated Infections Developing After Endourologic Surgery and the Efficacy of Control Measures in a Turkish University Hospital. *J Urol Surg* 2018;5(4):149-156.
15. Jarvis WR. Selected Aspects of the Socioeconomic Impact of Nosocomial Infections: Morbidity, Mortality, Cost, and Prevention. *Infection Control and Hospital Epidemiology.* 1996; 17(8):552–57.
16. Klevens RM, Edwards JR, Edwards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, Cardo DM. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. *Public Health Reports.* 2007; 122(2):160–166.

Correspondência para:

Viviane Danelon Neves

email: vivi.danelon@hotmail.com

Rua Gentil Bastos de Carvalho, 252

05888 -110, Parque Fernanda, São Paulo/SP

