



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

# **RELATÓRIO EM COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO**

FILOMENA MARIA VIEGAS HENRIQUES

VISEU, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

# **RELATÓRIO EM COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação do Prof. Olivério Ribeiro.

**FILOMENA MARIA VIEGAS HENRIQUES**

**VISEU, 2012**

*“O caminho faz-se caminhando.”*

Anónimo

## RESUMO

Enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, realizei o estágio na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de S. Teotónio em Viseu, do qual este relatório pretende ser a súmula.

Foi sem dúvida um estágio bastante rico, com excelentes momentos de reflexão, recapitulação e/ou aprofundamento de diversas temáticas, sendo uma mais-valia para o meu desempenho como enfermeira especialista, uma vez que em estágio nos é permitido complementar a formação teórico-prática, consciencializando-nos gradualmente aos diferentes papéis que somos chamados a desempenhar no âmbito da nossa profissão e das competências de que necessitamos ser detentores para os desempenhar com sucesso. Sendo por isso nos estágios que se estabelecem relações mais próximas com os enfermeiros peritos em determinadas temáticas, aprendendo a “enfermagem prática”, com partilha de responsabilidades, trabalho individual e em equipa que só existe no contexto da prática.

## ABSTRACT

As a master student specialized in medical surgery nursing of the Portuguese Catholic University, I performed my training at the infection control committee of S. Teotónio hospital in Viseu, from which the current report results.

It was undoubtedly a very rich training, with excellent reflection moments, revision and / or deepening different issues, which revealed very worthy for my performance as specialist nurse, once as a trainee we are allowed to supplement the theoretical and practical training, becoming gradually aware of the different roles we are called to perform in the aim of our job and of the skills we need to manage in order to perform them successfully.

In trainings closer relationships with expert nurses in specific topics are established which allow “practical nursing”, with responsibility sharing, individual and team work which only exists in practical context.

## **SIGLAS**

- ARS** - Administração Regional de Saúde
- CCI** - Comissão de Controlo de Infecção
- CCI-HST** - Comissão de Controlo de Infecção de Viseu - Hospital S. Teotónio
- DEP** - Departamento de Educação Permanente
- DGS-PNCI** - Direcção Geral de Saúde – Programa Nacional de Controlo de Infecção
- EMC** -Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EUA** -Estados Unidos da América
- HELICS** - Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance
- HSTV-EPE** - Hospital S. Teotónio de Viseu - Entidade Pública Empresarial
- HUC** - Hospitais da Universidade de Coimbra
- IACS** - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- NHSN** - National Healthcare Safety Network
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PNCI** - Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
- RTP** -Rádio Televisão Portuguesa
- SABA** - Solução Anti-séptica de Base Alcoólica
- SCE** - Serviço Central de Esterilização
- UCIP** - Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

Índice	Pág.
<b>1- INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
<b>2.1 – Áreas de Intervenção da CCI</b>	<b>10</b>
<b>2.2 – Higienização das Mãos</b>	<b>12</b>
<b>2.3 – Clostridium Difficile</b>	<b>13</b>
<b>2.4 – Microrganismos Multiresistentes e Sinaléticas de Isolamento</b>	<b>14</b>
<b>2.5 – Política de Anti-Sépticos e Desinfectantes</b>	<b>15</b>
<b>3 - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO DO HSTV-EPE</b>	<b>17</b>
<b>3.1 - Caracterização da Comissão de Controlo de Infecção</b>	<b>18</b>
<b>3.2 - Descrição das actividades desenvolvidas/competências adquiridas por objectivos específicos</b>	<b>19</b>
<b>4 - CONCLUSÃO /REFLEXÃO CRITICA FINAL</b>	<b>31</b>
<b>5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I - Poster e comunicação livre elaborados no âmbito do evento de lançamento da campanha de higiene das mãos: Poster - “Doentes em boas mãos” Comunicação livre - “Higiene das mãos uma responsabilidade partilhada	
Anexo II- Trabalhos elaborados em parceria com o serviço de Pediatria no âmbito do evento da campanha de higiene das mãos	
Anexo III - Testes às mãos realizados no átrio do HST, no âmbito da campanha de higiene das mãos, com a máquina de luz fria	
Anexo IV- Banda desenhada “Mãos limpas”, do âmbito da campanha de higiene das mãos	
Anexo V – Excerto do Jornal Diário das Beiras – “Campanha de higiene das Mãos”	
Anexo VI - Assinatura do compromisso dos profissionais da instituição no âmbito da campanha de higiene das mãos	
Anexo VII - Poster para visitantes e acompanhantes “Mãos limpas”	
Anexo VIII - Acção de formação em serviço para profissionais, no âmbito da campanha de higiene das mãos	
Anexo IX - Poster alusivo à Gripe H1N1	
Anexo X - Projecto de criação de sinaléticas em situações de isolamento e respectivo power-point	

## 1- INTRODUÇÃO

Dadas as exigências cada vez maiores por parte das pessoas doentes e família, da evolução da medicina e concomitantemente do aparecimento de novas doenças e tratamentos, que novos desafios me surgiram como enfermeira, daí a necessidade sentida de investir na auto-formação.

Foi em 1997 que iniciei a especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica (na Universidade Católica Portuguesa em Braga) a qual conclui em 1999. Tendo realizado o estágio de urgência, no serviço de urgência do Centro Hospitalar de Coimbra e o estágio de cuidados intensivos, na Unidade de Cuidados Intermédios do serviço de Cirurgia III, dos Hospitais da Universidade de Coimbra os quais foram sem dúvida uma mais valia no planeamento, avaliação e abordagem do doente crítico, não menosprezando no entanto o estágio de administração e pedagogia que foram sem dúvida os alicerces para o meu percurso após a especialidade, uma vez que, um mês após ter terminado a especialidade fui convidada a criar a Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios no serviço de Cirurgia I, local onde actualmente exerço funções.

6

O plano curricular do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica preconiza que os estudantes adquiram competências específicas para cuidar da pessoa doente do foro médico-cirúrgico de médio e alto risco, internado em unidades de cuidados intensivos monovalentes, prestando cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, no entanto essas competências foram já adquiridas anteriormente durante o curso de especialidade e a sua aplicação em exercício de funções.

O ambiente hospitalar possui uma enorme diversidade de microorganismos os quais são uma fonte de preocupação para os profissionais

de saúde, embora cientes que a maioria não confere risco para o Homem. No entanto percebê-los como agentes causadores de infecção e doença reveste-se de elevada complexidade, havendo apenas uma pequena quantidade de relatórios/estudos a definirem a sua relação causa/efeito. (CDC, 2003).

Foi então neste contexto, dado ter-me sido dada creditação nos módulos I e II, que surgiu o estágio opcional (modulo III) o qual decorreu na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital S. Teotónio de Viseu, Entidade Pública Empresarial (HST-EPE) entre 27/04/2009 e 26/06/2009, com a carga horária de 180 horas de contacto, distribuídas por oito semanas, correspondendo a três/ quatro turnos por semana, conforme horário praticado no serviço (8H.30M-16H.30M) sob a orientação tutorial da Enf. Chefe Judite Patrício.

A escolha desta unidade para desenvolver o estágio de opção, teve por base a necessidade de aprofundar conhecimentos na área das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, colaborando na prevenção das infecções evitáveis, pois como referiu Florence Nightingale, “o mínimo que se deve esperar do Hospital é que não faça mal ao doente” e infelizmente os doentes por vezes regressam aos seus lares após a alta portadores ou colonizados com microorganismos que os profissionais de saúde lhes “ofereceram” durante o internamento.

Além disso os efeitos adversos da prestação de cuidados traduzidos pelas Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são cada vez mais alvo da atenção quer de entidades internacionais, quer da Direcção-Geral da Saúde no sentido de as minimizar e controlar.

Dai que aprofundar conhecimentos acerca das IACS é hoje uma necessidade premente uma vez que se verifica o seu aumento o qual se traduz, muitas vezes num acréscimo considerável das despesas hospitalares, tornando-se num fenómeno preocupante e grave para a saúde pública.

Exercendo funções num serviço de cirurgia geral em que a propagação de infecções nesse contexto se pode tornar fatal para muitas pessoas doentes, a sua prevenção assume, a meu ver, ainda maior importância, devendo ser prevenidas o mais precocemente possível, dado que é um serviço de risco acrescido para o aparecimento de infecção devido às técnicas invasivas que utilizamos, e por entender o quanto é relevante esta problemática, decidindo portanto pela realização deste estágio, o qual visa proveito profissional e pessoal.

No contexto actual os profissionais de saúde encontraram-se mais conscientes para esta problemática, e entendem que a infecção decorrente da prestação de cuidados constitui hoje um problema real e grave no contexto da qualidade da prestação de cuidados. (PNCI, 2006).

As unidades de controlo da infecção têm sido criadas e ou normalizadas, como órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, cujo bom ou menos bom funcionamento se reflecte na instituição, quer pelo aumento de custos que determinadas práticas podem provocar, quer pelos riscos acrescidos para as pessoas doentes e a comunidade em geral. Assim se justifica a necessidade de uma intervenção o mais precoce possível por parte de todos os profissionais com o apoio das referidas comissões.

Exercendo funções de especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica desde 1999 nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), no serviço de Cirurgia I Mulheres (cirurgia geral) sentia possuir uma lacuna na vertente da higiene hospitalar e conseqüentemente da segurança dos cuidados nomeadamente à pessoa em situação crítica. No decorrer do estágio foram diversas vezes motivo de reflexão a falta de uniformização relativamente a alguns procedimentos como quando em presença de pessoas doentes que necessitam de isolamento, uma vez que as infecções nomeadamente por microrganismos multiresistentes são uma constante nos nossos dias, assim como a deficiente higienização das mãos, actuando como veículo de infecção

cruzada, a irracional utilização de desinfectantes e anti-sépticos, a pandemia da gripe, o surto de clostridium difficile, entre outros.

Sendo as áreas de intervenção da CCI de Viseu, a formação, a vigilância epidemiológica e a gestão de práticas seguras e desenvolvendo este estágio nas três vertentes, as quais foram de encontro aos objectivos propostos no projecto em parceria com as duas colegas de estágio.

Na elaboração do relatório recorri à consulta do guia orientador do estágio, ao livro das teses relatórios e trabalhos escolares da Católica, ao projecto de estágio e a um pequeno caderno de notas onde diariamente anotei os aspectos mais relevantes do dia, sob a orientação do Professor Olivério.

O presente relatório tem como objectivos:

Ser uma exposição breve e sistemática das actividades realizadas e assistidas durante o estágio;

Reflectir sobre as experiências e as estratégias utilizadas para a sua consecução;

Reflectir sobre as competências adquiridas no estágio;

Na consecução dos objectivos delineados no projecto realizei as actividades que considerei pertinentes, utilizando estratégias que vou tentar explicitar para se perceber o caminho que percorri para os atingir.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro partes, sendo a presente a primeira, seguida da fundamentação teórica onde abordo os temas que considerei mais pertinentes e que aprofundei durante o estágio, seguido da análise crítica das actividades desenvolvidas, estratégias e competências adquiridas, por fim a conclusão onde realizo uma reflexão final em que pretendo referir quais foram as mais valias e as modificações.

## 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Durante as 8 semanas de estágio muitos foram os assuntos abordados pela nossa tutora nas reuniões que conosco realizou, outros iam surgindo da troca de ideias entre nós, as estagiárias e os profissionais do serviço, outras de situações que surgiam nos serviços no dia a dia.

Dada a especificidade que possui o serviço, Comissão de Controlo de Infecção, entendi abordar os assuntos que considere mais pertinentes no decorrer do estágio, para melhor se entender quais foram as actividades desenvolvidas e competências adquiridas no mesmo.

Assim sendo os assuntos abordados serão:

- Áreas de intervenção da CCI
- Higienização das mãos
- Clostridium difficile
- Microrganismos multiresistentes e sinaléticas de isolamento
- Política de anti-sépticos e desinfectantes

---

10

### 2.1 – Áreas de intervenção da Comissão de Controlo de Infecção

De acordo com o plano operacional da CCI de Viseu, o qual se encontra ajustado ao Plano Operacional de Prevenção e Controlo das IACS para 2008, as suas áreas de intervenção são: a formação, vigilância epidemiológica e gestão de práticas seguras.

Na área da formação que é uma das vertentes de cumprimento obrigatório no Plano Operacional das Comissões, a CCI de Viseu tem como objectivo “dotar os profissionais de conhecimentos adequados para resoluções de questões relacionadas com as IACS para melhorar a qualidade e a prática do cuidar.” (Guia de Acolhimento e Integração de Enfermagem na CCI, 2008).

Nesse plano de formação os participantes têm sido: o próprio núcleo executivo e técnico como formadores, os elos de ligação e os restantes profissionais (enfermeiros, médicos, administrativos, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica) como formandos. As actividades formativas têm passado pela realização de cursos do DGS-PNCI e estágios, cursos na ARS - Centro, cursos no DEP, reuniões trimestrais com os elos de ligação e ainda formação em serviço ministrada pelos elos de ligação com coordenação da CCI, sendo portanto um vasto campo de acção com envolvimento dos vários intervenientes, e só assim com o envolvimento de todos se pode resolver problemas tão complexos como as IACS.

Uma outra área, não menos importante que a anterior é a vigilância epidemiológica a qual” é considerada um instrumento de planeamento e gestão de recursos, indispensável à protecção da saúde e à segurança dos doentes, visitas ou profissionais de saúde “( PNCI, 2006), no entanto refere ainda a mesma fonte que” o tipo de vigilância depende do objectivo a que se destina, da metodologia e população a monitorizar, devendo ponderar-se a sua exequibilidade e os recursos para o pôr em prática.” Entendendo-se que “a metodologia mais eficaz é a vigilância activa e selectiva sobre as infecções mais prováveis, mais dispendiosas ou de fácil prevenção”, segundo o (PNCI, 2006), “correspondem a estas características as infecções associadas a más práticas na utilização ou processamento de equipamentos e a procedimentos incorrectos”, segundo o (Guia de Acolhimento e Integração de Enfermagem na CCI, 2008). De acordo com o exposto anteriormente a CCI do HST-EPE propôs para este ano quatro vigilâncias epidemiológicas activas, com períodos de estudo pré definidos, tendo sido criados protocolos e implementado documento de colheita de dados para o efeito sendo elas: da infecção cirúrgica, da infecção associada a dispositivos invasivos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, da pneumonia associada a cuidados de saúde e de resistências microbianas. Após a colheita de informação e para existir conformidade e se poderem comparar resultados entre instituições ou mesmo entre países tem surgido alguns projectos internacionais de vigilância epidemiológica como o

HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance) e dentro deste o HELICS-UCI e o HELICS-CIRURGIA e ainda o NHSN (National Healthcare Safety Network) entre outros, sendo os que referenciei os mais utilizados na CCI de Viseu aquando da interpretação dos resultados obtidos. Com as vigilâncias implementadas tem-se conseguido um conhecimento mais aprofundado das práticas com execução de medidas correctivas para maior segurança das pessoas doentes.

Por último dentro das áreas de intervenção da CCI temos a gestão de práticas seguras, tendo sido planeada a elaboração da 4ª edição do Manual de Prevenção e Controlo da Infecção da CCI, com uma primeira fase de constituição de grupos de trabalho para elaboração do projecto e das normas entre o núcleo de elos de ligação. A edição anterior do manual foi, sem dúvida utilizado pelo grupo inúmeras vezes, essencialmente, aquando do aparecimento de questões de como se deve fazer determinado procedimento, sendo um suporte escrito útil e de fácil acesso para a melhoria da prática nas equipas, em contexto de trabalho.

## **2.2 – Higienização das mãos**

As infecções associadas aos cuidados de saúde, são reconhecidas como muito importantes na qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, considerando-se que cerca de um terço destas são evitáveis. A maioria das infecções resultam de infecções cruzadas através das mãos dos profissionais, daí a urgente necessidade de intervenção por parte da OMS em todo o mundo, tendo sido criada a aliança mundial para a segurança do doente, a qual pretendia reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde.

No entanto a higiene das mãos é o único procedimento que por si só, é capaz de prevenir e reduzir a transmissão de microrganismos responsáveis pela ocorrência da infecção hospitalar. (PNCI, 2006)

Resultando assim a higienização das mãos como uma prática prioritária em todos os programas de prevenção e controle de infecção hospitalar, em virtude de reduzir consideravelmente as taxas das infecções nasocomiais, uma vez que o uso de água e sabão, aliado à fricção, remove os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele e também a oleosidade, o suor e células mortas, bem como retira sujidade propícia para permanência e multiplicação de microrganismos.

Qualquer profissional de saúde, prestador de cuidados ou pessoa envolvida nos cuidados deve realizar uma cuidada higienização das mãos. O procedimento pode efectuar-se por fricção com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA) ou por lavagem com água e sabão. Sendo que, a primeira opção para higienização das mãos é mais rápida, mais eficaz e melhor tolerada do que a lavagem com água e sabão, utilizando-se a lavagem com água e sabão apenas quando mãos visivelmente sujas ou SABA não disponível.

A higienização das mãos deve realizar-se em cinco momentos: antes e após o contacto com a pessoa doente, antes de procedimentos assépticos, após contacto com ambiente envolvente e após risco de exposição a fluidos orgânicos. O método e os produtos a utilizar na higienização dependem da: intensidade do contacto com o doente ou dispositivos médicos, grau de contaminação das mãos, susceptibilidade da pessoa doente e do tipo de procedimento.

Os profissionais de saúde no exercício das suas funções estão numa posição privilegiada sobre a comunidade para os alertar dos benefícios de uma cuidada higienização das mãos, dado que a população vem até eles receber cuidados de saúde estando nessa altura mais disponíveis para interiorizar ensinamentos sobre hábitos saudáveis.

### **2.3 – Clostridium difficile**

Devido aos recentes aumentos significativos na incidência e gravidade de doentes infectados com Clostridium difficile, como também ao aparecimento

de numerosos surtos associados a uma estirpe epidémica caracterizada pela grande capacidade de produção de toxinas, tornou-se necessário tomar medidas de prevenção desta infecção as quais requerem o cumprimento estreito das normas que tendem a minimizar a sua transmissão, estando indicado o isolamento de contacto, bem como o reforço da higiene das mãos e do ambiente, dado que a transmissão ocorre fundamentalmente pela via oral-fecal, veiculada através da contaminação transitória das mãos das pessoas doentes e dos profissionais de saúde. Os esporos do *Clostridium difficile* encontram-se em grande abundância nas superfícies vizinhas das pessoas doentes hospitalizados que apresentam diarreia associada a essa bactéria, podendo os esporos persistir durante muitos meses nos hospitais.

A *Clostridium difficile* é uma bactéria anaeróbia, gram-positiva, formadora de esporos, sendo considerada o agente etiológico mais frequentemente implicado na diarreia nosocomial associada à utilização de antibióticos em adultos, tendo sido no entanto descrita pela primeira vez em 1935 como um componente da flora intestinal em recém-nascidos saudáveis. (Blossom, 2007)

14

Para além da utilização de antibióticos são também factores de risco importantes desta infecção, a idade avançada, a existência de doença subjacente grave, a estadia hospitalar prolongada (superior a 4 semanas) e a manipulação cirúrgica gastrointestinal.

## 2.4 – Microrganismo multiresistentes e sinaléticas de isolamento

Os microrganismos epidemiologicamente importantes são designados de microrganismos multiresistentes, que pelas suas características específicas podem ser relevantes na transmissão cruzada da infecção, justificando assim o

seu estudo nas unidades de saúde. Estes encontram-se em elevado número em ambientes orgânicos húmidos, podendo também ser detectados no ar, água e equipamentos.

Por outro lado, dado que o ambiente dedicado à prestação de cuidados de saúde contém uma grande diversidade de microrganismos, estes constituem fonte de preocupação para os profissionais de saúde apesar da maioria dos mesmos não conferir risco para o Homem, no entanto é necessário adoptar medidas de protecção (precauções padrão ou precauções baseadas nas vias de transmissão, entre outras.)

No entanto com o aumento do conhecimento sobre o modo de transmissão das infecções, as práticas de isolamento foram-se desenvolvendo e afastaram-se das aproximações empíricas para serem implementadas com base na evidência científica. Mas a falta de uniformização quanto às práticas de isolamento continuam a ser uma constante nos serviços sendo realizado por cada um à sua maneira, o que provoca constrangimentos não só às pessoas doentes e família, como é uma má prática pondo em risco a segurança das pessoas doentes e até mesmo dos profissionais de saúde.

15

O isolamento constitui o “estabelecimento de barreiras físicas de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir, a transmissão dos agentes infecciosos ”( Manual de Prevenção de Infecções Nasocomiais, CCI – HST Viseu, 2005, p.97), “tal como para proteger o doente, as medidas de controlo de infecção são importantes para protecção da equipa de saúde tendo os empregadores a responsabilidade de providenciar a identificação dos perigos do local de trabalho, a avaliação dos riscos que eles implicam e a adopção das medidas de protecção contra os mesmos” (Wilson, 2003, p.178).

## **2.5 – Política de anti-sépticos e desinfectantes**

“A racionalização do consumo de anti-sépticos e desinfectantes, contribuem eficazmente para a redução da taxa de infecção relacionada com

os cuidados de saúde “( CCI-HST Viseu, 2007), reduzindo dessa forma os encargos para a instituição.

Para que a racionalização dos consumos seja efectiva é necessário uma utilização uniforme de anti-sépticos e desinfectantes, tendo em atenção a população microbiana da instituição. Ao pensar a política de anti-sépticos e desinfectantes, a CCI de Viseu tem como objectivos: racionalizar a utilização dos anti-sépticos e desinfectantes na instituição, melhorar a relação custo/efectividade através da contenção de custos e evitar a proliferação de estirpes multiresistentes.

A CCI elaborou um pequeno guia intitulado “Utilização de anti-sépticos e desinfectantes”, o qual divulgou na instituição, no sentido de uniformizar procedimentos de utilização de anti-sépticos e desinfectantes, elaborando uma lista restrita e seleccionando entre os produtos existentes no mercado aqueles que melhor se adaptam às necessidades reais da Instituição. A sua estrutura direcciona os produtos para o local de aplicação/ utilização, assinalando se são de uso livre ou restrito.

### 3 - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO DO HSTV-EPE

De acordo com os objectivos gerais definidos no guia orientador de estágio e os objectivos específicos definidos no projecto, com este estágio procurei conhecer e perceber o funcionamento da CCI de Viseu, sua articulação com os serviços, áreas estratégicas de actuação e perceber as semelhanças e/ou diferenças entre esta unidade e a do hospital onde exerço funções. Na prática pretendo com este estágio um enriquecimento profissional a nível das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde que me permitam melhorar a gestão dos cuidados, a integração e acompanhamento de enfermeiros, assistentes operacionais e estudantes de enfermagem com um objectivo major de cuidar das pessoas doentes com qualidade, protegendo-as para que se exponham o menos possível a riscos desnecessários.

Este estágio ou seja o modulo III (opcional) decorreu na CCI do Hospital S. Teotónio de Viseu - EPE, durante 8 semanas (180horas de contacto), sob orientação do Sr. Prof. Olivério Ribeiro e tutorado pela Sra. Enf. Chefe da CCI Judite Patrício em colaboração com a Sra. Enf. Especializada Teresa Borges.

A escolha desta unidade para a realização deste estágio deveu-se essencialmente ao facto de ter como responsável a Sra. Enf. Judite que é sem dúvida uma perita a nível do controlo de infecção, pois sabe exactamente como traçar o caminho para atingir os objectivos da comissão, além de ser uma pessoa excepcional e humana é também possuidora de muito boas relações na instituição sendo respeitada pelo trabalho que desenvolve, na e fora da instituição.

### 3.1 - Caracterização da Comissão de Controlo de Infecção

No HSTV-EPE, compete ao Conselho de Administração aprovar o regulamento interno da CCI, onde ficam definidas a composição, atribuições e funções dos diversos membros.

A CCI enquanto órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, tem um carácter técnico, executivo e multidisciplinar representativo e ajustado às novas modalidades de gestão da unidade de saúde, sendo dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, para implementar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção da unidade de saúde.

O Plano Operacional é elaborado anualmente pela CCI, sendo baseado nas directivas governamentais, tendo ainda, um carácter abrangente o qual proporciona acções de cooperação, participação multidisciplinar e partilha de informação.

A comissão é constituída pelo representante do Conselho de Administração, que neste caso se faz representar pelo Enf. Director e pelo Núcleo Executivo formado pelo coordenador e três enfermeiras (uma das quais a tempo parcial) e uma administrativa, um núcleo de apoio técnico constituído por uma enfermeira e cinco médicos de diferentes especialidades, pelo núcleo de elos de ligação formado por um médico e um enfermeiro por serviço, e está em implementação a integração de um assistente operacional também por serviço e por último o núcleo consultivo constituído por um elemento representativo dos administradores, outro da comissão de farmácia e terapêutica, do aprovisionamento, das instalações e equipamentos, da gestão de risco, do gabinete da qualidade e da saúde ocupacional/higiene e segurança no trabalho.

A CCI situa-se no piso 0 do HSTV-EPE, possuindo um espaço harmonioso onde se situam: uma sala de reuniões com uma ampla mesa rectangular, o gabinete do Coordenador, o gabinete da Enf. Chefe e o gabinete da secretária, duas casas de banho, um vestiário, uma pequena sala de

arquivo. Todos os gabinetes e sala de reuniões possuem sistema informático de ligação interna, no entanto só a sala de reuniões e o gabinete do Coordenador possuem ligação à Internet, o que dificulta de alguma forma o trabalho da comissão, o qual é ultrapassado, levando cada um o seu próprio computador e respectiva ligação à Internet. No decorrer do estágio foi alterada a disposição do mobiliário nas salas e corredor da CCI com a nossa colaboração e aplicados na parede alguns dos trabalhos elaborados por nós na Campanha da Higiene das Mãos, o que deu um ar ainda mais acolhedor à unidade e ao mesmo tempo alertando os profissionais para a importância da higiene das mãos.

### **3.2 - Descrição das actividades desenvolvidas/competências adquiridas por objectivos específicos**

Para facilitar a apreciação das actividades desenvolvidas vou começar por descrever os objectivos que me propus atingir e que passo a citar:

1. Conhecer a estrutura física da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de S. Teotónio
2. Conhecer a estrutura organizacional e funcionamento da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de S. Teotónio, áreas estratégicas de actuação e seu enquadramento no panorama nacional
3. Demonstrar capacidades de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar
4. Participar e promover a investigação no serviço
5. Identificar necessidades formativas e promover a formação
6. Manter de forma continua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional

Para a concretização do primeiro objectivo, foi fundamental a forma como fui acolhida pela equipa da CCI e a reunião efectuada conjuntamente com as outras duas estagiárias.

Nesta reunião foi-nos facultado o Guia de Acolhimento da CCI de Viseu do qual consta: a Circular Normativa nº18/DSQC/DSC de 15/10/2007 da DGS, que se refere à constituição ou operacionalização de Comissões de Controlo de Infecção em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e privadas, faz parte também o regulamento da CCI onde constam os objectivos e constituição da CCI, como são nomeados os respectivos núcleos que a constituem e a sua operacionalização, as atribuições dos membros da CCI e por último as infra-estruturas e recursos materiais necessários ao funcionamento da Comissão.

Consta ainda do Guia, o organograma da CCI e o seu Plano Operacional, do qual fazem parte, as actividades de vigilância epidemiológica, actividades de observação e monitorização, actividades formativas e estratégias operacionais de prevenção e controlo e por último mas não menos importante faz parte também do Guia as áreas de intervenção da CCI (formação, vigilância epidemiológica e gestão de práticas seguras).

Ao analisarmos o referido Guia conseguimos dar resposta não só ao primeiro como também ao segundo objectivo, percebendo como estava organizada a Comissão e qual o seu funcionamento.

20

Ainda durante o primeiro dia de estágio fizemos uma visita guiada à instituição com a passagem por serviços fulcrais como a própria Unidade de Controlo de Infecção, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, a Cirurgia 1 e a Unidade de Cuidados Cirúrgicos, a Medicina 1, a Pediatria, a Consulta Externa, a Urgência, a Farmácia, a Esterilização, Serviço de Instalações e Equipamentos, Rouparia e Lavandaria, visita esta que muito me ajudou a situar-me fisicamente como também a integrar-me na instituição, pois à medida que nos eram mostradas as instalações também nos eram apresentados os profissionais com que nos cruzávamos, os quais se mostraram disponíveis, atenciosos, simpáticos e muito acolhedores.

Desta forma demos cumprimento aos dois primeiros objectivos (Conhecer a estrutura física organizacional e funcionamento da CCI) planeados

e a outro que embora não estivesse inicialmente planeado foi posteriormente planeado e atingido que foi, conhecer qual o contributo que o Enfermeiro Especialista em EMC pode oferecer à sua equipa na Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, uma vez que desempenho funções de especialista há dez anos, os problemas relacionados com as infecções têm sido abordados por mim inúmeras vezes na formação em serviço, na integração de novos profissionais e com os estudantes, na gestão de cuidados, nas auditorias internas, de uma forma mais ou menos desorganizada. Com este estágio desenvolvi competências clínicas, de desenvolvimento pessoal, psicossociais e ético-deontológicas na área das IACS, o qual me permite desempenhar as minhas funções de uma forma mais consciente e segura, protegendo o doente para que não corra riscos desnecessários.

Dado que a Central de Esterilização de uma unidade de saúde é o local onde são processados os dispositivos e equipamentos médicos contaminados provenientes dos serviços utilizadores, tornando-os aptos a serem reutilizados, desempenhando este serviço um papel fulcral na prevenção e controlo de infecções, dependendo daí a segurança de doentes e profissionais. Dada a estreita ligação entre o SCE e a CCI, foi-nos proposto uma visita a esse serviço, a qual aceitamos de bom grado.

Nessa visita propus-me atingir os seguintes objectivos: conhecer a dinâmica do SCE e a sua importância no âmbito do controle de infecção e por outro lado perceber a articulação existente entre SCE e a CCI.

A visita guiada ao SCE decorreu no dia 17 de Junho tendo sido observadas as diversas áreas de descontaminação, desinfecção, inspecção, preparação e embalagem, preparação de têxteis, esterilização e armazém de estéreis, com áreas fisicamente separadas, tendo uma ligação interna através de uma janela com o Bloco Operatório.

O SCE uma unidade orgânico funcional de apoio clínico, dotado de autonomia técnica e de recursos materiais e humanos próprios, constituída por

uma Enf. Chefe e quinze assistentes operacionais, praticando alguns apenas horário fixo, o qual é gerido pela Enf. Chefe com a colaboração de todos, sendo fácil perceber que a equipa é dinâmica e muito acolhedora e que é um serviço organizado e limpo (possuindo inclusive o registo das limpezas efectuadas por turno).

Diariamente é planeada pela Enf. Chefe a distribuição dos assistentes operacionais pelas diferentes áreas, os quais são responsáveis por desempenhar determinadas tarefas como o registo das saídas e entradas de material, separação e arrumação do material esterilizado e higienização das instalações entre outras.

A chefe do SCE é também, responsável pela implementação e manutenção de normas que previnam a infecção cruzada, quer do pessoal que transporta e manuseia os dispositivos médicos contaminados, quer das pessoas doentes em quem posteriormente vão ser utilizados esses mesmos dispositivos. As normas são discutidas e redigidas em conjunto com a CCI, sendo também envolvida a comissão na formação em serviço relacionada com as políticas e procedimentos de prevenção dos riscos biológicos, por outro lado, quando acontecem problemas que de alguma forma possam comprometer a prevenção das IACS é dado conhecimento à CCI a qual colabora na introdução de medidas de controlo.

Com esta visita ao SCE atingi os dois objectivos a que me propus, tendo sido uma mais valia na medida em que existe uma articulação estreita entre os dois serviços, a qual pude melhor perceber no contexto do serviço, adquirindo fundamentalmente competências clínicas.

Em 2005 criaram o First Global Patient Safety Challenge “Clean Care is Safer Care” com o objectivo de implementar a denominada Estratégia Multimodal para a melhoria da higiene das mãos, no entanto a adesão oficial de Portugal só ocorreu dia 8 de Outubro de 2008 com a assinatura do compromisso ministerial. A divulgação desta campanha foi ocorrendo a nível

nacional em todos os hospitais públicos e privados tendo como colaboradores e dinamizadores os profissionais das CCI.

O evento de lançamento da Campanha Higiene das Mãos promovido pela CCI surge nesta sequência, tendo decorrido em três fases: a primeira a da avaliação da adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos em todos os serviços; a segunda referente à formação dos profissionais através de acções de formação de sensibilização e por fim a que se refere à avaliação das acções implementadas e do seu impacto a nível do conhecimento e mudança de práticas dos profissionais, tendo em vista auditorias às estruturas e às práticas.

Com o evento de lançamento da Campanha Higiene das Mãos (segunda fase da campanha), conseguiu-se envolver profissionais, com exposição em auditório do que se pretendia desenvolver no hospital (ou seja do projecto da campanha), apresentação de comunicações livres por parte de alguns enfermeiros da instituição, tendo o nosso grupo participado com o tema "Higiene das mãos, uma responsabilidade partilhada" o qual foi apresentado por mim (anexo I) e com a exposição no átrio do hospital durante os 2 dias de duração do evento de poster elaborados por enfermeiros e assistentes operacionais sobre a higiene das mãos, tendo o nosso grupo participado, com o poster "Doentes em boas mãos"( anexo I), o qual esteve em exposição juntamente com outros trabalhos, no átrio do hospital. Foram ainda elaborados trabalhos na pediatria do hospital com a colaboração dos meninos doentes, da professora, da educadora, dos enfermeiros do serviço e do nosso grupo em que constavam trabalhos alusivos à importância da higiene das mãos com azulejos pintados, mãos em esferovite, histórias de banda desenhada, tudo alusivo à enorme necessidade que existe em lavar as mãos (anexo II)

Sendo o átrio do hospital um local privilegiado de passagem, foi possível realizar momentos de sensibilização a visitantes, doentes e profissionais de saúde através de trocas de ideias e realização de testes de higiene das mãos com máquina de luz fria, a qual permitia aos utilizadores

verificar quais os locais das suas próprias mãos que ainda continuavam “sujos” mesmo após a higienização com a solução alcoólica (anexo III).

Durante os 2 dias do evento foram também passando filmes (anexo IV), no átrio acerca do tema e informada a comunicação social para dar cobertura do acontecimento, tendo estado presente a RTP e o Jornal da Beira (anexo V),.

No decorrer dos dois dias de campanha fomos também convidando os profissionais que passavam pelo átrio a assinar aquilo a que chamamos “Assinatura de Compromisso”, solicitando aos profissionais a fazerem uma assinatura num quadro branco, assumindo assim simbolicamente o compromisso de higienizar sempre as suas mãos (anexo VI).

Fomos também oferecendo aos profissionais alguns panfletos alusivos à higiene das mãos nos cuidados de saúde e distribuindo pelos serviços cartazes alusivos para afixação nas salas de trabalho dos respectivos serviços, documentos enviados pela DGS.

Apesar de já estar planeado pela Comissão o referido evento antes de iniciarmos o estágio, envolvi-me em toda a campanha, tendo desenvolvido competências de carácter pessoal, com o desenvolvimento de capacidades como espírito crítico e a iniciativa, criatividade, adaptação, gestão de emoções, autonomia na resolução de problemas, auto-confiança, auto-formação e desenvolvimento de competências psicossociais e ético-deontológicas, tendo sido sem dúvida, toda a campanha desde o planeamento, elaboração e defesa dos trabalhos elaborados até ao meu envolvimento no todo realizado, um dos acontecimentos mais ricos do estágio.

Embora soubesse o quanto é importante a higienização das mãos no nosso dia a dia, não saberia transmiti-lo com certeza de uma forma tão convincente levando os outros pares a reflectir sobre um assunto aparentemente tão simples mas de suma importância.

Com a participação neste evento demos cumprimento ao quarto, sexto e sétimo objectivos. Ao quarto porque conseguimos trabalhar de uma forma

adequada com a equipa da CCI sentindo-nos parte integrante da mesma assim como com os vários participantes do evento colaborando em todas as actividades desde a decoração do átrio, elaboração de listas dos trabalhos a expor, aplicação de cartazes da DGS sobre higienização das mãos, em locais de maior acesso da comunidade (Urgências, Consultas Externas e átrios do hospital), podendo mesmo afirmar que a população do hospital não ficou indiferente, dado que além da decoração alusiva, abordávamos os transeuntes para assinar o compromisso se fosse profissional ou higienizar as mãos, além de inúmeras conversas informais sobre o tema.

Relativamente ao sexto objectivo, da identificação de necessidades formativas e promoção da formação, foi detectada por nós, falta de informação escrita aos visitantes, que os alertasse para o papel fundamental que têm dentro do hospital, como o que fazer e o que evitar relativamente às suas próprias mãos e ao risco de infecção, motivo pelo qual elaboramos um poster intitulado “Mãos limpas” (anexo VII) que foi posteriormente aplicado em alguns serviços.

25

Relativamente à formação colaboramos também na replicação da formação da “Campanha da higiene das mãos - medidas simples salvam vidas”(anexo VIII) nos serviços de Exames Complementares, Neurocirurgia e Otorrinolaringologia, juntamente com a Enf. Teresa, sendo os participantes apenas enfermeiros e assistentes operacionais, mas em que no final na discussão surgiram momentos muito enriquecedores de troca de ideias acerca de como se faz e como se deveria efectivamente fazer e como ultrapassar alguns condicionantes existentes nos serviços.

No início do estágio (finais de Abril) surgem os primeiros casos de Gripe H1N1 no México e EUA e que posteriormente se propagou a outros países incluindo Portugal, no final do estágio (Junho) a fase de pandemia correspondia à fase pré-pandémica (nível 3 a 5) e dado que o HSTV não é, um dos hospitais de referência, pois não possuem quartos de pressão negativa, foi finalizado o

plano de contingência da instituição pelo Enf. Director, o coordenador e a Enf. Chefe da CCI e o Enf. Chefe da Urgência, sendo que, o serviço de Urgência não é destinatário pois os doentes são transferidos para os HUC logo que possível.

Dai que o papel da Comissão neste período foi o de evitar alarmismos aproveitando o momento para incutir nos profissionais boas práticas nomeadamente no que dizia respeito à higienização das mãos. Aproveitamos o facto de não existirem cartazes nem poster da DGS (os quais apareceram mais tarde) e elaboramos um poster alusivo à gripe, com algumas medidas que deviam ser tomadas por todos para evitar a propagação da doença, o poster intitulava-se "Gripe A" (anexo IX) e foi exposto nos átrios e salas de espera do hospital (entrada principal, urgências e consultas externas). No enquadramento teórico não abordei a gripe H1N1 uma vez que quando surgiram os primeiros casos no México e EUA, as indicações da DGS eram incentivar as pessoas a adoptar estilos de vida e comportamentos saudáveis, mantendo-as informadas sobre o desenrolar dos acontecimentos sem alarmismos, o que tentei cumprir com serenidade, todos os desenvolvimentos nomeadamente no nosso país surge no fim do estágio.

Relativamente à primeira fase da campanha (como já referido atrás) ou seja da avaliação da adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos em todos os serviços, no início do estágio estavam a decorrer as auditorias internas, as quais eram realizadas a todos os profissionais, pelos elos de ligação e formadores em serviço que tiveram formação na CCI. Os resultados das auditorias foram introduzidos por mim e pelas colegas na plataforma da DGS, e posteriormente fizemos algumas interpretações dos resultados obtidos e chegamos a conclusões bastante interessantes, como por exemplo que os profissionais de saúde lavam quase sempre as mãos no final dos procedimentos e quase nunca antes de iniciar o procedimento (protecção própria).

Dos objectivos planeados inicialmente resta-me abordar o quinto, relativo à participação na investigação, uma vez que foi desde o início do estágio preocupação do grupo a uniformização de procedimentos nos serviços, daí decidirmos uniformizar medidas de sinalética relativas a isolamento, para pessoas doentes com infecções provocadas por microrganismos multiresistentes. Trabalho este que tinha como objectivo geral criar um código de comunicação interna para profissionais, alusivo ao microorganismo e isolamento associado, tendo sido proposto por nós elaborar e apresentar à equipa da CCI (uma vez que a sua implementação não era possível dado o curto período do estágio) um projecto intitulado “Projecto de criação de sinaléticas em situações de isolamento” (anexo X). Posteriormente elaboramos o referido projecto e um PowerPoint (anexo X), para a sua apresentação, o qual decorreu no dia 22 de Junho, na CCI de Viseu e contou com a participação do núcleo executivo da CCI. Do projecto constavam quatro fases que foram: diagnóstico de situação/analise de viabilidade, proposta de desenvolvimento, execução do projecto e avaliação do mesmo.

Foi um trabalho difícil de executar devido à escassez de bibliografia sobre o mesmo, mas que me deu bastante gozo pelas discussões que suscitou no seio do grupo e das nossas próprias equipas e porque no final da nossa apresentação todos acharam que era viável, tinha pois “pernas para andar”, dado que além da indiscutível utilidade que possuía era de fácil implementação e os recursos materiais a utilizar bastante acessíveis.

Embora não tivesse sido planeada no projecto a participação em actividades de vigilância epidemiológica tive uma participação activa relativamente à Vigilância Epidemiológica Activa da Infecção Associada a Dispositivos Invasivos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, que era a vigilância epidemiológica que estava a decorrer no período de tempo do estágio. Esta vigilância decorreu então na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, duas vezes por semana (terças e quintas-feiras) reunindo a Enf. da CCI com os elos de ligação médico e enfermeiro do serviço e o Enf. Chefe, os quais em conjunto iam colhendo a informação necessária ao preenchimento do

documento relativo à vigilância das pessoas doentes que estavam ou estiveram internados, iniciando sempre pela última vigilância e com recurso aos processos clínicos das pessoas doentes.

Em condições normais quem registava as informações no documento de colheita de dados era a Enf. da CCI, recebendo as informações dos profissionais do serviço aleatoriamente, em todas as que estivemos presente fui eu que colhi os dados. Dado que esta vigilância se referia a dispositivos médicos invasivos eram colhidos dados relativos a: infecção respiratória associada à ventilação mecânica e ou presença de tubo endotraqueal, infecção da corrente sanguínea associada à presença de cateter central ou infecção urinária associada à presença de sonda vesical.

Os objectivos desta vigilância eram diminuir a prevalência de infecções associadas a dispositivos invasivos, identificar factores de risco, calcular as respectivas taxas de infecção e avaliar a necessidade de alterar procedimentos ou propor medidas de protecção, fossem elas colectivas ou individuais.

No documento de colheita de informação constavam os seguintes itens: proveniência, diagnóstico de entrada e/ou saída, factores de risco, datas de inserção e/ou retirada de ventilação mecânica, entubação endotraqueal, cateter venoso central ou sonda vesical.

Quando existia infecção procedia-se ao registo das datas de evidência da infecção relacionada com os cuidados de saúde com a identificação dos espécimes onde foi identificado o microrganismo multiresistente, identificação do próprio microrganismo e a antibioterapia administrada, registando ainda a evolução da pessoa doente em relação às IACS e o destino do doente após a alta da unidade.

Todas as informações recolhidas são de suma importância para segurança de todos, pois a vigilância epidemiológica ” é considerada um instrumento de planeamento e gestão de recursos, indispensável à protecção

da saúde e à segurança dos doentes, visitas ou profissionais de saúde “( PNCI, 2006).

De acordo com o mesmo plano “a metodologia mais eficaz é a vigilância activa e selectiva sobre as infecções mais prováveis, mais dispendiosas ou de fácil prevenção”, como é o caso da Vigilância Epidemiológica Activa da Infecção Associada a Dispositivos Invasivos na UCIP, a qual na interpretação dos dados colhidos nos permitiu fazer reflexões acerca de medidas de isolamento, técnicas utilizadas na inserção e realização de pensos ao cateter central, introdução e manutenção de sonda vesical, aspiração de secreções. Com a participação nesta actividade fiquei indubitavelmente mais desperta para a necessidade de medidas preventivas das IACS com a utilização de boas práticas, indo de encontro a um dos objectivos propostos para este estágio, que embora não tivesse sido planeado no projecto o atingi com a minha intervenção nas vigilâncias e que foi “ Capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”.

29

Com os conhecimentos adquiridos tenho consciência que sou possuidora de competências de desenvolvimento pessoal, clínicas e ético-deontológicas que me permitem realizar vigilâncias epidemiológicas e proceder à sua análise.

Relativamente à gestão de práticas seguras, e dado já estar a ser utilizada a 4ª edição do Manual de Prevenção e Controlo da Infecção da CCI, o qual estava acessível nos serviços como guia orientador das boas práticas e para mim uma vez que o desconhecia, dado que sou actora numa outra realidade, foi sem dúvida uma mais valia no esclarecimento de algumas dúvidas relativamente à forma correcta de executar alguns procedimentos, como por exemplo higienização de uma unidade.

Nesta área de intervenção assisti ainda a uma palestra intitulada “Politica de anti-sépticos e desinfectantes” da qual foi prelector a Dra. Elaine Pina, o Dr. Eduardo Melo e a Dra. Ana Cristina Andrade, onde foi abordada a problemática das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e em que foi bem vinculada a importância da identificação dos riscos e da implementação de medidas para os evitar, além da apresentação de um pequeno manual intitulado “Utilização de anti-sépticos e desinfectantes no HST, EPE”, cujo objectivo máximo é a redução da taxa de infecção relacionada com os cuidados de saúde e a racionalização dos consumos.

O manual foi estruturado direccionando os produtos para o local de aplicação/utilização (higiene das mãos, pele e mucosas, superfícies ou dispositivos médicos), assinalando se são de uso livre ou restrito, sendo de fácil consulta e com esquemas elucidativos dos produtos possíveis a utilizar para cada local de aplicação, imagem da embalagem do produto, nomes comerciais e genéricos.

A 18 de Maio fui informada pela Enf. Chefe da existência de um surto de clostridium difficile no hospital, motivo pelo qual decidi realizar uma pesquisa para esclarecimento tendo também discutido algumas medidas a ser tomadas caso hajam pessoas doentes infectados por esta bactéria (como por exemplo o isolamento de contacto), no entanto apenas fizemos uma visita ao serviço onde se encontravam internados os doentes e como estavam a ser tomadas as medidas adequadas, não tivemos mais nenhuma intervenção.

Consegui atingir a totalidade dos objectivos propostos no projecto e ainda alguns que não tinha planeado, por meio das actividades que desenvolvi e as estratégias utilizadas. No final deste estágio sinto-me possuidora de uma série de competências que adquiri ou desenvolvi.

Ao tentar fazer o paralelismo entre a realidade que vivi neste estágio e a do meu dia a dia, chego à conclusão que embora exista um trabalho similar, na minha realidade abordamos todos estes assuntos muito pela “rama”, talvez pela dispersão que acontece em instituições de tão grandes dimensões.

#### 4 – CONCLUSÃO/REFLEXÃO CRÍTICA FINAL

Depois de apresentado neste relatório, todo o percurso realizado no estágio, resta-me realizar uma análise crítica dos aspectos mais relevantes.

O estágio decorreu na CCI do HSTV e correspondeu ao módulo III - o opcional, permitindo-me desenvolver competências na área das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, por ser uma área que necessita que os profissionais adquiram conhecimentos que lhes permita prestarem cuidados de enfermagem seguros com envolvimento de todos (profissionais, pessoas doentes e comunidade).

Ao reflectir sobre a realização deste estágio concluo que se revelou muito gratificante pelo elevado número de novas experiências como o participar activamente na dinâmica de um serviço tão específico como o da CCI e pela oportunidade de consolidar e/ou adquirir conhecimentos na área das IACS. À medida que me ia integrando na dinâmica do serviço, foi-me sendo dada a oportunidade de participar activamente em todas as actividades levadas a cabo, o que foi para mim bastante gratificante, dado que quando ao iniciar o estágio nem sequer conhecia o hospital.

Depois de ter apresentado neste relatório, todo o meu percurso ao longo do estágio que realizei, importa fazer uma síntese e análise crítica dos principais aspectos e tecer algumas considerações sobre o processo de aprendizagem a que estive submetida e por consequência, às suas implicações no meu desempenho profissional.

As dificuldades que aponto resumem-se apenas ao esforço físico que me acompanhou na realização do estágio uma vez que este foi realizado em paralelo com o meu exercício profissional nos Hospitais da Universidade de Coimbra. No entanto zelei sempre por prestar cuidados de acordo com a ética

profissional e tendo presente as minhas obrigações legais, realizando as actividades com responsabilidade.

Efectivamente considero que a realização deste mestrado com uma vertente prática foi realmente de encontro às minhas expectativas, dado que uma vez ser já possuidora da EMC há alguns anos sentia necessidade de algum investimento teórico mas fundamentalmente prático na área das IACS, uma vez que são uma ameaça constante à população de um hospital e eu necessitava de saber onde “ir beber” a informação acerca do que é realmente importante nesta área tão abrangente, além de perceber e experimentar como e onde colher informação no contexto da prática que me permitissem inculcar práticas seguras nos colaboradores a menor custo.

Termino concluindo que este estágio contribuiu de forma clara e objectiva, para a consolidação da aprendizagem efectuada ao longo da minha prática profissional.

## 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, Mário – **Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares**. 6ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008
- BLOSSOM, B. David et MCDONALD, L. Clifford-**The challenges posed by reemerging clostridium difficile infection**,Georgia,
- CDC - **Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings**: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC / Hand Hygiene Task Force. MMWR: Vol 51; No. RR-16 (2002).
- CDC - **Guidelines for Environmental Infection Control in Healthcare Facilities**. Recommendations of CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC. MMWR: Vol 52; RR-10 (2003).
- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECCÃO – **Estratégias de Prevenção e Controlo da Infecção**. Viseu : Hospital São Teotónio de Viseu, 2007
- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECCÃO - **Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais**. 3ª ed. Viseu : Hospital São Teotónio de Viseu, 2005.
- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECCÃO – **Plano Operacional da CCI**. Viseu : Hospital São Teotónio de Viseu, 2007.
- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECCÃO – **Regulamento da CCI**. Viseu : Hospital São Teotónio de Viseu, 2007
- DIRECÇÃO – GERAL DA SAUDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007

- DIRECÇÃO – GERAL DA SAUDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008
- DIRECÇÃO – GERAL DA SAUDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: A estratégia Nacional para a Melhoria da Higiene das Mãos em 8 Perguntas**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – **Higienização Do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática**. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2006
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – **Programa Nacional de Controlo de Infecção: Orientações para a Elaboração de um Manual de Boas Práticas em Bacteriologia**. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2004
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – **Programa Nacional de Controlo de Infecção: Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático**. 2ª ed. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2002
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – **Protocolo Para Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais Da Corrente Sanguínea**. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2006
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – **Programa Nacional de Controlo de Infecção: Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares**. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2006
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – **Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário – Algiação de Curta Duração**. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2004

- **MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – Recomendações para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.** Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2004
- **MINISTÉRIO DA SAUDE. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge – Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão.** Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2004
- **UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde – Mestrado em Enfermagem: Regulamento Geral.** Viseu: Universidade Católica, 2007
- **MARTINS, Maria Aparecida – Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controlo.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, Editora Médica e Científica, 2001. ISBN 85-7199-256-8.
- **PNCI – Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde.** [Em linha] Lisboa: INSA, 2006a. [Consult. 1 Nov. 2007]Dispon.em [http://www.insarij.pt/site/resources/docs/PNCI/higienizacao\\_maos\\_pnci.pdf](http://www.insarij.pt/site/resources/docs/PNCI/higienizacao_maos_pnci.pdf).
- **PNCI – Recomendações para a Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde.** [Em linha] Lisboa: INSA, 2006b. [Consult. 1 Nov. 2007]Dispon.em [http://www.insarij.pt/site/resources/docs/PNCI/precauc\\_basicas\\_pnci.pdf](http://www.insarij.pt/site/resources/docs/PNCI/precauc_basicas_pnci.pdf).
- **SANTOS, Adélia - Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde,** RAS, Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun: 2002
- **WILSON, Jennie – Controlo de Infecção na Prática Clínica.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.
- **WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY- Who Guidelines on Hand Hygiene In Health Care (Advanced Draft): GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE 2005-2006.** WHO: 2006.
- **WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hospital Hygiene and Infection Control Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities.** December 2003; 14: 148-158.

## ANEXOS

---

**ANEXO I**

---

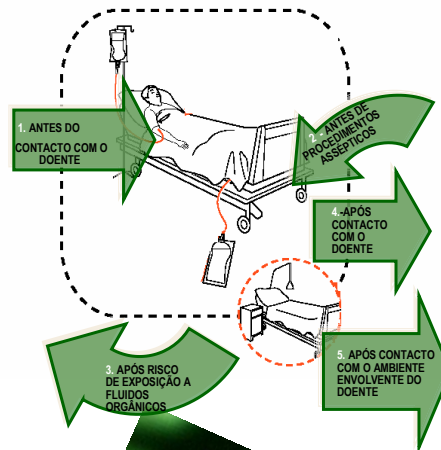
**Poster e comunicação livre elaborados no âmbito do evento de lançamento da campanha de higiene das mãos:**  
**Poster - “Doentes em boas mãos”**  
**Comunicação livre - “Higiene das mãos uma responsabilidade partilhada”**

# DOENTES EM BOAS MÃOS

As mãos dos profissionais de saúde, são o veículo mais comum na transmissão de microrganismos de um doente para outro, de um local do corpo para outro no mesmo doente e de um ambiente contaminado para outros doentes.

## OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

QUANDO	EXEMPLOS:
1 Antes do contacto com o doente	Cumprimentar Exame clínico Ajuda na mobilização...
2 Antes de procedimentos assépticos	Aspiração de secreções Medicação Procedimentos i.v. Alimentação...
3 Depois do contacto com o doente	Cumprimentar Exame clínico Ajuda na mobilização...
4 Após exposição a fluidos biológicos	(Após remover as luvas) Aspiração de secreções Colheitas de sangue Manipulação de urina ou fezes...
5 Depois de tocar a unidade do doente	Tocar na roupa da cama Tocar os monitores Ajustar as perfusoras



A higiene das mãos continua a ser a primeira medida para a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde.

“O mínimo que se deve esperar do hospital é que não faça mal ao doente”.

Florence Nightingale

Autores:

Dina Gabriela Pinto dos Santos, Enfermeira - HSTV E.P.E  
Filomena Henriques, Enfermeira - HUC  
Magda Susana Pinto dos Santos Guerra, Enfermeira - HSTV E.P.E

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada em Cuidado de Saúde acessado em 22/04/2009 em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

WHO-5 Momento for Hand Hygiene acessado em 22/04/2009 em <http://www.who.int/handhygiene/5moments/>

Informação sobre segurança do doente para desenvolvimento do Portal de Cuidado do doente acessado em 22/04/2009 em <http://www.dgs.pt/pt/seguranca-do-doente/>

European Antimicrobial Resistance & Surveillance System: the european antimicrobial resistance surveillance system acessado em 22/04/2009 em <http://www.eurosurveillance.org/>

WHO Alliance for Patient Safety

World Alliance for Patient Safety: Campanha Higiene das Mãos - Manual para os Observadores: Anexo 15, 2009.

A photograph of two hands, one from a person in a dark blue uniform, cupping water. The water is clear and has a shimmering, iridescent effect. The background is dark, making the hands and water stand out.

# HIGIENE DAS MÃOS, UMA RESPONSABILIDADE PARTILHADA

AUTORAS: Dina Santos  
Filomena Henriques  
Magda Santos

5 de Maio de 2009

A photograph of two hands, one from a person in a dark blue uniform, cupping water. The water is clear and has a shimmering, iridescent effect. The background is dark, making the hands and water stand out.

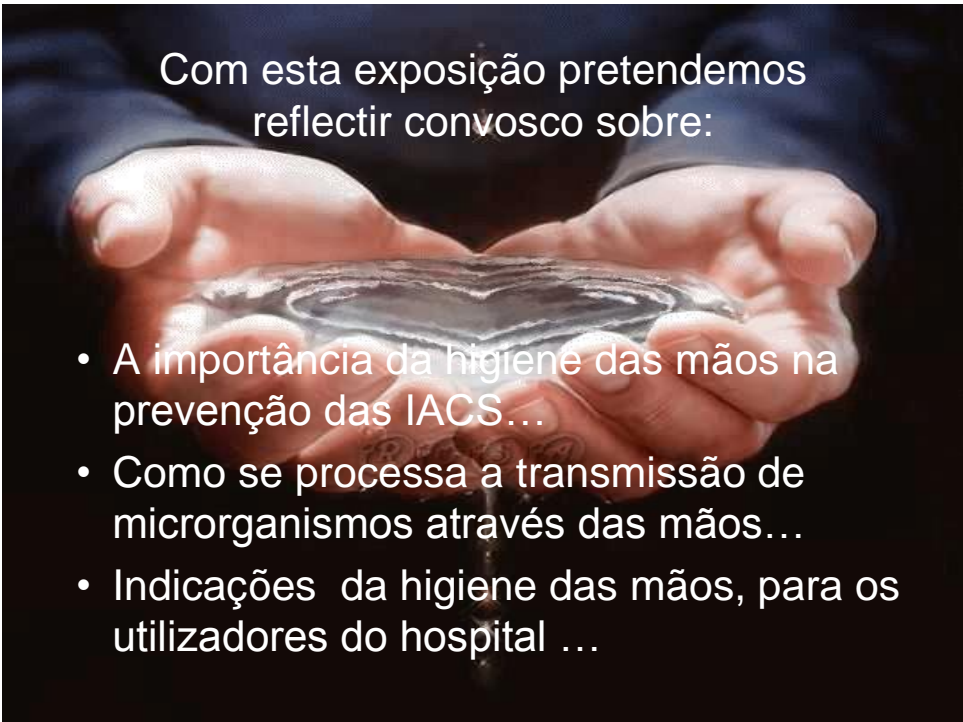
## Finalidades

- Reforçar a importância da higiene das mãos como meio de prevenção da transmissão de infeções, a todos os utilizadores do hospital, com recurso á educação/formação.

The image shows two hands, palms up, holding a glowing, abstract, heart-shaped object that appears to be made of light or energy. The background is dark, making the glowing object stand out. The hands are wearing dark blue sleeves.

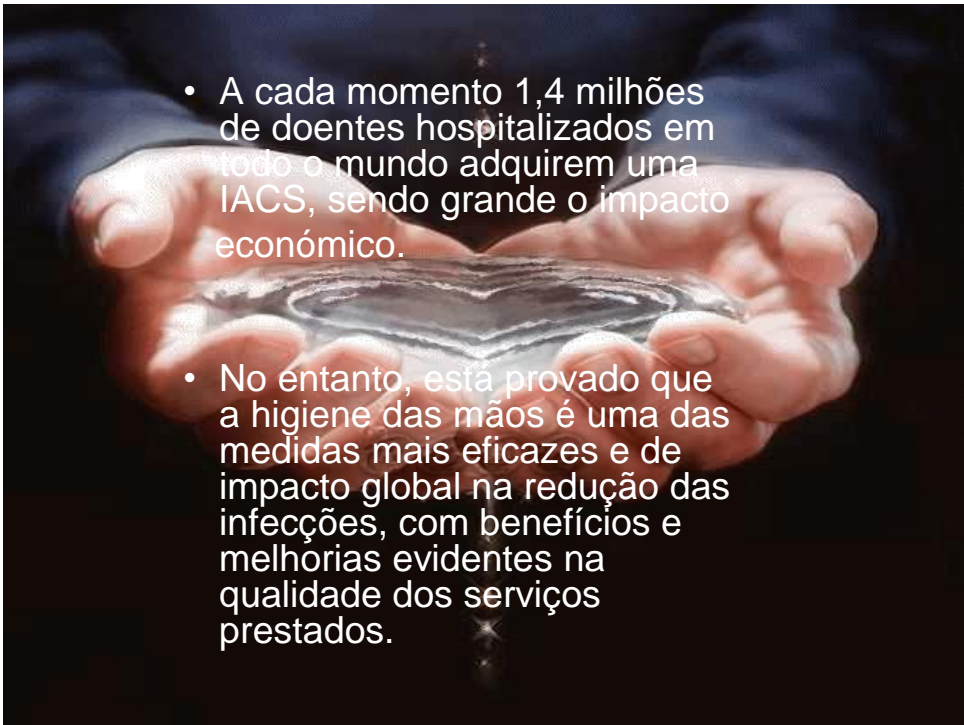
## Finalidades

- Sensibilizar os profissionais para que incentivem os doentes, familiares e voluntários para a aplicação prática da higiene das mãos.

The image shows two hands, palms up, holding a glowing, abstract, heart-shaped object that appears to be made of light or energy. The background is dark, making the glowing object stand out. The hands are wearing dark blue sleeves.

Com esta exposição pretendemos reflectir convosco sobre:


- A importância da higiene das mãos na prevenção das IACS...
- Como se processa a transmissão de microrganismos através das mãos...
- Indicações da higiene das mãos, para os utilizadores do hospital ...

- 
- A cada momento 1,4 milhões de doentes hospitalizados em todo o mundo adquirem uma IACS, sendo grande o impacto económico.
  - No entanto, está provado que a higiene das mãos é uma das medidas mais eficazes e de impacto global na redução das infeções, com benefícios e melhorias evidentes na qualidade dos serviços prestados.

## Quem envolver ?

Entendendo-se a higiene das mãos como uma responsabilidade partilhada deve envolver:

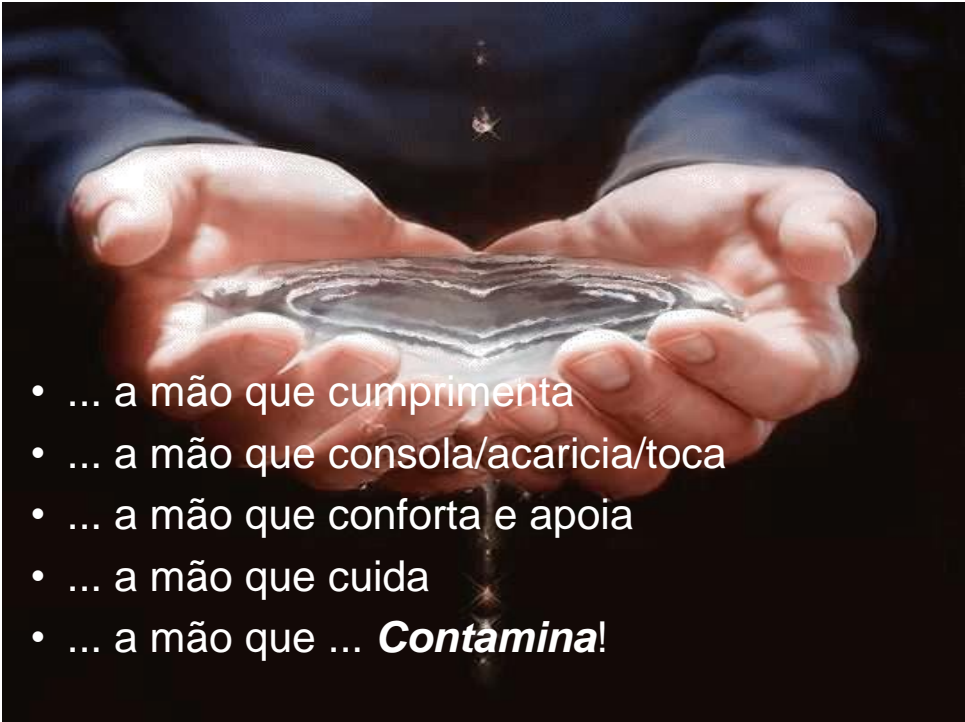
família doentes  
voluntários  
profissionais de saúde ...

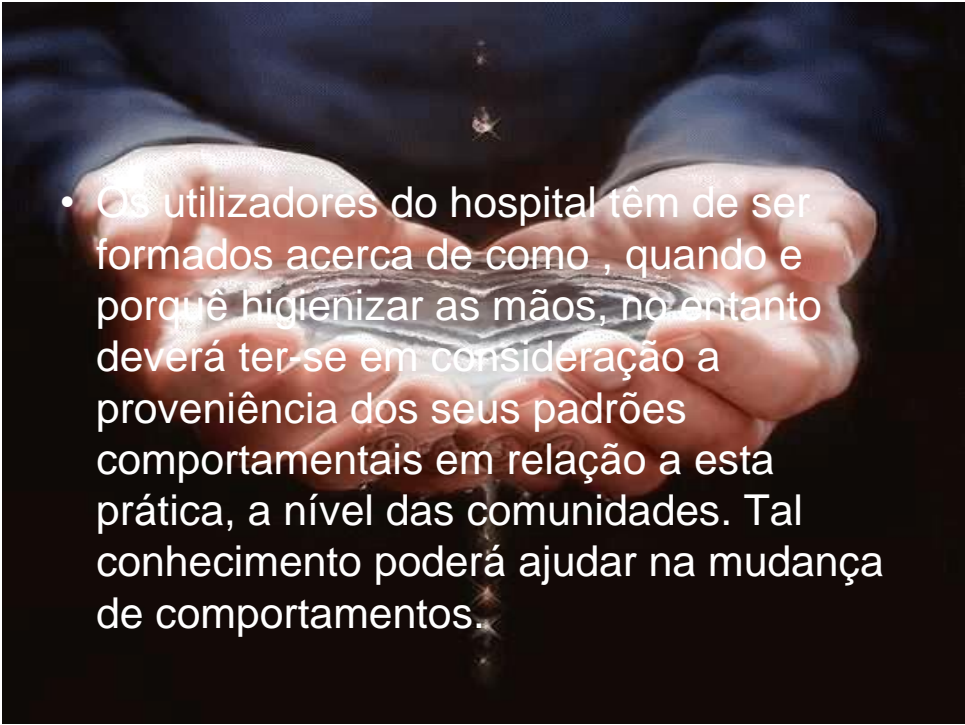


## Dado que:

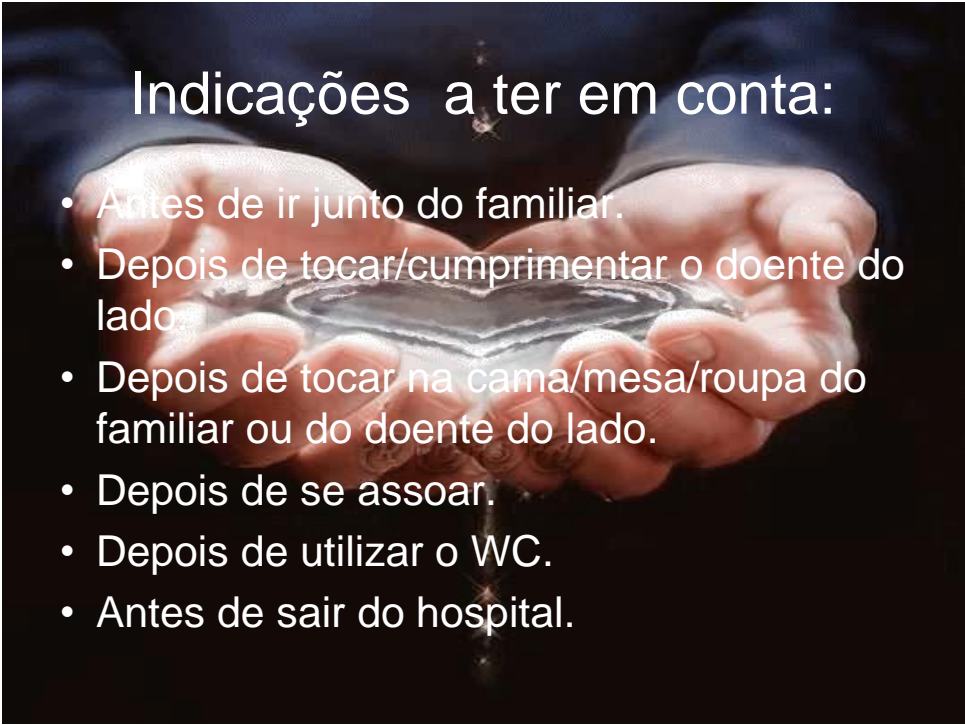
As mãos são o instrumento mais utilizado por todos nós, são também os principais veículos de transmissão da infecção...

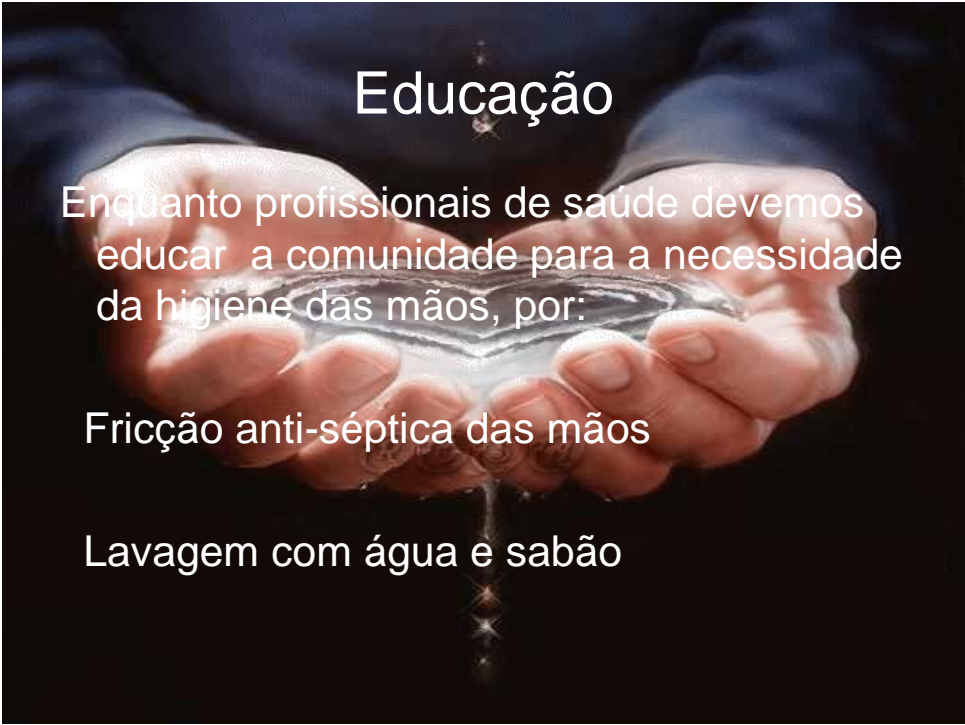
**“ Não há bactérias com asas nem patinhas, usam transporte: AS MÃOS! ”**

- 
- ... a mão que cumprimenta
  - ... a mão que consola/acaricia/toca
  - ... a mão que conforta e apoia
  - ... a mão que cuida
  - ... a mão que ... **Contamina!**

- 
- Os utilizadores do hospital têm de ser formados acerca de como, quando e porquê higienizar as mãos, no entanto deverá ter-se em consideração a proveniência dos seus padrões comportamentais em relação a esta prática, a nível das comunidades. Tal conhecimento poderá ajudar na mudança de comportamentos.

### Indicações a ter em conta:

- 
- Antes de ir junto do familiar.
  - Depois de tocar/cumprimentar o doente do lado.
  - Depois de tocar na cama/mesa/roupa do familiar ou do doente do lado.
  - Depois de se assoar.
  - Depois de utilizar o WC.
  - Antes de sair do hospital.

A close-up photograph of two hands, one from a person in a dark blue uniform, cupping water. The water is clear and glistening, with a few droplets falling from the center. The background is dark, making the hands and water stand out.

## Educação

Enquanto profissionais de saúde devemos educar a comunidade para a necessidade da higiene das mãos, por:

Fricção anti-séptica das mãos

Lavagem com água e sabão

A black swan with a bright red beak is swimming in dark water. The swan is facing right, and its reflection is visible in the water. The water has some ripples around the swan.

## Reflexão final

- Higienize e incentive à higienização das mãos, torne o seu hospital mais seguro!
- Não se esqueça – medidas simples salvam vidas!
- O caminho faz-se caminhando!

Obrigada pela vossa atenção!

## ANEXO II

---

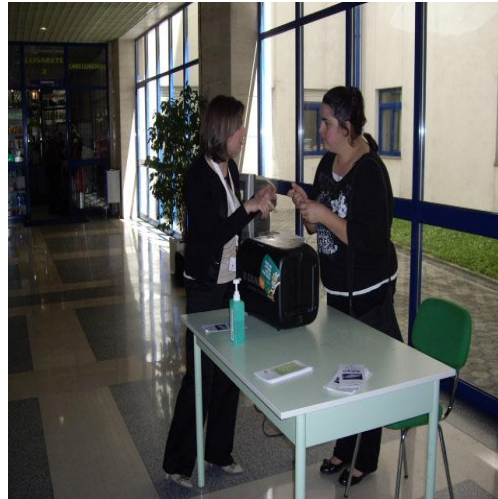
**Trabalhos elaborados em parceria com o serviço de Pediatria  
no âmbito do evento da campanha de higiene das mãos**



## ANEXO III

---

**Testes às mãos realizados no átrio do HST, no âmbito da campanha de higiene das mãos, com a máquina de luz fria**



## ANEXO IV

---

### **Banda desenhada “Mãos limpas”, do âmbito da campanha de higiene das mãos**



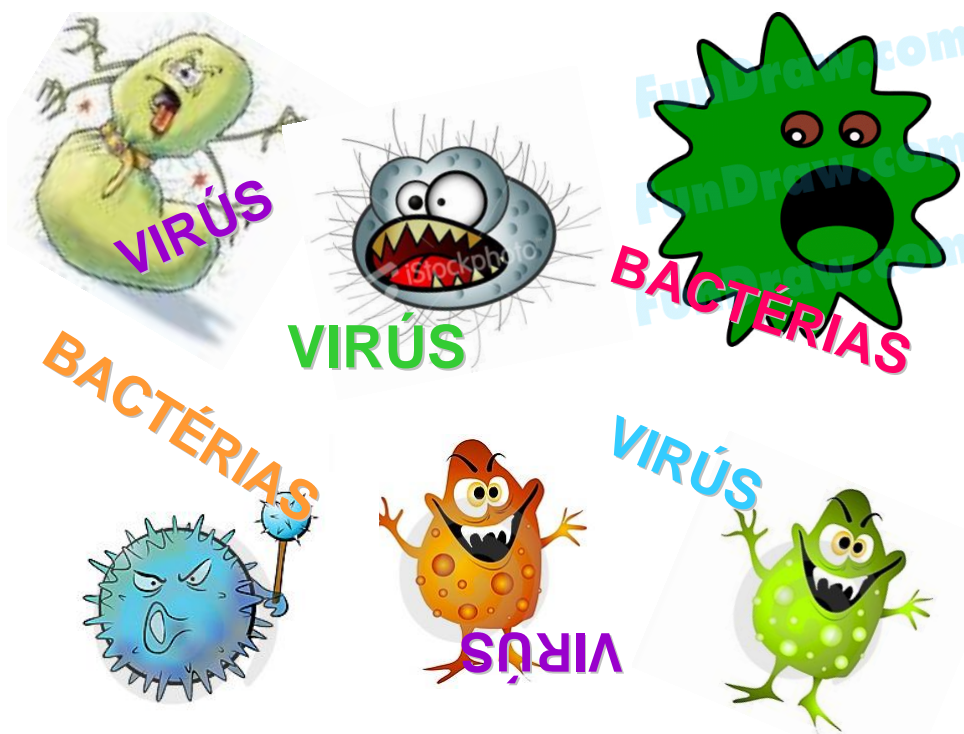
**HIGIENE DAS MÃOS  
UMA  
RESPONSABILIDADE  
PARTILHADA**

*medidas simples  
salvam vidas*

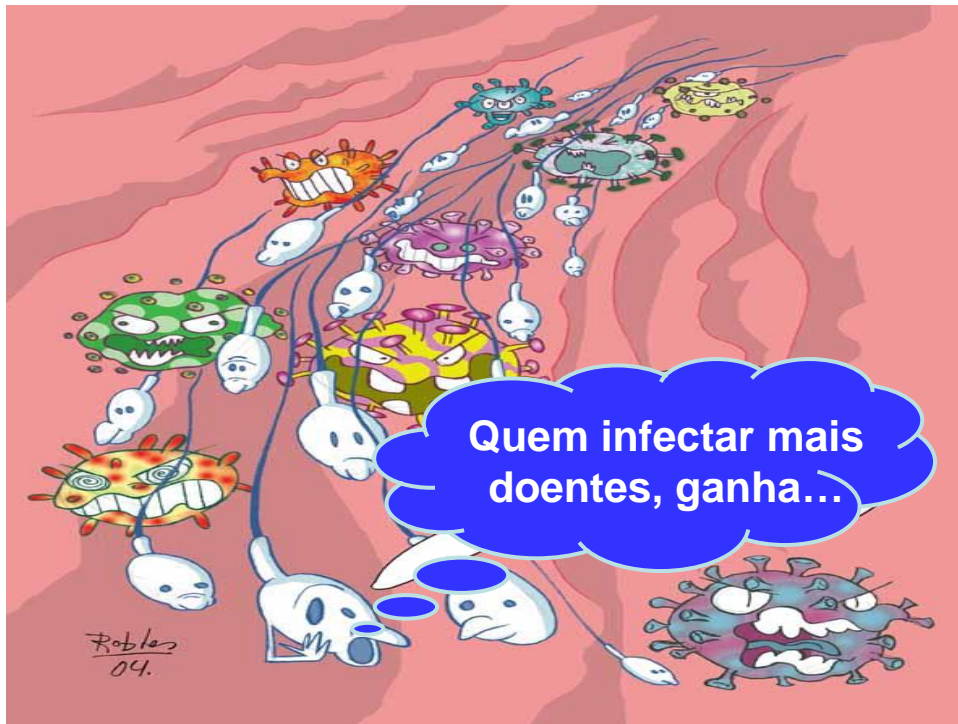


Adapted with permission from  
Canada's Hand Hygiene Campaign





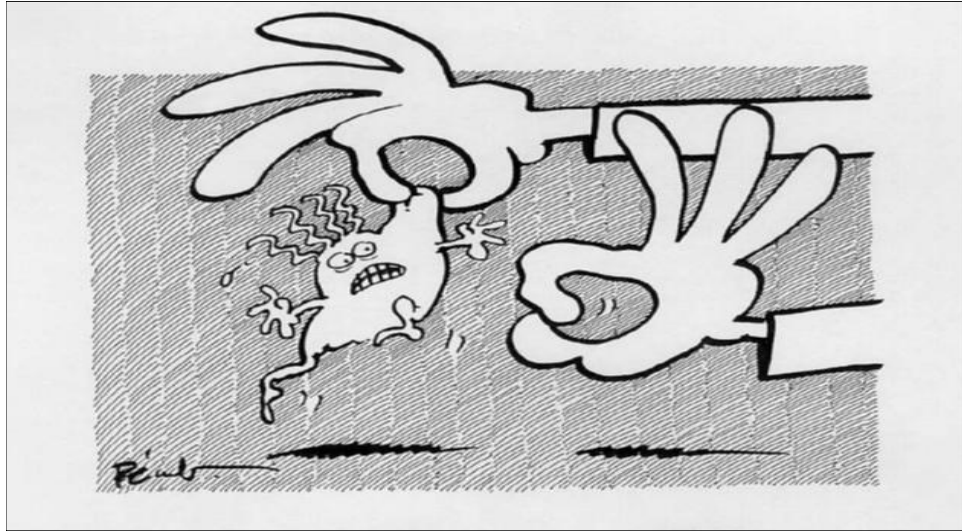
**Para ficares mais resistente, não te deixes apanhar!**



Higiene das mãos



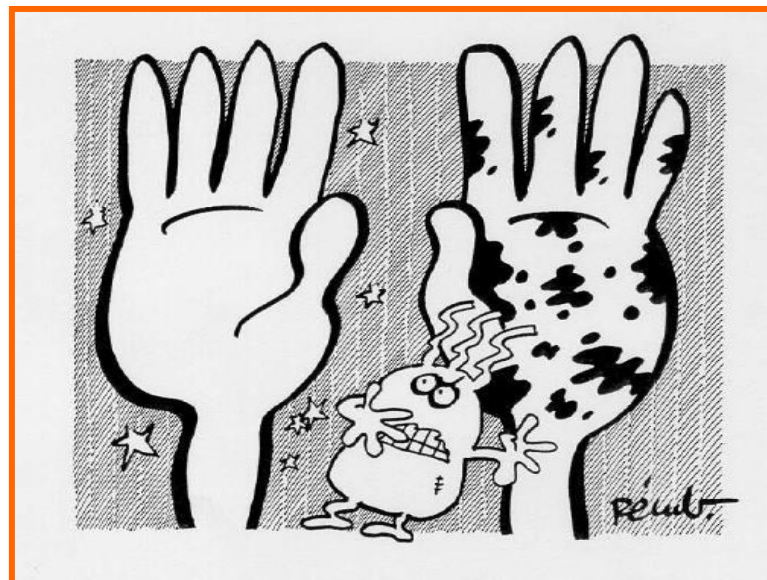
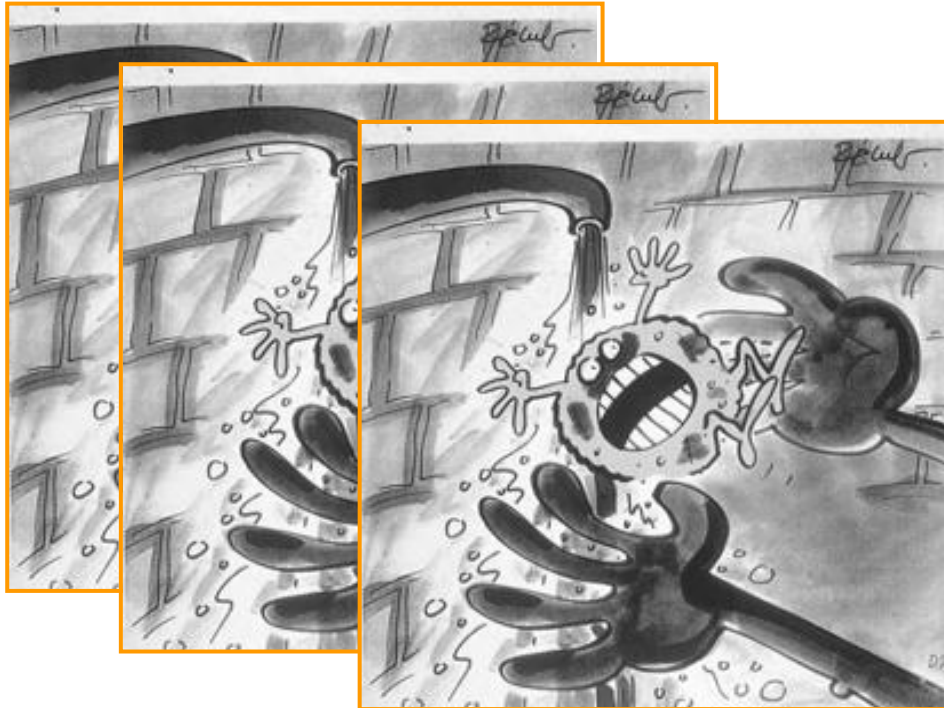
Guerra aos microorganismos



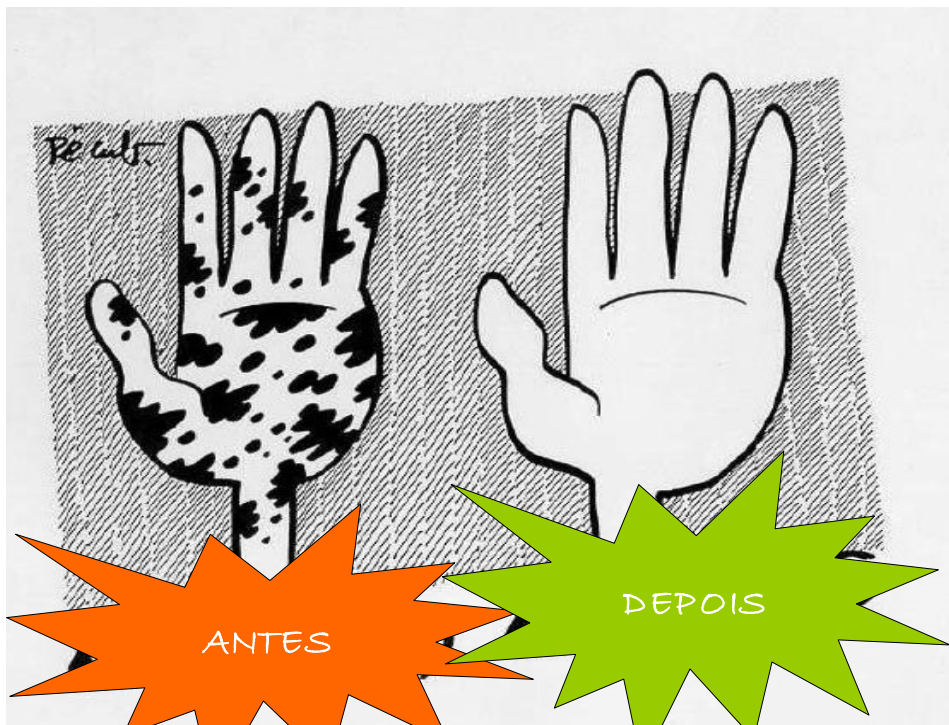
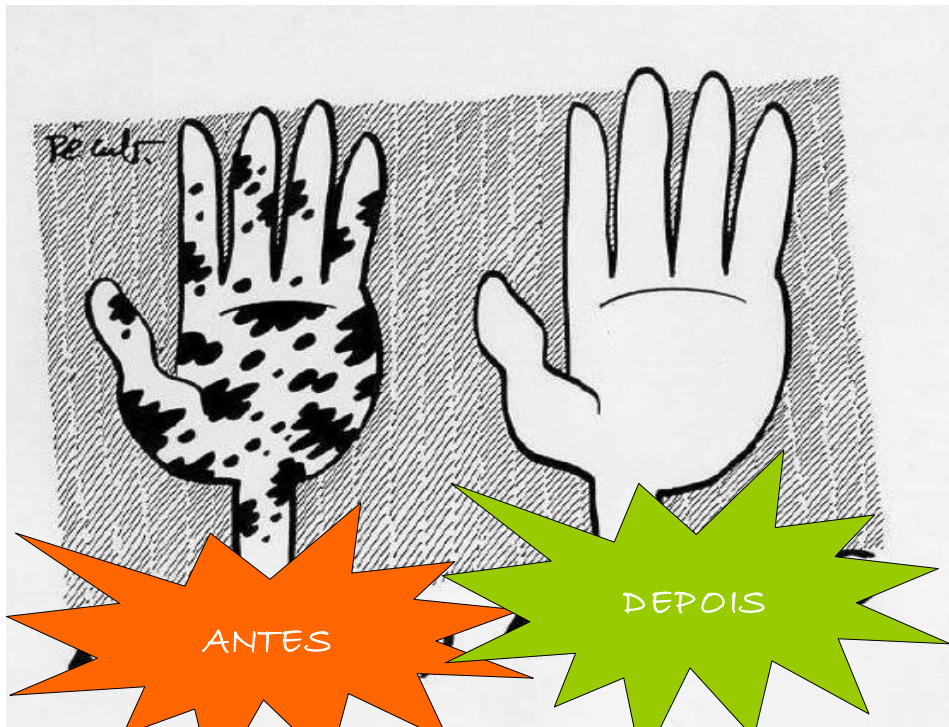
**Fora do hospital !!!  
Aqui não é lugar para ti**



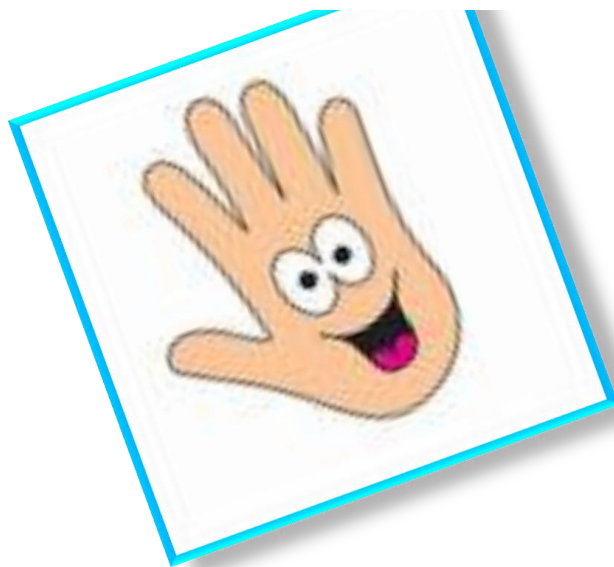




**Higiene!!! Que horror...**

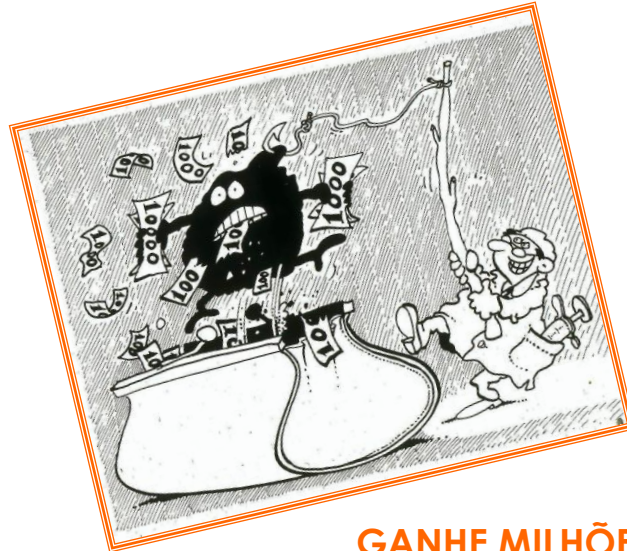


Já me deram cabo da saúde...



*Mãos Limpas..... cuidam melhor!*

## SEJA EXCÊNTRICO, LAVE AS MÃOS



**GANHE MILHÕES!**



## ANEXO V

---

### Excerto do Jornal da Beira – Campanha Higiene das Mãos

Semanario

**Quinta-Feira**

**07 . Maio . 2009**

Ano 88

Número 4.584

**0,60 €** (IVA 5% incluído)

Director

João Martins Marques



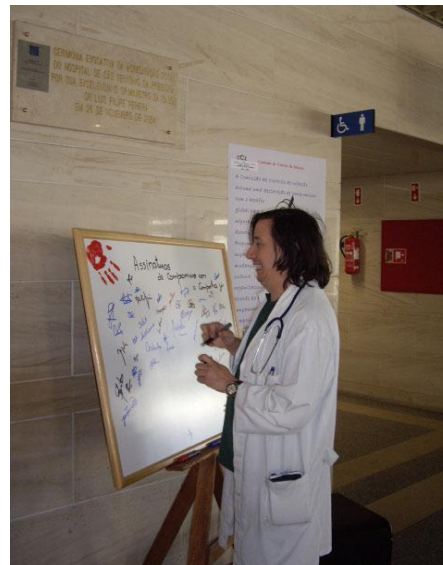
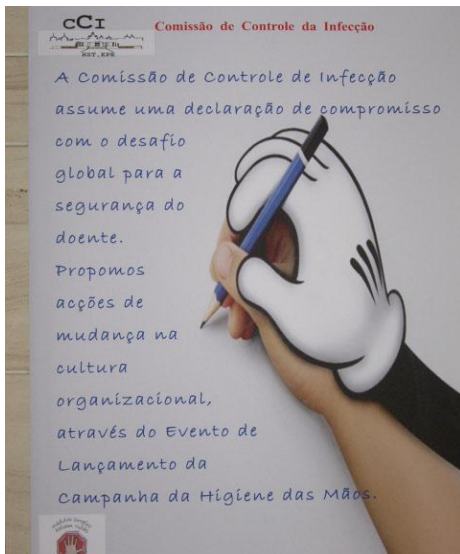
HOSPITAL LANÇA  
CAMPANHA

**Higiene  
das Mãos  
'Medidas  
simples  
salvam vidas'**

## ANEXO VI

---

**Assinatura do compromisso dos profissionais da instituição  
no âmbito da campanha de higiene das mãos**



## ANEXO VII

---

### Poster para visitantes e acompanhantes “Mãos limpas”

# MÃOS LIMPAS

## Senhores visitantes e acompanhantes:

As mãos representam o principal veículo de transmissão de microrganismos responsáveis pelas infeções. As visitas aos doentes podem colocar em risco de infeção outros doentes ou mesmo as suas famílias.

### O seu papel é fundamental!

#### Quando lavar as mãos?

- Antes de entrar no hospital;
- Antes e depois de tocar / cumprimentar o seu familiar;
- Antes de tocar nos objectos e mobiliário/equipamento que se encontra junto do seu familiar;
- Antes e depois de contactar com outros doentes;
- Antes e depois de tocar na cama e equipamento de outros doentes;
- Antes e depois de utilizar as instalações sanitárias;
- Depois de se assoar;
- Antes e depois de ajudar o seu familiar nas refeições;
- Antes de sair da enfermaria.

#### Deve evitar!

- Sentar-se nas camas dos doentes;
- Usar as instalações sanitárias dos doentes;
- Tocar em outros doentes;
- Muitas visitas em simultâneo;
- Visitar o seu familiar se se encontrar doente;
- Trazer crianças pequenas.



## ANEXO VIII

---

### **Acção de formação em serviço para profissionais, no âmbito da campanha de higiene das mãos**





## Campanha de Higiene das Mãos

*medidas simples  
salvam vidas*



## FORMAÇÃO EM SERVIÇO



## 1. Apresentação da Campanha



## World Alliance for Patient Safety

### Outubro 2005:

Lançamento da World Alliance for Patient Safety pelo Director Geral da OMS



### Objectivo:

Resolução do problema dos eventos adversos nos cuidados de saúde





## FIRST GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE



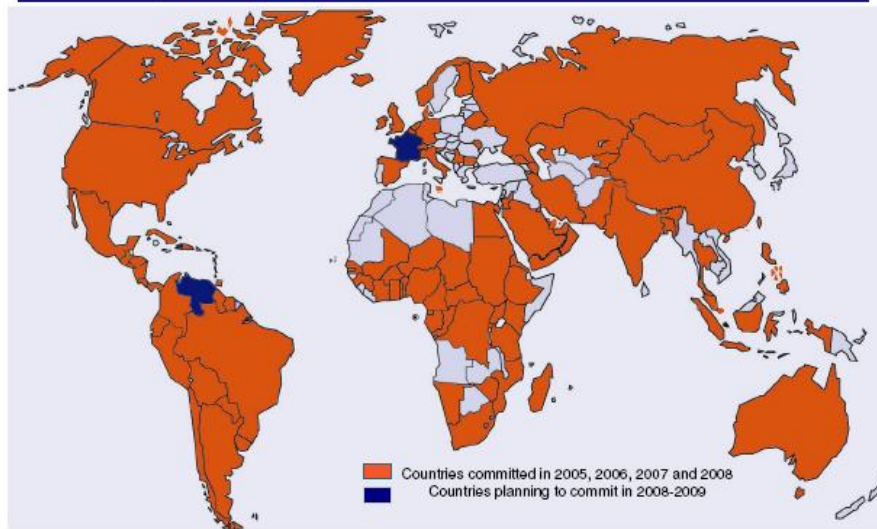
Higiene das Mãos para reduzir as IACS



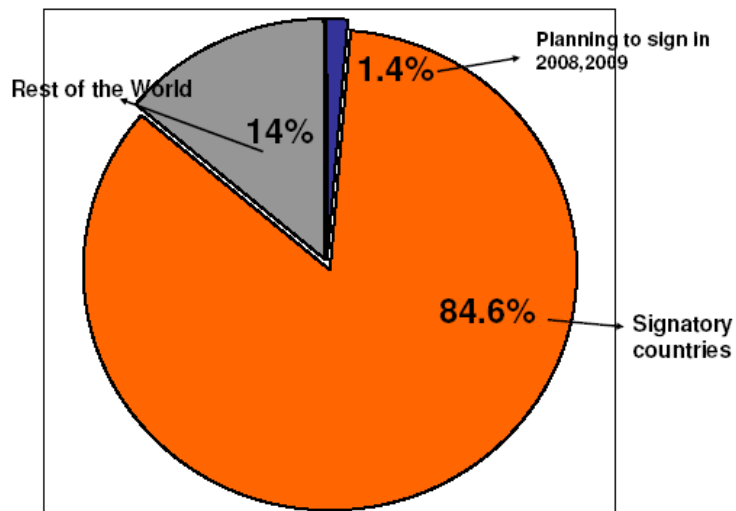
## Implementação da Estratégia Multimodal para a Melhoria da Higiene das Mãos



## Countries committed to address HAI



## Clean Care is Safer Care: world population covered (%)



## Determino desencadear esforços de forma a reduzir as IACS através de acções tais como:

- Reconhecer a importância das IACS;
- Desenvolver ou reforçar campanhas em curso a nível nacional ou local para promover e melhorar a higiene das mãos entre os prestadores de cuidados;
- Partilhar com a World Alliance for Patient Safety, da OMS experiências e sempre que possível, os dados que houver disponíveis.



### Compromisso ministerial









WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO GUIDELINES ON HAND HYGIENE IN HEALTH CARE (ADVANCED DRAFT): A SUMMARY

CLEAN HANDS ARE SAFER HANDS

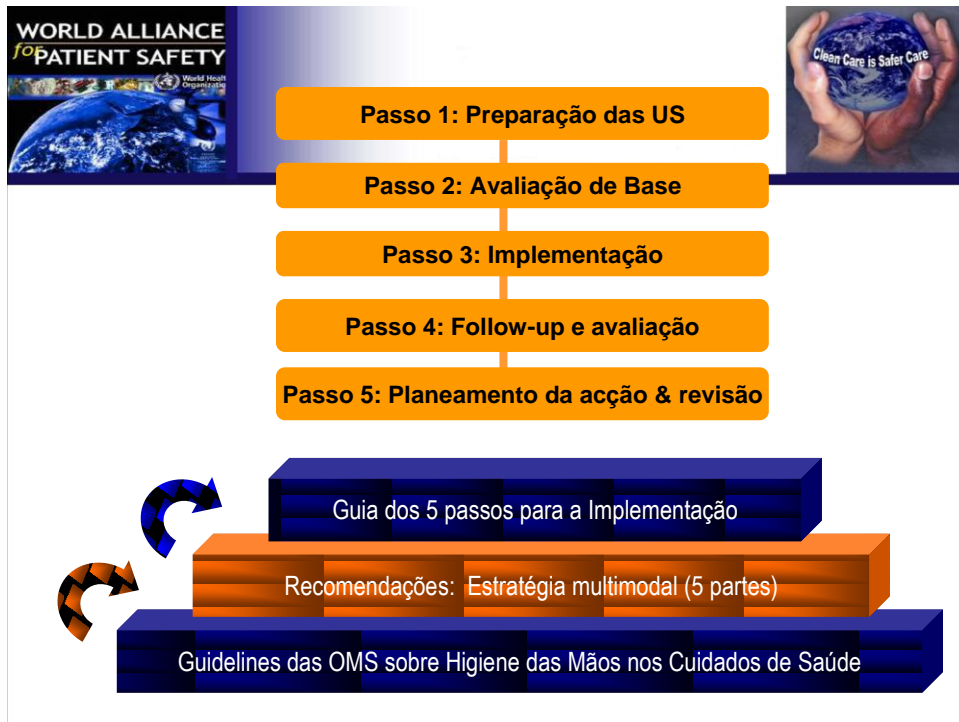
Guidelines das OMS sobre Higiene das Mãos nos Cuidados de Saúde

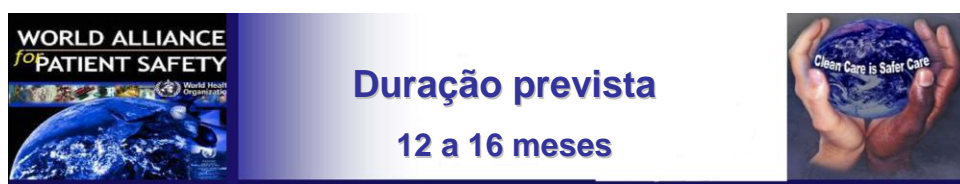
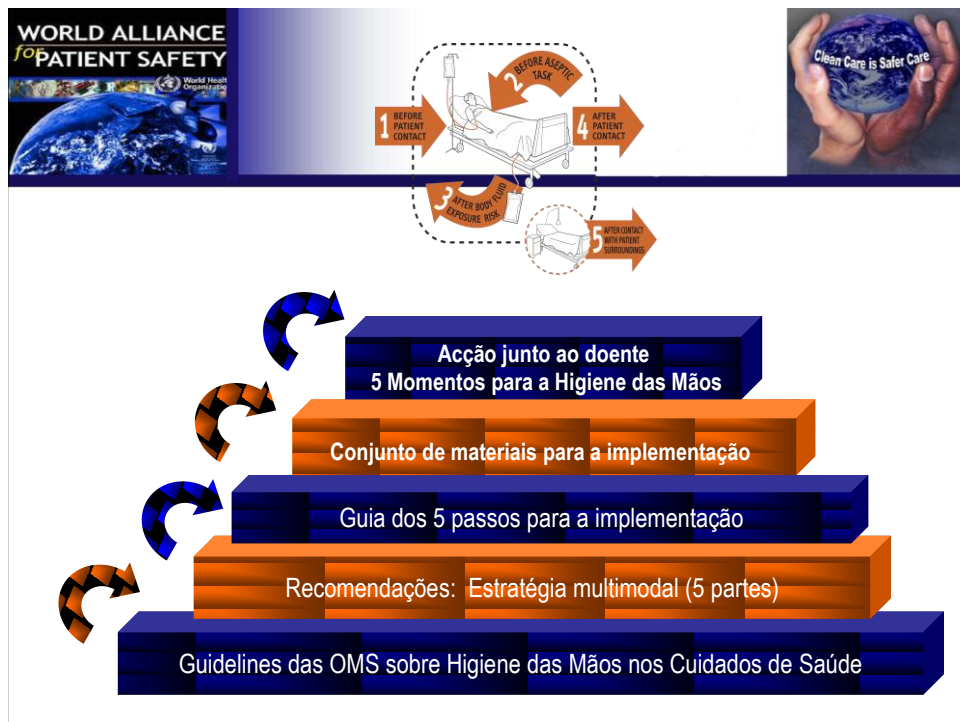



1. Mudança no Sistema
  - Solução anti-séptica alcóolica nos locais de prestação de cuidados
  - Disponibilidade de água, sabão e toalhetes
2. Formação e Treino
3. Observação e informação de retorno
4. "Posters" em locais estratégicos do hospital
5. Fomentar um ambiente seguro no Hospital

Recomendações: Estratégia multimodal (5 partes)

Guidelines da OMS sobre Higiene das Mãos nos Cuidados de Saúde





Fases da Campanha	Início		Conclusão	
	Mês	Ano	Mês	Ano
1. Preparação das unidades de saúde	Outubro	2008	Janeiro	2009
2. Avaliação de base (diagnóstico inicial)	Fevereiro	2009	Abril	2009
3. Implementação	Maio	2009	Agosto	2009
4. Monitorização e Avaliação (2ª avaliação - De seguimento)	Setembro	2009	Novembro	2009
5. Desenvolvimento do plano de acção seguinte e revisão do ciclo	Dezembro	2009	Março	2010



## 2. Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde



### Definição de IACS

*“É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão.*

Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta e também inclui as **Infecções ocupacionais nos profissionais de saúde**

*Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002*

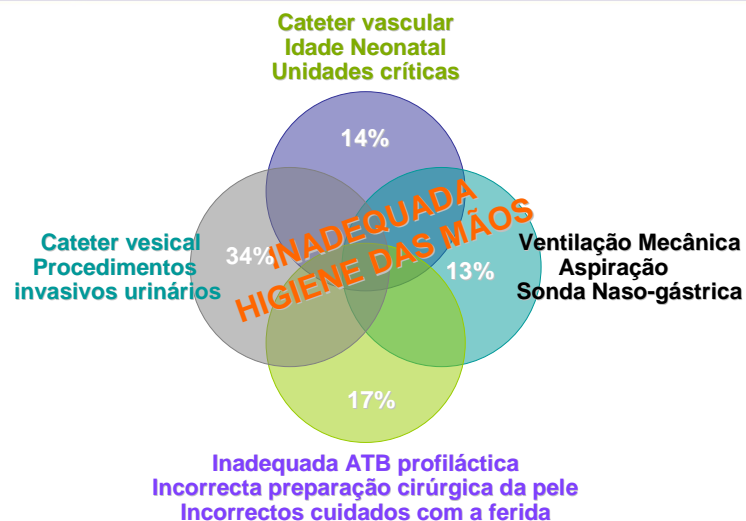


## IACS

- Cerca **1.4 milhões de pessoas no mundo** sofrem de IACS
- Nos hospitais modernos, **5-10%** dos utentes adquirem uma ou mais infecções
- No IP de 2003 realizado em Portugal, 8.4 em cada 100 doentes tinham pelo menos uma IN
- Nas UCI's as IACS afectam cerca de **30%** dos doentes e a mortalidade atribuível ronda os **44%**



## Frequência de IACS Factores de risco





### 3. Vias de transmissão de microrganismos...

#### Conceptualização geográfica do risco de transmissão



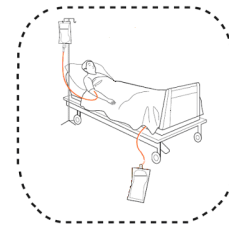


## Local de prestação de cuidados



**Refere-se ao local onde ocorrem simultaneamente 3 elementos:**

**o doente,  
o profissional de saúde  
e o procedimento / tratamento**



## Local de prestação de cuidados



**A SABA deve ser disponibilizada:**

- nas camas ou nas suas imediações,
- nos carros de medicação, de pensos e de higiene.



**Deve estar o mais próximo possível do local de prestação de cuidados.**

- Acessível de modo a que possa ser usada sem se sair desse local
- Permitindo aos profissionais higienizar as mãos de acordo com os “cinco momentos” preconizados pela OMS.



Modo de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Contacto directo	Pacientes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados ex: transmissão por aperto de mão, palpação abdominal, cuidados de higiene	<i>Staphylococcus aureus</i> , Bacilos Gram negativos, Virus respiratórios
Contacto indirecto	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objecto intermediário (normalmente inanimado); ex. transmissão por não mudar luvas entre doentes, partilha de estetoscópio...	<i>Salmonella</i> spp, <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> <i>S. maltophilia</i>



(adaptado de *Centers for Disease Control and Prevention*)

## Vias de transmissão

(adaptado de Centers for Disease Control and Prevention)

Modo de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
<b>Gotículas</b>	Doentes Profissionais de saúde	Transmissão através de partículas ( $> 5\mu\text{m}$ ) que transferem os microrganismos através do ar quando a fonte ou o doente se encontram demasiado próximas. Ex. Espirro, fala, tosse, aspiração	Influenza vírus, <i>Staphylococcus aureus</i> , Sarampo, Streptococcus A Vírus sincial respiratório
<b>Via Aérea</b>	Doentes, profissionais de saúde	Propagação de germes ( $\leq 5\mu\text{m}$ ) evaporados através de núcleos de gotículas do ar ou pó no mesmo quarto ou a uma distância longa. Ex. através de respiração	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Legionella</i> spp
<b>Vector inanimado</b>	Alimentação, água ou medicação	Um veículo inanimado actua como vector de transmissão de agentes microbianos para múltiplos doentes.	<i>Salmonella</i> spp, HIV, HBV, Gram negativos

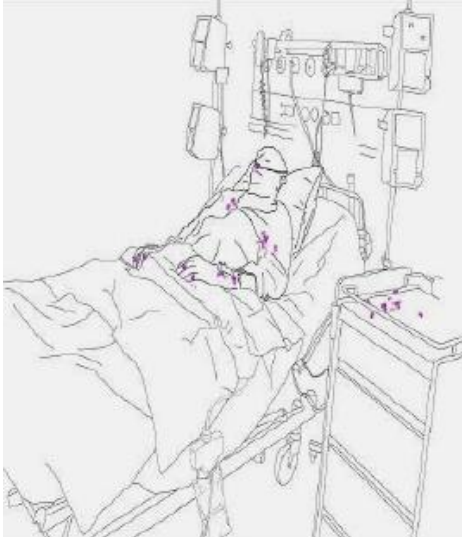
- As mãos são o **veículo mais comum de transmissão cruzada** de microrganismos associados às IACS.

A transmissão de microrganismos associados a infecções de um doente a outro, através das mãos dos profissionais implica **5 passos sequenciais**



## Passo 1.

*Microrganismos presentes na pele ou no ambiente do doente*



**Microrganismos presentes em áreas intactas da pele de alguns doentes:**

**100-1 milhão (ufc/cm<sup>2</sup>)**

(*S.aureus*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp, *Acinetobacter* spp)

**O ambiente do doente fica contaminado pelos microrganismos dos doentes, especialmente por *Staphylococcus* e *Enterococcus***

*The Lancet Infectious Diseases 2006*



## Passo 2.

*Transmissão para as mãos*



**- Os profissionais podem contaminar as mãos com 100 a 1000 ufc de *Klebsiella* spp, durante actividades (ex. cumprimentar, av. pulso, posicionar)**

**- 15% dos profissionais que trabalham numa unidade de isolamento transportam, em média 10000 ufc de *S. aureus* nas mãos.**

**- Num hospital geral, 29% dos profissionais transportam nas mãos *S. aureus* (contagem média 3800 ufc) e 17-30% transportam bacilos Gram -**





### Passo 3. Sobrevivência de microrganismos nas mãos



Ao longo do contacto com os doentes ou com as superfícies contaminadas, os microrganismos podem sobreviver nas mãos por períodos de tempo que variam entre 2-60 min.

A ausência de higienização das mãos;  
Duração dos cuidados;  
Grau do risco de contaminação das mãos.

*The Lancet Infectious Diseases 2006*

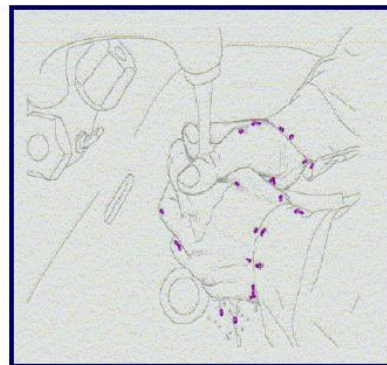


### Passo 4. Lavagem das mãos não eficaz = mãos contaminadas



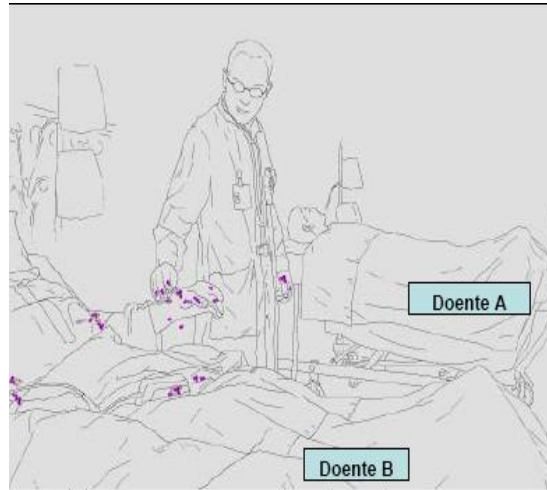
**Quantidade de produto insuficiente e/ou duração da higiene das mãos leva a uma deficiente descontaminação.**

A flora transitória pode permanecer com a lavagem das mãos → enquanto que a fricção com solução alcoólica demonstrou ser mais efectiva.







### Passo 5. Mãos contaminadas = Infecções cruzadas



Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microrganismos entre doentes e pelo ambiente, ocorreu através das **mãos dos profissionais de saúde**



## 4. Prevenção das IACS





## Estratégias de prevenção

medidas simples  
salvam vidas




**HM É A 1ª MEDIDA PARA PREVENIR AS IACS**



## Estratégias de prevenção



medidas simples  
salvam vidas



### PARA QUÊ?


***Deve efectuar a higiene das mãos:***

- 1) para **proteger o doente** de microrganismos prejudiciais transportados nas suas mãos ou presentes na pele do doente.
- 2) para **proteger o profissional** de saúde e o ambiente envolvente de microrganismos prejudiciais.





## Estratégias de prevenção

*medidas simples salvam vidas*




### QUEM?

Qualquer profissional de saúde, prestador de cuidados ou pessoa envolvida nos cuidados



## Estratégias de prevenção

*medidas simples salvam vidas*



### COMO?

**Fricção com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA).**

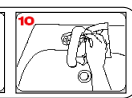
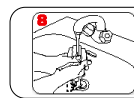
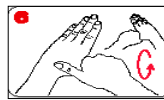
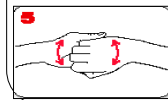
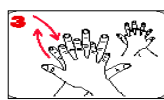
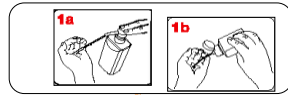
- É a primeira opção para higienização das mãos por ser mais rápida, mais eficaz e melhor tolerada do que a lavagem com água e sabão.

**Lavagem com água e sabão**

- Apenas quando visivelmente sujas ou SABA não disponível.

## COMO?

## FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA



 20 a 30 seg.



 40 a 60 seg.



## QUANDO?



## Exemplos de Antes do Contacto com o Doente



### Antes dos gestos de cortesia ou conforto:

dar aperto de mão  
tocar no braço do doente

### Antes do contacto directo com o doente:

ajudar na mobilização  
higiene

### Antes da observação clínica:

verificar o pulso,  
avaliar a pressão arterial  
auscultar  
palpação abdominal

## Exemplos de Antes de Procedimentos Assépticos



### Antes do contacto com mucosas:

higiene oral/dentária  
aplicação de colírio oftálmico  
aspiração de secreções

### Antes do contacto com pele não-integra:

cuidados de pele lesionada  
realização de pensos  
Injecções subcutâneas

### Antes do contacto com dispositivo médico invasivo:

colocação de cateteres  
manipular acessos venosos  
sistemas de drenagem

### Exemplos de Após Risco de Exposição a Fluidos:



#### Após contacto com mucosas:

higiene oral/dentária  
aplicação de colírio oftálmico  
aspiração de secreções

#### Após contacto com pele não-íntegra:

cuidados de pele lesionada  
realização de pensos  
injecções subcutâneas

#### Após contacto com dispositivo médico invasivo:

colocação de cateteres  
manipular acessos venosos  
sistemas de drenagem

#### Após tarefas de limpeza:

limpeza de urina, fezes, vômitos,  
manipulação de resíduos  
limpeza de material ou áreas  
contaminadas ou visivelmente  
sujas

### Exemplos de Após o Contacto com o Doente:



#### Após gestos de cortesia ou conforto:

dar aperto de mão  
tocar no braço do doente

#### Após contacto directo com o doente:

ajudar na mobilização  
higiene

#### Após observação clínica:

verificar o pulso  
avaliar pressão arterial  
auscultar  
palpação abdominal

### Exemplos de Após Contacto com o Ambiente Envolve do Doente:

#### Após procedimentos no ambiente envolvente do doente:



mudar a roupa da cama  
ajustar um ritmo de perfusão  
monitorização de alarmes  
segurar as grades da cama  
arrumar a mesa-de-cabeceira

#### QUANDO?





Obrigada pela atenção

## ANEXO IX

---

### Poster alusivo à Gripe H1N1

# GRIPE DO MÉXICO



## GRIPE A (H1N1)

Trata-se de uma gripe humana. Foram identificados casos no México, EUA e Canadá.

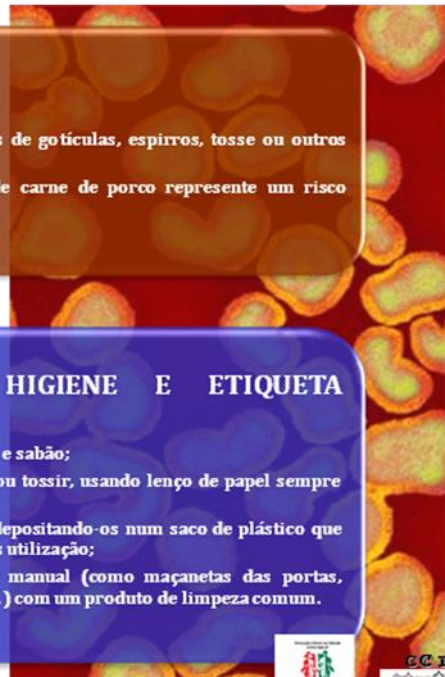
Os viajantes que regressem destas áreas geográficas ou que tenham tido contacto próximo com pessoas infectadas e que apresentem sintomas de gripe devem permanecer em casa e seguir as instruções da Linha Saúde 24.



## COMO SE TRANSMITE ?

Por via aérea, de pessoa a pessoa, através de gotículas, espirros, tosse ou outros contactos próximos.

Não há indicação, de que a ingestão de carne de porco represente um risco adicional para o Homem.



## MEDIDAS GERAIS DE HIGIENE E ETIQUETA RESPIRATÓRIA

- \* Lavar frequentemente as mãos com água e sabão;
- \* Cobrir a boca e nariz quando espirrar ou tossir, usando lenço de papel sempre que possível;
- \* Utilizar lenços de papel, de uso único, depositando-os num saco de plástico que deve ser fechado e colocado no lixo após utilização;
- \* Limpar superfícies sujeitas a contacto manual (como maçanetas das portas, corrimões, telefones, interruptores, etc.) com um produto de limpeza comum.



## **ANEXO X**

---

### **Projecto de criação de sinaléticas em situações de isolamento e respectivo power-point**

Hospital S. Teotónio, EPE  
Comissão de Controlo da Infecção

## PROJECTO DE CRIAÇÃO DE SINALÉTICAS EM SITUAÇÕES DE ISOLAMENTO



Junho de 2009

Índice	Pág.
<b>CONTEXTO ENQUADRADOR DO PROJECTO</b>	2
<b>OBJECTIVO GERAL</b>	3
<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</b>	3
<b>FASES DO PROJECTO</b>	4
1ª FASE: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO / ANÁLISE DA VIABILIDADE	4
2ª FASE: PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO	4
<b>FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA</b>	4
3ª FASE: EXECUÇÃO DO PROJECTO	14
4ª FASE: AVALIAÇÃO DO PROJECTO	14
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	15
<b>ANEXOS</b>	

*“The important thing is not to stop questioning.”*

Albert Einstein

## CONTEXTO ENQUADRADOR DO PROJECTO

O ambiente dedicado à prestação de cuidados de saúde conglera uma grande diversidade de microrganismos que constituem fonte de preocupação para os profissionais de saúde apesar da maioria dos mesmos não conferir risco para o homem.

Averiguar o seu papel como agentes causadores de infecção e doença reveste-se de elevada complexidade, havendo apenas uma pequena quantidade de relatórios/estudos a definirem claramente a relação de causa e efeito (CDC, 2003).

Os microrganismos epidemiologicamente importantes são designados de microrganismos multiresistentes, que pelas suas características específicas podem ser relevantes na transmissão cruzada da infecção, justificando assim o seu estudo nas unidades de saúde. Estes, encontram-se em elevado número em ambientes orgânicos húmidos, podendo também ser detectados no ar, água e equipamentos.

Com o aumento do conhecimento sobre o modo de transmissão das infecções, as práticas de isolamento desenvolveram-se e afastaram-se das aproximações empíricas para serem implementadas com base na evidência científica.

O isolamento constitui o “estabelecimento de barreiras físicas de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir, a transmissão dos agentes infecciosos”. Esta transmissão pode efectuar-se de um doente para outro; dos doentes para os prestadores de cuidados e dos prestadores de cuidados para os doentes (CCI, HST-V, p. 97, 2005).

A efectividade das precauções de isolamento num serviço de saúde depende da interacção de vários factores como o ambiente físico adequado, as políticas de saúde e o comportamento dos profissionais de saúde. Assim, o desenvolvimento de uma política de isolamento constitui um importante aspecto na prevenção e controlo das IACS. A prescrição correcta do isolamento pressupõe o conhecimento tão precoce quanto possível do período

de incubação do agente a sua via de transmissão e o seu período de contágio.

O tipo de isolamento aplicável a cada doente deve fazer parte da prescrição terapêutica e essa informação deve ser fornecida aos profissionais que prestam serviço na unidade, sendo que este deve ser mantido apenas no período estritamente necessário.

A aplicação de isolamento pressupõe a utilização de medidas de protecção padrão e precauções adicionais (baseadas na transmissão) (WHO, 2004). O uso de EPI<sup>1</sup> tem vindo a ganhar importância devido à necessidade de garantir a segurança de doentes e profissionais. Estes promovem uma barreira física entre os microrganismos e os seus utilizadores conferindo-lhes protecção. Estão incluídos na categoria de EPI as luvas, máscaras, batas, aventais, óculos, viseiras, cobertura de cabelo, calçado, etc. No intuito de garantir a eficácia do EPI é necessário que estes sejam adequados às condições de trabalho e risco da instituição, devendo também estes cumprir as directivas comunitárias referentes ao seu desenho, certificação e teste (Pina, 2007).

Ao nível dos serviços, a utilização de EPI e medidas de isolamento podem ser difíceis de implementar. Existem, muitas vezes dúvidas em torno da sua aplicação e, incerteza quanto à sua eficácia.

- **OBJECTIVO GERAL**

Criar um código de comunicação interna para profissionais, alusivo ao microrganismo e isolamento associado;

- **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

Promover uma uniformização de sinaléticas relativas a precauções de isolamento;

Minimizar a disseminação de MMR;

Garantir práticas seguras.

---

<sup>1</sup> EPI – Equipamento de Protecção Individual

## FASES DO PROJECTO

Fases do Projecto	Calendarização das Actividades			
<b>1ª Fase - Diagnóstico de Situação/Análise da viabilidade</b>	19/05			
<b>2ª Fase - Proposta de Desenvolvimento do Projecto</b>		20/05 a 25/06		
<b>3ª Fase – Execução</b>			19/09	
<b>4ª Fase – Avaliação</b>				Outubro

### 1ª FASE: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO/ANÁLISE DA VIABILIDADE

Realizaram-se, numa primeira fase, visitas informais aos diversos serviços da instituição com o fim de se averiguar a realidade. Constatou-se não existir uma uniformização no que concerne à sinalética de isolamento dos doentes. Cada serviço adopta a sua própria estratégia, nem sempre assegurando a confidencialidade e sigilo dos dados clínicos do doente.

### 2ª FASE: PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

#### **Fundamentação da Proposta**

Existe uma preocupação crescente dos profissionais de saúde com a segurança das suas equipas e dos seus utentes em ambiente hospitalar.

A infecção decorrente da prestação de cuidados constitui-se hoje um problema real e grave no contexto da qualidade da prestação de cuidados (PNCI, 2006).

#### 1.1 - Processo Infeccioso

A transmissão da infecção numa unidade de saúde requer a combinação de três elementos fundamentais: uma fonte ou reservatório de microorganismos; um hospedeiro e as vias de transmissão.

Para otimizar as medidas de isolamento e outras medidas interventivas é essencial conhecer a cadeia epidemiológica da infecção. Esta inclui o agente etiológico, o reservatório, o hospedeiro susceptível e o mecanismo de transmissão.

- Agente Etiológico

Os microrganismos são parte essencial da nossa ecologia e, para que se mantenha um equilíbrio desejável, é necessário compreender a sua interação com o homem. O número e tipo de microrganismos presentes, tanto nas superfícies como no ar, depende da quantidade de pessoas presentes, do tipo de actividade e do tipo de circulação e renovação do ar.

Constituem características importantes do agente a sua patogenicidade (capacidade de produzir doença) e a sua estabilidade antigénica que determina a possibilidade de produção de vacinas como meio de prevenção (PNCI, 2006).

- Reservatório

Reservatório é o local onde o microorganismo se mantém, metaboliza e se multiplica. Todos os microrganismos têm o seu reservatório próprio e as medidas de prevenção devem ser dirigidas a ele em primeiro lugar.

As fontes humanas de microrganismos infectantes nos serviços de saúde podem ser os doentes, profissionais ou visitas e podem incluir pessoas com doença aguda, no período de incubação, pessoas colonizadas por um agente infeccioso, mas sem doença aparente, ou portadores crónicos de um agente infeccioso. Assim, os microrganismos que provocam infecção podem ter origem no próprio doente (endógenas) ou resultarem da transmissão de microrganismos de uma fonte externa ao doente (exógenas) (PNCI, 2006).

- Hospedeiro

A resistência a um microrganismo patogénico difere muito de pessoa para pessoa. Algumas podem ser imunes à infecção ou podem ser capazes de resistir à colonização, outros, expostos ao mesmo microrganismo, podem

estabelecer uma relação de comensalismo e tornarem-se portadores assintomáticos e outros ainda, podem desenvolver doença.

Factores do hospedeiro tais como idade, patologias de base, tratamentos com fármacos imunossupressores, antimicrobianos ou radiação e rupturas na primeira linha dos mecanismos de defesa causadas por situações como: uma intervenção cirúrgica, anestesia, e presença de cateteres, podem tornar as pessoas mais susceptíveis à infecção.

Para que surja uma infecção é necessária a existência de algumas condições:

- Os microrganismos devem ter acesso a uma porta de entrada que lhes seja favorável;
- O número de microrganismos (inóculo) deve ser significativo em função da sua virulência;
- O microrganismo deve ter afinidade para o tecido em causa;
- O hospedeiro deve ser susceptível (PNCI, 2006).

- Vias de Transmissão

Os microrganismos, nas instituições de saúde são transmitidos por diversas vias e o mesmo microrganismo pode ser transmitido por mais do que uma via.

São cinco as principais vias: contacto, gotículas, via aérea, veículo comum (via hídrica ou entérica), e por vectores. Estas duas últimas representam um papel muito pouco significativo no que concerne às infecções relacionadas com os cuidados de saúde mais frequentes.

A transmissão por contacto tanto indirectamente (via equipamento ou mobiliário), ou directamente (via mãos dos cuidadores) é a via mais frequente e importante de disseminação da infecção associada aos cuidados de saúde.

A disseminação por gotículas (> 5µm) surge através de partículas que são geradas pela produção de aerossóis. A maioria é originada na zona superior do tracto respiratório através da tosse, espirro ou a fala, mas estas também podem surgir relacionadas com actividades como aspiração ou endoscopia. O aspecto fundamental das gotículas que contém microrganismos,

é que não se mantém em suspensão por muito tempo e têm, conseqüentemente, um alcance limitado, de aproximadamente um metro. Este facto leva a que a prevenção da transmissão por gotículas, dependa principalmente de barreiras, como por exemplo, o espaço mínimo entre camas.

A transmissão aérea surge quando são geradas partículas menores ( $\leq 5\mu\text{m}$ ) e os microrganismos ficam em suspensão por longos períodos. Sob esta forma os microrganismos infectantes, podem percorrer distâncias consideráveis e serem inalados ou contaminar tecidos expostos ou mucosas (PNCI, 2006).

O CDC (2009, p.9) define a IACS “como uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reacção adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas). Deve ser evidente que a infecção não estava presente ou a incubação no momento da admissão na unidade hospitalar.” As medidas de prevenção deste tipo de infecção têm como objectivos:

- Identificar e controlar ou eliminar reservatórios;
- Impedir a transmissão entre doentes;
- Bloquear a passagem de colonização a infecção;
- Proteger/modificar a susceptibilidade do hospedeiro.

## 1.2 - Precauções Padrão

Nos anos 80, com a epidemia de SIDA, foi dado maior ênfase à importância das práticas. Foi, nessa altura, introduzida uma estratégia que ficou conhecida como “Precauções Universais”, que enfatizava que a prevenção da disseminação da infecção doente/profissional era tão importante como de doente para doente e que as precauções adequadas deviam ser aplicadas universalmente (Pina, 2007).

Esta estratégia posteriormente evoluiu e actualmente aceitam-se as denominadas precauções padrão, que devem ser tomadas para qualquer contacto com os doentes, ou previsível contacto com sangue ou fluidos corporais independente de estarem infectados ou não.

Verifica-se a tendência generalizada para os doentes com infecções, mesmo transmissíveis, ficarem internados nos serviços correspondentes às

patologias que motivaram o internamento. Esta prática cria situações específicas de risco de transmissão de microrganismos e deve ser tida em consideração em qualquer programa de controlo de infecção. É necessário estabelecer as medidas padrão para a prevenção da transmissão da infecção, fundamentadas nas fontes e vias de transmissão de cada tipo de infecção.

Existem dois níveis distintos de precauções, padrão e dependentes das vias de transmissão. No primeiro e mais importante, estão englobadas as medidas que devem ser utilizadas com todos os utentes, seja qual for o diagnóstico ou suspeita. A implementação destas precauções padrão é a primeira estratégia para o sucesso do controlo da infecção. No segundo nível estão englobadas as precauções designadas para cuidar de doentes com patologias específicas. Estas precauções, com base na via de transmissão, são recomendadas para serem utilizadas em doentes com diagnóstico ou suspeita de possuírem microrganismos epidemiologicamente importantes, disseminados por via aérea, gotículas ou contacto com pele ou superfícies contaminadas.

As precauções padrão incluem:

<ul style="list-style-type: none"><li>• Higienização das mãos;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso racional das barreiras protectoras, adaptadas aos procedimentos;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Isolamento – colocação dos doentes, conforme a cadeia epidemiológica da infecção;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Controlo ambiental: ambiente, material, resíduos, roupas, alimentação, desinfestação, transporte de doentes;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevenção dos acidentes por picada/corte e encaminhamento pós-exposição e programa de vacinação.</li></ul>

Fonte: Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, Hospital de Santa Maria, 2002.

### 1.3 – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

Alguns doentes podem necessitar de precauções específicas, para limitar a transmissão de microrganismos potencialmente infecciosos a outros doentes ou profissionais. As precauções de isolamento a serem adoptadas dependem da via de transmissão implicada: **via aérea / gotículas / contacto (directo ou indirecto)** (CDC, 2007).

### 1.3.1 - Via aérea - Isolamento Respiratório

As precauções de transmissão por via aérea têm como objectivo a redução da transmissão de agentes infecciosos através da disseminação de partículas de pequenas dimensões ( $\leq 5\mu\text{m}$ ). São produzidas por gotículas que evaporam e contêm os microrganismos que se mantêm em suspensão ou produzidas por partículas de pó.

Sob esta forma, podem dispersar-se por longas distâncias através de correntes de ar e serem inaladas pelo hospedeiro susceptível num mesmo quarto ou muito longe da fonte, dependendo de factores ambientais (correntes de ar, sistemas de ventilação). Como consequência é necessário especial cuidado com a circulação do ar e ventilação para se prevenir a transmissão aérea de microrganismos.

<b>VIA AÉREA - MEDIDAS</b> (Adicionalmente às precauções padrão)	
<b>COLOCAÇÃO DO DOENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quarto individual com pressão negativa com renovações de ar (6 a 12/hora) e exaustão para o exterior, afastada das entradas de ar, ou filtração de alta eficiência (filtros HEPA) do ar do quarto antes da sua circulação por outras áreas;</li><li>• Colocar na porta placa identificadora do tipo de isolamento;</li><li>• Manter a porta do quarto fechada e o doente no quarto;</li><li>• Se não for possível colocar o doente num quarto individualizado efectuar isolamento por coorte;</li><li>• Contenção na fonte e a individualização de materiais;</li></ul>
<b>PROTECÇÃO RESPIRATÓRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Respirador de partículas com o mínimo de 95% de capacidade de filtragem, P2 ou P3 sempre que entrar no quarto de isolamento;</li><li>• Nos casos de suspeita ou confirmação de tuberculose por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> multirresistente os respiradores a utilizar devem ser P3;</li></ul>

TRANSPORTE DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O movimento e transporte de doentes para fora do quarto deve restringir-se ao essencial;</li> <li>• Se necessário, deve minimizar-se a possibilidade de dispersão de partículas colocando uma máscara cirúrgica ao doente, se tal for possível;</li> <li>• Deve informar-se o local de destino do doente, assim como o profissional que o acompanha, acerca da situação e medidas de protecção;</li> </ul>
RESÍDUOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocados em saco branco (resíduos grupo III), junto do doente e o material cortoperfurante em contentor apropriado.</li> </ul>

### 1.3.2 – Gotículas

A transmissão por gotículas envolve o contacto das mucosas do nariz ou boca, ou da conjuntiva ocular, com partículas de dimensão  $>5\mu\text{m}$ , contendo microrganismos oriundos de um doente infectado ou portador desse microrganismo.

As gotículas são originadas essencialmente durante a tosse, espirro, ou fala e durante alguns procedimentos que podem gerar aerossóis, como aspiração de secreções, broncoscopia, cinesiterapia respiratória. A transmissão via gotículas necessita de um contacto próximo entre fonte e hospedeiro, porque habitualmente estas não se mantêm muito tempo suspensas no ar e geralmente só se deslocam por curtas distâncias (1 metro ou menos) através do ar. Como as partículas não se mantêm suspensas, no ar, não são necessários cuidados especiais com a ventilação.

#### GOTÍCULA - MEDIDAS

(Adicionalmente às precauções padrão)

COLOCAÇÃO DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto individual;</li> <li>• Colocar na porta placa identificadora do tipo de isolamento;</li> <li>• Se não for possível colocar o doente num quarto individualizado efectuar isolamento por coorte;</li> <li>• Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, deve manter-se separação espacial com a</li> </ul>
---------------------------	--

	<p>distância de pelo menos um metro, entre o doente e outros doentes e visitas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenção na fonte e a individualização de materiais;</li> </ul>
PROTECÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar máscara com viseira, óculos ou escudo para protecção das membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções ou quando se prestam cuidados a uma distância de um metro ou menos;</li> </ul>
TRANSPORTE DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O movimento e transporte de doentes para fora do quarto deve restringir-se ao essencial;</li> <li>• Se necessário, deve minimizar-se a possibilidade de dispersão de partículas colocando uma máscara cirúrgica ao doente, se tal for possível;</li> <li>• Deve informar-se o local de destino do doente, assim como o profissional que o acompanha, acerca da situação e medidas de protecção;</li> </ul>
RESÍDUOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocados em saco branco (resíduos grupo III), junto do doente e o material cortoperfurante em contentor apropriado.</li> </ul>

#### 1.4.3 – Contacto

O isolamento de contacto está indicado para redução do risco de transmissão de microrganismos através do contacto directo ou indirecto. A transmissão por contacto directo envolve contacto pele a pele e transferência de microrganismos a um hospedeiro susceptível, de uma pessoa infectada ou colonizada. Essa situação acontece quando se muda um doente de posição, prestam cuidados de higiene, ou outros cuidados que requerem o contacto pessoal directo. Este tipo de contacto também pode ocorrer entre dois doentes, servindo um como fonte e outro como hospedeiro susceptível.

O contacto indirecto envolve contacto de um hospedeiro susceptível com um objecto contaminado, que serve de intermediário, e que habitualmente se encontra nas imediações do doente. São exemplo: instrumentos contaminados ou mãos contaminadas que não foram higienizadas ou ainda luvas que não foram mudadas entre doentes.

<b>CONTACTO - MEDIDAS</b> (Adicionalmente às precauções padrão)	
COLOCAÇÃO DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto individual;</li> <li>• Colocar na porta placa identificadora do tipo de isolamento;</li> <li>• Se não for possível colocar o doente num quarto individualizado efectuar isolamento por coorte;</li> <li>• Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, deve considerar-se a epidemiologia do microrganismo e a população de doentes;</li> <li>• Contenção na fonte e a individualização de materiais;</li> </ul>
PROTECÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calçar luvas (limpas, não esterilizadas), antes de entrar no quarto ou área de isolamento;</li> <li>• Durante a prestação de cuidados ao doente trocar de luvas após contacto com material infectante que possa conter grande concentração de microrganismos;</li> <li>• Retirar as luvas antes de abandonar a área de isolamento e lavar as mãos imediatamente usando um sabão com antiséptico ou descontaminando-as com uma solução alcoólica com antiséptico;</li> <li>• Assegurar-se que não toca em superfícies ou objectos na área envolvente do doente;</li> <li>• Usar bata (limpa, não esterilizada), se é previsível que a farda contacte com o doente, superfícies envolventes ou objectos ou se o doente está incontinente, tem diarreia, ileo/colostomia ou exsudato de ferida;</li> <li>• Retirar a bata antes de abandonar o ambiente do doente assegurando-se que a sua roupa não contactou com superfícies ou objectos potencialmente contaminados;</li> <li>• Proceder à higiene das mãos;</li> </ul>
TRANSPORTE DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O movimento e transporte de doentes para fora do quarto deve restringir-se ao essencial;</li> <li>• No caso de o doente ter de sair do quarto e possuir feridas extensas, estas devem ser tapadas antes do transporte;</li> <li>• Informar os intervenientes no transporte e o local de destino sobre as precauções a adoptar na prestação de cuidados a estes doentes;</li> <li>• Descontaminar as superfícies com solução de 1% de cloro livre. Retirar toda a roupa que foi utilizada pelo doente;</li> </ul>
RESÍDUOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocados em saco branco (resíduos grupo III), junto do doente e o material cortoperfurante em contentor apropriado.</li> </ul>

#### 1.4 – Isolamento em Situações de Microrganismos Multirresistentes

As instituições de saúde constituem ambientes onde se congregam concomitantemente pessoas infectadas e pessoas com risco elevado de contrair infecção. Os doentes com infecções ou portadores de microrganismos patogénicos, que são internados no hospital, representam fontes potenciais de infecção para outros doentes e para profissionais (PNCI, 2007).

Os microrganismos epidemiologicamente importantes são microrganismos multiresistentes, que pelas suas características específicas podem ser relevantes na transmissão cruzada da infecção, o que justifica o seu estudo nas unidades de saúde.

Segundo o PNCI (2008, p.24) os hospitais devem, de acordo com os recursos humanos e logísticos disponíveis, “integrar no POPCI<sup>2</sup> o programa de vigilância epidemiológica das infecções por microrganismos epidemiologicamente significativos, incluindo os multiresistentes, a abranger sempre que possível, toda a população admitida em todos os serviços”.

Face às condições físicas e organizacionais de cada serviço, as medidas de isolamento podem ser difíceis de implementar. Não raras vezes surgem dúvidas relativamente à aplicação do isolamento e incertezas em relação à sua eficácia e eficiência (Wilson, 2003) (Anexo 1).

#### 1.5 – Sinaléticas em Isolamento

O isolamento afecta cada doente de maneira diferente. Segundo Wilson (2003), a conjugação do isolamento com o medo da possibilidade de contagiar os outros, pode constituir um factor de grande ansiedade para alguns doentes. Um estudo realizado por Gammon (1998, citado por Wilson, 2003, p.336) concluiu que “o stress da hospitalização era agravado pelo isolamento. Os doentes em isolamento tinham níveis significativamente mais elevados de ansiedade e depressão, e uma auto-estima e sentimento de controlo diminuídos”.

---

<sup>2</sup> POPCI - Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção

A par das consequências físicas e psicológicas do isolamento para o doente, surgem as dúvidas e incertezas das medidas a tomar pelos profissionais de saúde.

A sinalização é um sistema, constituído por elementos interrelacionados (sinais) e simultaneamente independentes que formam uma entidade colectiva – a sinalética. A sinalização é então um sistema constituído por elementos independentes (que transmitem determinada informação ou obrigação de uma acção) que se interrelacionam com a função de comunicar mensagens (código).

A sinalética contribui de uma forma eficaz na orientação de pessoas e bens num determinado território. É uma disciplina da ciência da comunicação visual que estuda as relações funcionais entre os signos de orientação no espaço e os comportamentos dos indivíduos. Ao mesmo tempo, é a técnica que organiza e regula estas relações (Neves, 2007).

O formato do sinal encontra-se normalizado, com o objectivo de permitir um rápido reconhecimento. Cada sinal oferece uma informação muito determinada e codificada, de maneira que possa relacionar-se simultaneamente com o conjunto dos demais.

### 3ª FASE: EXECUÇÃO DO PROJECTO

Realização de maquetes (Anexo 2)

Aquisição de equipamentos

### 4ª FASE: AVALIAÇÃO DO PROJECTO

Avaliação do projecto pelo Conselho de Administração

Adopção de medidas correctivas

A 3ª e 4ª fase do projecto serão iniciadas após resultado da apreciação do Conselho de Administração.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CCI, Hospital de São Teotónio, S.A. - Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais, 3ª edição, Viseu, 2005.

CDC, Siegel, J. et. al. - Management of Multidrug: Resistant Organisms in Healthcare Settings, 2006.

CDC, Siegel, J. et. al. - Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, PNCI, 2008.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Recomendações para Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão, PNCI, 2007, [versão electrónica] disponível a 20/05/2009 em: <http://www.dgs.pt>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Recomendações para a Higienização das Mãos, Recomendações para as Precauções de Isolamento, Recomendações para Controlo do Ambiente, Recomendações para a Higienização do Ambiente, PNCI, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: Um Guia Prático, PNCI, 2007 [versão electrónica] disponível a 20/05/2009 em: <http://www.dgs.pt>

Neves, J. - Sistemas Sinaléticos: *Revista de investigação e ensino das artes convergência*, nº1, (2007). [versão electrónica] disponível a 25/05/2009 em: <http://convergencias.esart.ipcb.pt/artigo/15>

---

Pina, E. - Equipamento de Protecção Individual: Protecção Facial e Respiratória –  
Revista Nursing, Novembro, 2007.

Victorian Advisory Committee on Infection Control: Guidelines for the classification  
and design of isolation rooms in health care facilities, Austrália, 2007.

Wilson, J. - Controlo de Infecção na Prática Clínica, 2ª edição, Lusociência,  
Loures, 2003.

---


## ANEXOS

## CENÁRIOS

### 1 – Aplicação de sinalética somente no quadro de identificação dos doentes

Objectivo: Informar os profissionais de saúde internos ao serviço acerca da presença de microrganismos multirresistentes e respectivo tipo de isolamento. Neste tipo de cenário é salvaguardada a confidencialidade do doente.


O enfermeiro responsável pelo doente deverá efectuar ensino aos visitantes acerca das medidas de precaução.

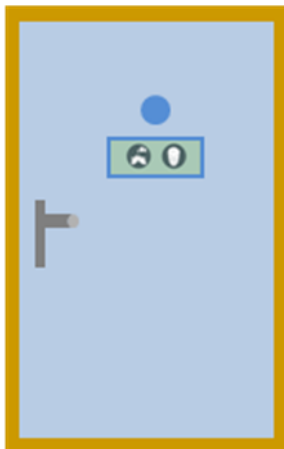
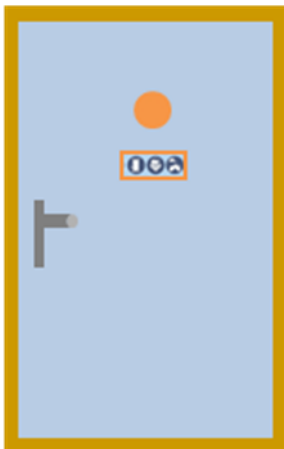
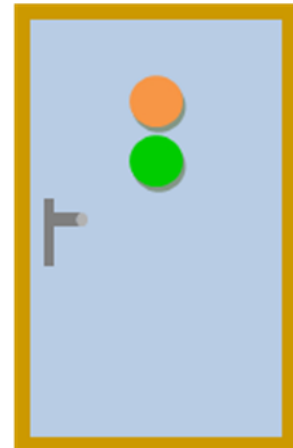
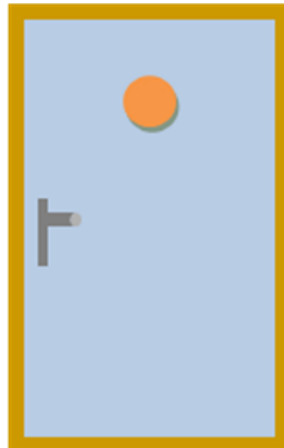
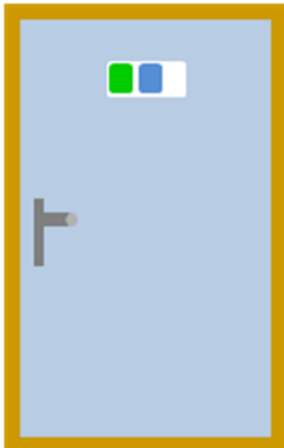
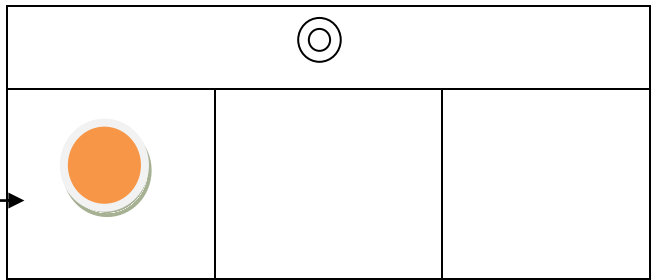
QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES						
Nome	Idade	Morada	Data Inter.	Diagnóstico	Médico	Observações
A.P.S.	70	Viseu	01/06/2009	Pneumonia	Dr. X	

### 2 – Aplicação de sinalética no quadro de identificação e unidade do doente

Objectivo: Informar os profissionais de saúde internos e externos ao serviço acerca da presença de microrganismos multirresistentes e respectivo tipo de isolamento.

O enfermeiro responsável pelo doente deverá efectuar ensino aos visitantes acerca das medidas de precaução.

QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES						
Nome	Idade	Morada	Data Inter.	Diagnóstico	Médico	Observações
A.P.S.	70	Viseu	01/06/2009	Pneumonia	Dr. X	

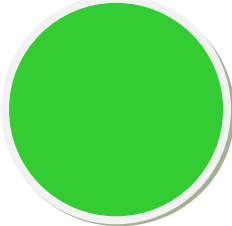

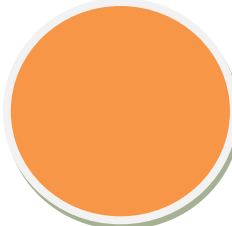


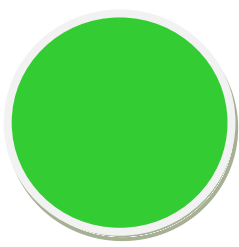
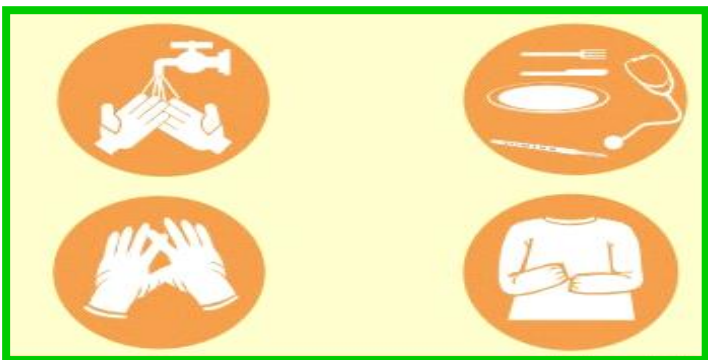
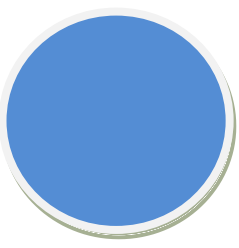

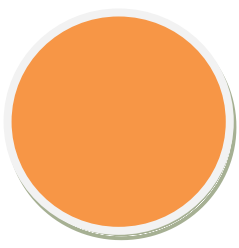

## Tipos de Material Sugerido



Acrílico

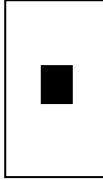

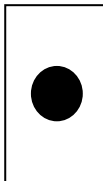
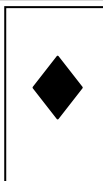
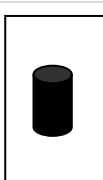


Papel Autocolante

Cartão

		
CONTACTO	AÉREA	GOTÍCULA

<p>C O N T A C T O</p>	 
<p>G O T Í C U L A</p>	 
<p>A E R E A</p>	 

SINALÉTICA POR MICRORGANISMO	
<i>Acinetobacter baumani</i>	
<i>MRSA (Staphylococcus aureus)</i>	
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	
<i>Enterobacteriacias ESBL+</i>	
<i>Enterococcus faecalis e faecium</i>	
<i>Clostridium difficile toxina A/B</i>	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	

SINALÉTICA POR MICRORGANISMO	
<i>Acinetobacter baumani</i>	
<i>MRSA (Staphylococcus aureus)</i>	
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	
<i>Enterobacteriacias ESBL+</i>	
<i>Enterococcus faecalis e faecium</i>	
<i>Clostridium difficile toxina A/B</i>	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	

HOSPITAL S. TEOTÓNIO, EPE  
COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO

## PROJECTO DE CRIAÇÃO DE SINALÉTICAS EM SITUAÇÕES DE ISOLAMENTO



JUNHO/2009

## Sumário:

- CONTEXTO ENQUADRADOR DO PROJECTO
- OBJECTIVO GERAL
- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
- FASES DO PROJECTO
- 1ª FASE: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO / ANÁLISE DA VIABILIDADE
- 2ª FASE: PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO
- **FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA**
- 3ª FASE: EXECUÇÃO DO PROJECTO
- 4ª FASE: AVALIAÇÃO DO PROJECTO



*“The important thing  
is not to stop questioning.”*

Albert Einstein

4

O ambiente dedicado à prestação de cuidados de saúde conglera uma grande diversidade de microrganismos que constituem fonte de preocupação para os profissionais de saúde, apesar da maioria dos mesmos não conferir risco para o homem.

Averiguar o seu papel como agentes causadores de infecção e doença reveste-se de elevada complexidade, sendo que apenas uma ínfima quantidade de relatórios/ estudos definem claramente a relação causa/efeito (CDC, 2003).

120

5

Os microrganismos epidemiologicamente importantes são designados de microrganismos multiresistentes.

Pelas suas características específicas podem ser relevantes na transmissão cruzada da infecção, justificando assim o seu estudo nas unidades de saúde.

Estes, encontram-se em elevado número em ambientes orgânicos húmidos, podendo também ser detectados no ar, água e equipamentos.

6



Com o aumento do conhecimento sobre o modo de transmissão das infecções, as práticas de isolamento desenvolveram-se e afastaram-se das aproximações empíricas para serem implementadas com base na evidência científica.

121

7



O isolamento constitui o “estabelecimento de barreiras físicas de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir, a transmissão dos agentes infecciosos”. Esta transmissão pode efectuar-se de um doente para outro; dos doentes para os prestadores de cuidados e dos prestadores de cuidados para os doentes.

(CCI, HST-V, p. 97, 2005)

8

A efectividade das precauções de isolamento num serviço de saúde depende da interacção de vários factores como sejam: políticas de saúde e comportamento dos profissionais de saúde

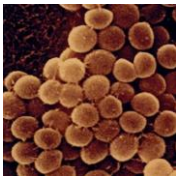
Assim, o desenvolvimento de uma política de isolamento constitui um importante aspecto no controlo da infecção

A prescrição correcta do isolamento pressupõe o conhecimento tão precoce quanto possível do agente, via de transmissão, período de contágio (sua evolução natural ou sob terapêutica eficaz) e período de incubação.

O tipo de isolamento aplicável a cada doente deve fazer parte da prescrição terapêutica e essa informação deve ser fornecida aos profissionais que prestam serviço na unidade, contínuo ou pontual, sendo que este deve ser mantido apenas no período estritamente necessário.

122

9



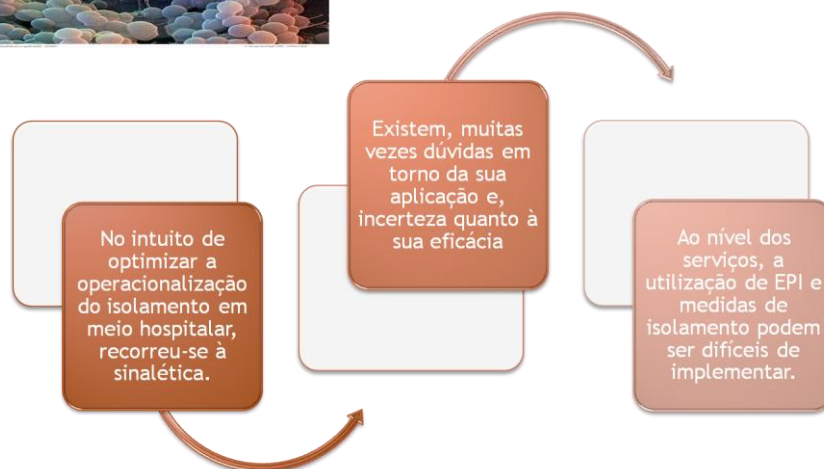
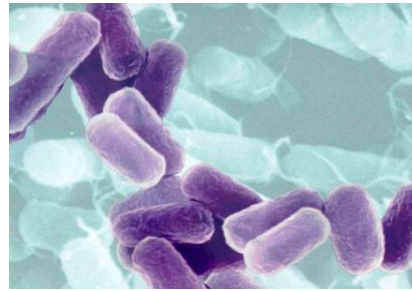
## Transmissão de IACS

A aplicação de isolamento pressupõe a utilização de medidas de protecção padrão e precauções adicionais (baseadas na transmissão) (WHO, 2004).

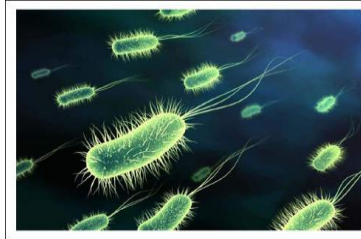
O uso de EPI tem vindo a ganhar importância devido à necessidade de garantir a segurança de doentes e profissionais.

Estes promovem uma barreira física entre os microrganismos e os seus utilizadores conferindo-lhes protecção.

No intuito de garantir a eficácia do EPI é necessário que estes sejam adequados às condições de trabalho e risco da instituição, devendo também estes cumprir as directivas comunitárias referentes ao seu desenho, certificação e teste (Pina, 2007).



12



A sinalética é uma disciplina da ciência da comunicação visual que estuda as relações funcionais entre os signos de orientação no espaço e os comportamentos dos indivíduos. Contribui de uma forma eficaz na orientação de pessoas e bens num determinado espaço (Neves, 2007).

124

13



### Objectivo Geral

- Criar um código de comunicação interna para profissionais, alusivo ao microrganismo e isolamento associado.

### Objectivos Específicos

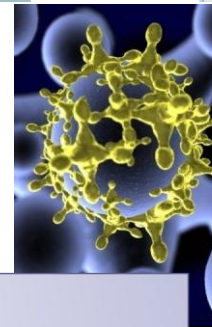
- Promover uma uniformização de sinaléticas relativas a precauções de isolamento;
- Minimizar a disseminação de MMR;
- Garantir práticas seguras.



## FASES DO PROJECTO

Fases do Projecto	Calendarização das Actividades			
1ª Fase - Diagnóstico de Situação/Análise da viabilidade	19/05			
2ª Fase - Proposta de Desenvolvimento do Projecto		20/05 a 25/06		
3ª Fase - Execução			19/09	
4ª Fase - Avaliação				Outubro

### 1ª FASE: Diagnóstico de situação/ análise da viabilidade



- Numa primeira fase, realizaram-se visitas informais aos diversos serviços da instituição com o fim de se averiguar a realidade. Constatou-se não existir uma uniformização no que concerne à sinalética de isolamento dos doentes.
- Cada serviço adopta a sua própria estratégia, nem sempre assegurando a confidencialidade e sigilo dos dados clínicos do doente.

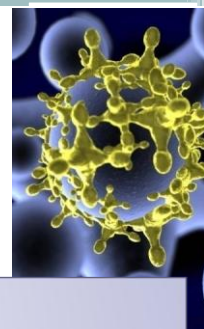
## 2ª FASE: Proposta de desenvolvimento do projecto

### ***Fundamentação da Proposta***

- Existe uma preocupação crescente dos profissionais de saúde com a segurança das suas equipas e dos seus utentes em ambiente hospitalar.
- A infecção decorrente da prestação de cuidados constitui-se hoje um problema real e grave no contexto da qualidade da prestação de cuidados (PNCI, 2006).

126

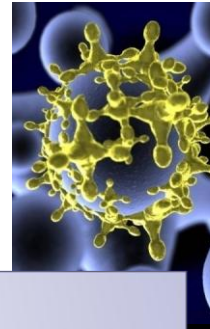
## 1ª FASE: Diagnóstico de situação/ análise da viabilidade



- Numa primeira fase, realizaram-se visitas informais aos diversos serviços da instituição com o fim de se averiguar a realidade. Constatou-se não existir uma uniformização no que concerne à sinalética de isolamento dos doentes.
- Cada serviço adopta a sua própria estratégia, nem sempre assegurando a confidencialidade e sigilo dos dados clínicos do doente.

18

## 1ª FASE: Diagnóstico de situação/ análise da viabilidade



- Numa primeira fase, realizaram-se visitas informais aos diversos serviços da instituição com o fim de se averiguar a realidade. Constatou-se não existir uma uniformização no que concerne à sinalética de isolamento dos doentes.
- Cada serviço adopta a sua própria estratégia, nem sempre assegurando a confidencialidade e sigilo dos dados clínicos do doente.

127

19

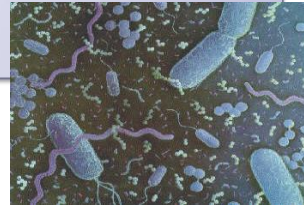
## 3ª FASE: Execução do projecto

- Realização de maquetes
- Aquisição de equipamentos



## 4ª FASE: Avaliação do projecto

- Avaliação do projecto pelo Conselho de Administração
- Adopção de medidas correctivas
- A 3ª e 4ª fase do projecto serão iniciadas após resultado da apreciação do Conselho de Administração.



VIA AÉREA - MEDIDAS (Adicionalmente às precauções padrão)	
COLOCAÇÃO DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto individual com pressão negativa com renovações de ar (12/hora) e exaustão para o exterior, afastada das entradas de ar, ou filtração de alta eficiência (filtros HEPA) do ar do quarto antes da sua circulação por outras áreas;</li> <li>• Colocar na porta placa identificadora do tipo de isolamento;</li> <li>• Manter a porta do quarto fechada e o doente no quarto;</li> <li>• Se não for possível colocar o doente num quarto individualizado efectuar isolamento por coorte;</li> <li>• Contenção na fonte e a individualização de materiais;</li> </ul>
PROTECÇÃO RESPIRATÓRIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respirador de partículas com o mínimo de 95% de capacidade de filtragem, P2 ou N95 sempre que entrar no quarto de isolamento;</li> <li>• Nos casos de suspeita ou confirmação de tuberculose por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> multirresistente os respiradores a utilizar devem ser P3;</li> </ul>
TRANSPORTE DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O movimento e transporte de doentes para fora do quarto deve restringir-se ao essencial;</li> <li>• Se necessário, deve minimizar-se a possibilidade de dispersão de partículas colocando uma máscara cirúrgica ao doente, se tal for possível;</li> <li>• Deve informar-se o local de destino do doente, assim como o profissional que o acompanha, acerca da situação e medidas de protecção;</li> </ul>
RESÍDUOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocados em saco branco (resíduos grupo III), junto do doente e o material cortoperfurante em contentor apropriado.</li> </ul>

<b>GOTÍCULA - MEDIDAS</b> (Adicionalmente às precauções padrão)	
COLOCAÇÃO DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto individual;</li> <li>• Colocar na porta placa identificadora do tipo de isolamento;</li> <li>• Se não for possível colocar o doente num quarto individualizado efectuar isolamento por coorte;</li> <li>• Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, deve manter-se separação espacial com a distância de pelo menos um metro, entre o doente e outros doentes e visitas;</li> <li>• Contenção na fonte e a individualização de materiais;</li> </ul>
PROTECÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar máscara com viseira, óculos ou escudo para protecção das membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções ou quando se prestam cuidados a uma distância de um metro ou menos;</li> </ul>
TRANSPORTE DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O movimento e transporte de doentes para fora do quarto deve restringir-se ao essencial;</li> <li>• Se necessário, deve minimizar-se a possibilidade de dispersão de partículas colocando uma máscara cirúrgica ao doente, se tal for possível;</li> <li>• Deve informar-se o local de destino do doente, assim como o profissional que o acompanha, acerca da situação e medidas de protecção;</li> </ul>
RESÍDUOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocados em saco branco (resíduos grupo III), junto do doente e o material cortoperfurante em contentor apropriado.</li> </ul>

<b>CONTACTO - MEDIDAS</b> (Adicionalmente às precauções padrão)	
COLOCAÇÃO DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto individual;</li> <li>• Colocar na porta placa identificadora do tipo de isolamento;</li> <li>• Se não for possível colocar o doente num quarto individualizado efectuar isolamento por coorte;</li> <li>• Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, deve considerar-se a epidemiologia do microrganismo e a população de doentes;</li> <li>• Contenção na fonte e a individualização de materiais;</li> </ul>
PROTECÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calçar luvas (limpas, não esterilizadas), antes de entrar no quarto ou área de isolamento;</li> <li>• Durante a prestação de cuidados ao doente trocar de luvas após contacto com material infectante que possa conter grande concentração de microrganismos;</li> <li>• Retirar as luvas antes de abandonar a área de isolamento e lavar as mãos imediatamente usando um sabão com anti-séptico ou descontaminando-as com uma solução alcoólica com anti-séptico;</li> <li>• Assegurar-se que não toca em superfícies ou objectos na área envolvente do doente;</li> <li>• Usar bata (limpa, não esterilizada), se é previsível que a farda contacte com o doente, superfícies envolventes ou objectos ou se o doente está incontinente, tem diarreia, ileo/colostomia ou exsudato de ferida;</li> <li>• Retirar a bata antes de abandonar o ambiente do doente assegurando-se que a sua roupa não contactou com superfícies ou objectos potencialmente contaminados;</li> <li>• Proceder à higiene das mãos;</li> </ul>

TRANSPORTE DO DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O movimento e transporte de doentes para fora do quarto deve restringir-se ao essencial;</li> <li>• No caso de o doente ter de sair do quarto e possuir feridas extensas, estas devem ser tapadas antes do transporte;</li> <li>• Informar os intervenientes no transporte e o local de destino sobre as precauções a adoptar na prestação de cuidados a estes doentes;</li> <li>• Descontaminar as superfícies com solução de 1% de cloro livre. Retirar toda a roupa que foi utilizada pelo doente;</li> </ul>
RESÍDUOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocados em saco branco (resíduos grupo III), junto do doente e o material cortoperfurante em contentor apropriado.</li> </ul>



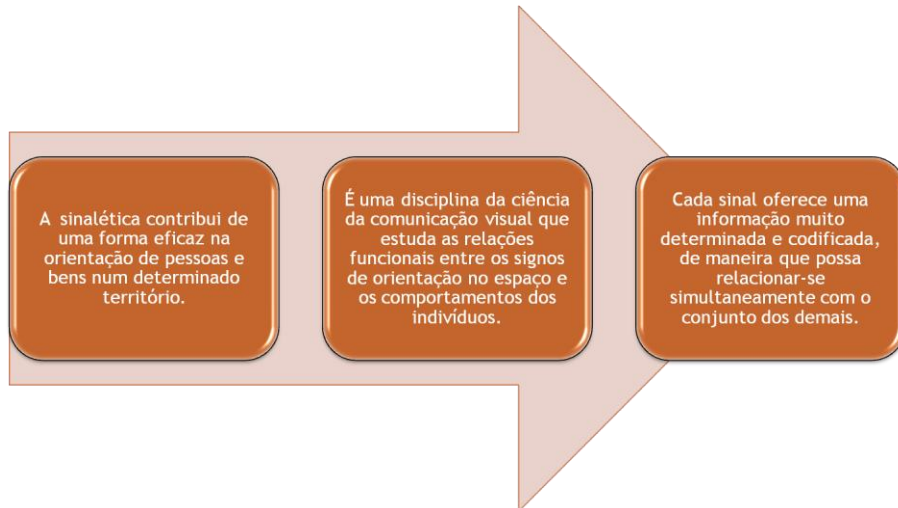
O isolamento afecta cada doente de maneira diferente.

Segundo Wilson (2003), a conjugação do isolamento com o medo da possibilidade de contagiar os outros, pode constituir um factor de grande ansiedade para alguns doentes.

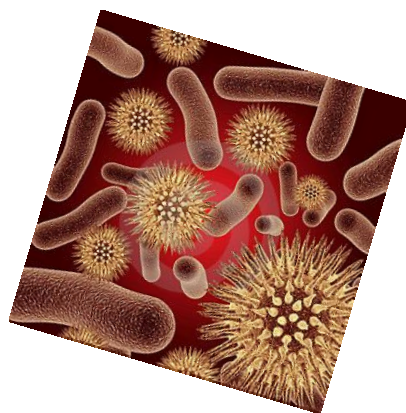
Gammon (1998, citado por Wilson, 2003, p.336) concluiu que "o stress da hospitalização era agravado pelo isolamento".

Os doentes em isolamento tinham níveis significativamente mais elevados de ansiedade e depressão, e uma auto-estima e sentimento de controlo.

## Sinaléticas em Isolamento



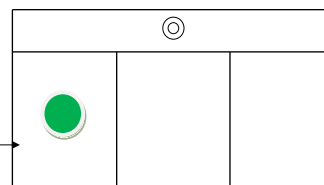
## Proposta de Sinaléticas





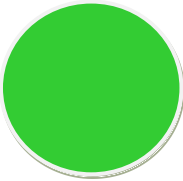

### 1 - Aplicação de sinalética somente no quadro de identificação dos doentes

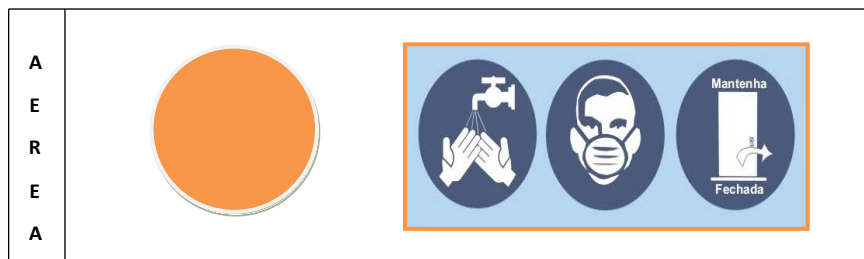
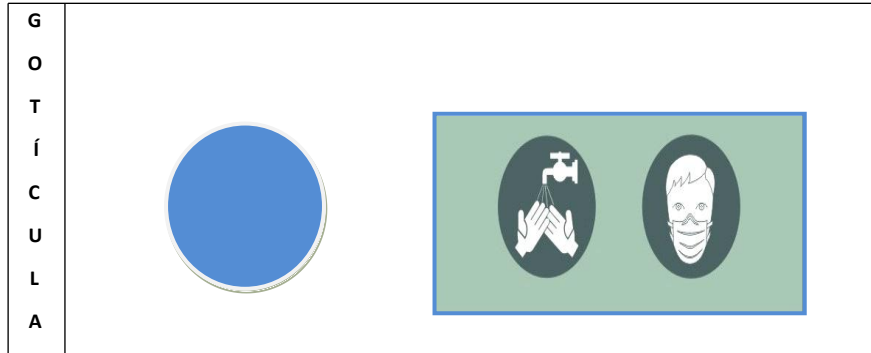
QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES						
Nome	Idade	Morada	Data Inter.	Diagnóstico	Médico	Observações
A.P.S.	70	Viseu	01/06/2009	Pneumonia	Dr. X	● ◼








### 2 - Aplicação de sinalética no quadro de identificação e unidade do doente







SINALÉTICA POR VIA DE TRANSMISSÃO		
		
<b>CONTACTO</b>	<b>AÉREA</b>	

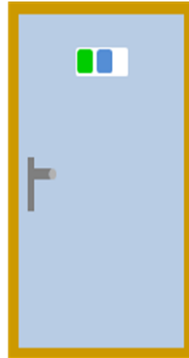
C O N T A C T O	 
--------------------------------------	--



SINALÉTICA POR MICRORGANISMO	
<i>Acinetobacter baumani</i>	
MRSA ( <i>Staphylococcus aureus</i> )	
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	
Enterobacteriacias ESBL+	
<i>Enterococcus faecalis e faecium</i>	
<i>Clostridium difficile</i> toxina A/B	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	

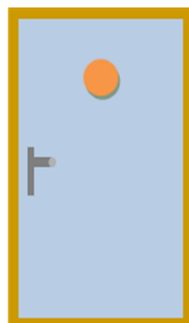
SINALÉTICA POR MICRORGANISMO	
<i>Acinetobacter baumani</i>	
MRSA ( <i>Staphylococcus aureus</i> )	
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	
Enterobacteriacias ESBL+	
<i>Enterococcus faecalis e faecium</i>	
<i>Clostridium difficile</i> toxina A/B	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	

36

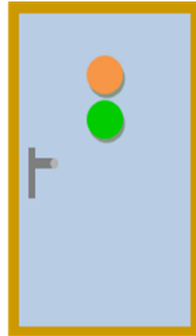


136

37

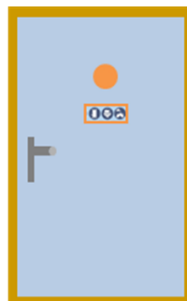


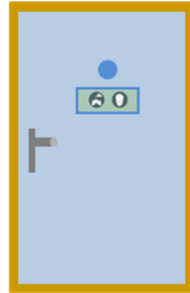
38



137

39







*Obrigado pela atenção dispensada !*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CCI, Hospital de São Teotónio, S.A.: Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais, 3ª edição, Viseu, 2005.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, PNCI, 2008.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: Recomendações para Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão, PNCI, 2007 [versão electrónica] disponível a 20/05/2009 em: <http://www.dgs.pt>
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: Recomendações para a Higienização das Mãos, Recomendações para as Precauções de Isolamento, Recomendações para Controlo do Ambiente, Recomendações para a Higienização do Ambiente, PNCI, 2006. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE: Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: Um Guia Prático, PNCI, 2007 [versão electrónica] disponível a 20/05/2009 em: <http://www.dgs.pt>
- Neves, J. Sistemas Sinaléticos: *Revista de investigação e ensino das artes convergência*, nº1, (2007). [versão electrónica] disponível a 25/05/2009 em: <http://convergencias.esart.ipcb.pt/artigo/15>
- Siegel, J. et. al. Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings, CDC, 2006.
- Siegel, J. et. al., Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, CDC, 2007.
- Victorian Advisory Committee on Infection Control: Guidelines for the classification and design of isolation rooms in health care facilities, Austrália, 2007.
- Wilson, J. Controlo de Infecção na Prática Clínica – 2ª edição, Lusociência, Loures, 2003.

