

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO DE CONTATO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CONTACT PRECAUTIONS MEASURES TO PREVENT AND CONTROL INFECTIONS: EXPERIENCE REPORT

PRECAUCIONES DE CONTACTO PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES: RELATO DE EXPERIENCIA

André Luiz Silva Alvim¹, Fernanda Carolina Ribeiro Santos²

RESUMO

Objetivo: descrever experiência de teste de *checklist* elaborado pelo SCIH na avaliação das medidas de precaução de contato nas unidades de internação de um hospital particular de Belo Horizonte. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência dos aspectos observados na prática do SCIH em relação à implementação de um *checklist* piloto. Os dados empíricos foram produzidos durante os meses de agosto a outubro de 2015, totalizando 120 observações diretas nas unidades de internação. **Resultados:** foram observadas não conformidades ligadas, principalmente, ao armazenamento do avental. **Conclusão:** o *checklist* contribuiu para avaliação das medidas de precaução de contato nas unidades de internação e mostrou-se uma boa opção para o levantamento de necessidades de treinamentos, porém o armazenamento do avental permaneceu incorreto.

Descritores: Infecção hospitalar; Controle de infecções; Unidades de internação.

ABSTRACT

Objective: to describe the test experience of the checklist elaborated by the SCIH in the evaluation of contact precaution measures in the hospitalization units of a private hospital in Belo Horizonte. **Method:** this is a descriptive study, in the type of experience report of the aspects observed in the practice of SCIH concerning the implementation of a pilot checklist. The empirical data were produced from August to October 2015, totaling 120 direct observations in the hospitalization units. **Results:** We observed nonconformities in relation to improper apron storage. **Conclusion:** the checklist contributed to the evaluation of contact precautions in the hospitalization units and proved to be a good option for the survey of training needs, but the storage of the apron remained incorrect.

Descriptors: Hospital infection; Infection control; Inpatient care units.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia de prueba lista preparada por SCIH en la evaluación de las precauciones de contacto en las unidades de hospitalización de un hospital privado en Belo Horizonte. **Método:** descriptivo tipo de estudio experiencia en el informe de los resultados observados en la práctica de SCIH con respecto a la aplicación de una lista de control piloto. Se produjeron datos empíricos durante los meses de agosto a octubre de 2015, por un total de 120 observaciones directas en las unidades de hospitalización. **Resultados:** Se observaron las conformidades en relación con algunos elementos de la evaluación de las precauciones de contacto relacionadas principalmente con el almacenamiento delantal. **Conclusión** la lista de verificación contribuyó a la evaluación de las precauciones de contacto en las unidades de hospitalización y resultó ser una buena opción para elevar las necesidades de formación, pero el almacenamiento delantal permaneció incorrecta.

Descriptores: Infección hospitalaria; Control de infecciones; Unidades de internación.

¹Graduado em Enfermagem. Mestrando em Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). ²Graduanda em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Como citar este artigo

Alvim ALS, Santos FCR. Medidas de Precaução de Contato para Prevenção e Controle de Infecções: Relato de Experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1333. [Access_____]; Available in:_____.Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1333>

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um problema de saúde pública mundial, pois acarretam o prolongamento do tempo de internação, elevação dos custos referentes ao cuidar e aumento da taxa de morbimortalidade⁽¹⁻⁶⁾. Estima-se que nos Estados Unidos, anualmente, ocorram cerca de 1.7 milhões de IRAS com registro total de 98.987 óbitos. No Brasil, dados mostram que entre 5 e 15% dos pacientes internados em hospitais terciários adquirem alguma infecção relacionada à assistência^(1, 3).

A transmissão das IRAS pode acontecer de vários modos, sendo eles contato (direto e indireto), gotículas e aerossóis. Destes, destaca-se a transmissão por contato que ocorre a propagação de microrganismos de uma pessoa para outra através das mãos e/ou objetos inanimados. O paciente ao adquirir um microrganismo diferente da sua flora residente pode apresentar-se colonizado, permanecendo de forma assintomática ou evoluir para infecção, manifestando sinais e sintomas⁽²⁾.

A infecção pode tornar o tratamento complexo quando a bactéria possui resistência a uma ou múltiplas classes de antibióticos⁽⁷⁾. Nos Estados Unidos, entre 20-50% de todos os antibióticos prescritos são considerados inadequados ou desnecessários, contribuindo para disseminação do fenômeno da resistência antimicrobiana (RA)⁽⁸⁾. Além de indicar o tratamento adequado conforme a especificidade do patógeno, adotam-se as medidas de precaução de contato nos pacientes detectados com microrganismos multidroga resistentes (MDR)⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As medidas de precaução de contato são utilizadas para prevenção da disseminação de microrganismos de importância epidemiológica e indicam a higienização das mãos (HM), o uso constante do avental, luvas e quarto privativo na prática assistencial^(2,9-10). Quando não há adesão da equipe de saúde sobre essas medidas específicas ocorre a propagação dos microrganismos entre profissionais/pacientes, caracterizada como transmissão cruzada, acarretando no aumento das taxas de infecção hospitalar e outras graves consequências^(2,10-12).

No hospital de estudo, a avaliação das precauções de contato nas unidades de internação não ocorria de forma sistematizada,

dificultando a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Além disso, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) vivenciou na prática uma série de dificuldades enfrentadas pela equipe multidisciplinar, em especial o uso incorreto do capote durante a assistência ao paciente isolado. A partir dessa problemática, surgiu a seguinte questão norteadora: a elaboração de um *checklist* contribui de alguma forma para avaliação das medidas de precaução de contato nas unidades de internação?

Este relato de experiência buscou descrever um caso relevante ocorrido em um hospital privado de Minas Gerais que poderá gerar contribuições para o conhecimento dos profissionais de saúde nos aspectos que tangem às diretrizes atuais de prevenção e controle de infecções. Torna-se importante disseminar para equipe multidisciplinar novas reflexões, propondo discussões e consequentemente melhoria da prática assistencial ofertada ao paciente.

Sendo assim, o presente estudo objetivou descrever experiência de teste de *checklist* elaborado pelo SCIH na avaliação das medidas de precaução de contato nas unidades de internação de um hospital geral particular de Belo Horizonte.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Relato de experiência é definido como uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica⁽¹³⁾.

Os dados empíricos foram produzidos durante os meses de agosto a outubro de 2015. A amostragem do estudo foi por conveniência: totalizando 120 observações nas enfermarias do setor de internação adulto. Nesse caso, utilizou-se observação direta e posterior, anotação sobre itens descritos no *checklist*.

Esse instrumento foi construído pelo enfermeiro do SCIH com auxílio de um acadêmico de enfermagem que utilizou como base teórica o *Guideline*⁽²⁾ do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Destacaram-se os seguintes itens preestabelecidos: placa de Identificação de isolamento visível no quarto do paciente; presença de avental; avental pendurado corretamente; luvas disponíveis no setor; insumos para higienizar as mãos; e uso exclusivo

de materiais para o paciente isolado (aparelho de pressão, termômetro e outros). Nesse modelo não foi avaliada a porcentagem das práticas de HM da equipe multidisciplinar, uma vez que esse indicador faz parte de um projeto maior executado no hospital de estudo conforme recomendações da Estratégia Multimodal de Higienização das Mãos⁽¹⁴⁾.

O *checklist* foi utilizado pelo SCIH duas vezes por semana no período da manhã (09:00h) em todos os pacientes que estavam em precaução de contato por microrganismo MDR (média: 10 pacientes/semana). Esse instrumento objetivou inicialmente aperfeiçoar o processo de vigilância epidemiológica do SCIH e detectar possíveis falhas em relação às medidas de precaução de contato.

No primeiro momento, foram realizadas oitenta avaliações e, posteriormente, treinamentos *in loco* com a equipe multidisciplinar. Inicialmente, foi elaborado um *folder* para cada profissional com o tema “Medidas de precaução de contato como estratégia para redução das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde”. O conteúdo do treinamento contemplou os seguintes tópicos: conceito de IRAS; o que são as medidas de

precaução de contato; quais são os cuidados referentes à precaução de contato; as formas corretas de retirar e pendurar o avental; e a importância dos cinco momentos da higienização das mãos^(2,14). A duração foi de 30 minutos e obteve-se como público-alvo os profissionais de enfermagem (n=60), fisioterapia (n=10) e equipe médica (n=4).

Após o término dos treinamentos, os itens do *checklist* foram avaliados novamente pelos profissionais do controle de infecção seguindo a metodologia preconizada: observação direta (n=40) e posterior anotação. Para este estudo não foi necessário um parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, foram seguidas as normas da Portaria n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostrou que a maioria dos profissionais fixou visivelmente a placa “precaução de contato” na porta do quarto do paciente isolado. Infere-se que os profissionais se preocupam em sinalizar aos outros para adotarem as medidas preventivas adequadas conforme se recomenda o protocolo institucional.

Tabela 1 – Resultado dos itens do *checklist* piloto avaliados pelo SCIH nas Unidades de Internação, 2015.

Itens de avaliação do <i>checklist</i>	Observações diretas	
	Pré-treinamento (n=80)	Pós-treinamento (n=40)
Placa de isolamento visível	95%	100%
Presença de avental nos quartos	80%	100%
Avental pendurado corretamente	2,8%	10%
Luvras disponíveis no setor	57,5%	83,3%
Insumos para higienizar as mãos	98%	100%
Uso exclusivo de materiais	22,5%	22,5%

Fonte: próprio autor.

Na avaliação do segundo e terceiro item do *checklist* foi observado que em grande parte dos quartos havia presença do avental de pano, porém poucos estavam pendurados adequadamente. Nesse caso, sabe-se que o risco de disseminação de microrganismos para outros pacientes é maior devido ao armazenamento inadequado^(6,12).

Em relação à disponibilização de luvas de procedimento, tem-se que pouco mais da metade estava acessível para uso coletivo. Nesse caso, a

observação ocorreu apenas no período da manhã, portanto a taxa não é fidedigna considerando ausência de horário fixo para a enfermagem requisitar e buscar esse material na farmácia da instituição durante a jornada de trabalho.

Quanto aos insumos para HM (sabão e preparação alcoólica), obteve-se bom resultado no item de avaliação do *checklist*. No hospital de estudo, todos os pontos de assistência possuem dispositivos de álcool e/ou pias com insumos para

HM conforme se recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁴⁾. O ponto de assistência é caracterizado como local onde se reúnem três elementos: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (área do paciente)⁽¹⁴⁾. Embora a higiene de mãos não fosse avaliada no teste piloto, destaca-se a prática como simples e eficaz para prevenção e controle das IRAS⁽²⁻⁶⁾.

Na avaliação do uso de materiais exclusivos por paciente isolado, encontrou-se que poucos quartos disponibilizavam de forma individual o aparelho de pressão, termômetro, estetoscópio e outros. Assim sendo, como forma de prevenir a transmissão cruzada, os profissionais do SCIH orientavam a limpeza e desinfecção desses objetos entre pacientes. Sabe-se que o uso restrito e individual reduz a propagação de microrganismos no ambiente hospitalar, podendo acarretar no declínio das colonizações/infecções decorrentes do cuidar em saúde^(2, 5, 9).

Após avaliação e análise dos dados coletados em dois meses de observação, levantou-se a necessidade da realização de treinamento *in loco* com os profissionais da equipe multidisciplinar. Foi elaborado um material de divulgação (folder) com auxílio do setor de *marketing* e comunicação do hospital, posteriormente entregue aos participantes envolvidos no processo de aprendizagem.

Durante o treinamento, a equipe mostrou-se participativa e esclareceu as dúvidas em relação à temática. Durante a exposição dialogada, a higienização das mãos foi considerada por unanimidade a principal medida para redução das infecções que está diretamente relacionada à qualidade da assistência médico-hospitalar.

No entanto, foi notório que a maior dificuldade estava atrelada ao uso do avental. No hospital de estudo existem suportes em todos os quartos para pendurar essas peças de vestuário, não justificando a estrutura física como causa do problema. Além disso, a equipe de enfermagem relatou desconforto no uso desse item principalmente pelo calor excessivo gerado durante o banho no leito. Os profissionais de fisioterapia afirmaram que vestir o equipamento de proteção individual (EPI) não atrapalha suas rotinas e a equipe médica não se manifestou durante o período de discussão. Estudo encontrou dados semelhantes em relação ao uso do avental, destacando o incômodo gerado aos

profissionais durante a assistência ofertada ao paciente⁽⁹⁾.

Após a realização dos treinamentos, os seis itens do *checklist* foram avaliados novamente. Observou-se que todas as enfermarias possuíam a placa de identificação e presença do avental próximo ao leito, porém poucos profissionais permaneceram pendurando-o de forma adequada. Esse fato gerou preocupação entre os pesquisadores e levantou a necessidade de realizar maiores ações de sensibilização com os profissionais de saúde. Logo, infere-se que a educação preventiva contribui para valorização do uso correto do EPI⁽¹⁶⁾.

As luvas estavam disponíveis na maioria dos setores de internação. Embora essa taxa não seja realística, destaca-se que o SCIH percebeu supervalorização da utilização desse material na prática assistencial. Estudo afirma que o uso de luvas ganha mais peso entre a equipe de saúde quando comparado à HM⁽⁶⁾. Esse fato pode contribuir para propagação dos agentes patogênicos no ambiente hospitalar, aumentando, assim, o número de eventos infecciosos inesperados^(2, 4).

Na avaliação dos materiais de uso exclusivo por paciente isolado, não houve melhora da adesão. Esse problema está atrelado à falta de estrutura e quantitativo insuficiente disponibilizado para todo hospital. Nesse caso, os profissionais do controle de infecções continuaram ressaltando para toda equipe sobre a importância de realizar a desinfecção correta desses objetos entre pacientes para redução da carga microbiana⁽²⁾.

No fim das avaliações, percebeu-se a necessidade de manter treinamentos com menor periodicidade abordando as recomendações preconizadas para utilização do avental e foi proposto um modelo de reciclagem trimestral para atualização da equipe multidisciplinar. Estudo mostrou que profissionais recém-formados tendem a seguir mais protocolos institucionais quando comparados aos que possuem vasta experiência e tendem a não reciclar os conhecimentos ao longo do tempo⁽¹⁷⁾.

Diversos autores ressaltam a importância de treinar a equipe multidisciplinar para obter êxito nos aspectos que tangem à prevenção e controle das IRAS. Além disso, é importante destacar a necessidade de mudanças de atitude e comportamento dos profissionais de saúde para melhora da adesão em relação às medidas preventivas específicas⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

A utilização do *checklist* possibilitou aperfeiçoar o processo de vigilância epidemiológica do SCIH através da identificação de falhas que ocorrem na assistência prestada ao paciente em precaução de contato⁽²¹⁾. Com os resultados obtidos através desse instrumento foi possível compreender os aspectos intrínsecos ao processo de trabalho que influenciam no aumento ou declínio da taxa global de infecção hospitalar.

Tendo em vista a limitação de que o estudo se deu em um único hospital privado, onde a técnica de HM não foi avaliada juntamente com os itens do *checklist* e as observações diretas no segundo momento aconteceram próximas ao treinamento, percebe-se a necessidade de ampliar a pesquisa a outros hospitais para fins de comparações e possíveis generalizações visando aprimorar as práticas de prevenção e controle de infecções.

CONCLUSÃO

O *checklist* permitiu detectar falhas relacionadas ao armazenamento inadequado do avental de pano que podem favorecer a transmissão cruzada de microrganismos no ambiente hospitalar, além disso, contribuiu para avaliação das medidas de precaução de contato nas unidades de internação e foi aprovado após três meses de teste para ser incorporado ao processo de trabalho do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Esse instrumento mostrou-se uma boa opção para o levantamento de necessidades de treinamentos com a equipe multidisciplinar. Nesse sentido, os itens que obtiveram baixa adesão foram trabalhados juntamente com os profissionais de saúde para gerar impacto positivo na melhoria da qualidade da assistência ofertada ao paciente isolado, porém o armazenamento do avental permaneceu incorreto.

REFERÊNCIAS

- 1- Tacconelli E, Cataldo A, Dancer SJ, Angelis G, Falcone M, Frank U et al. Diretrizes da ESCMID para o gerenciamento de medidas de controle de infecção a fim de reduzir a transmissão de bactérias Gram-negativas multidroga-resistentes em pacientes hospitalizados. *J Infection Control*. 2014;3(3):50-89. Disponível em: <http://jic.abih.net.br/index.php/jic/article/view/99/pdf>
- 2- Center for Disease Control and Prevention. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta: CDC; 2007.
- 3- Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):995-001.
- 4- Mehta Y, Gupta A, Todi S, Myatra SN, Samaddar DP, Patil V et al. Guidelines for prevention of hospital acquired infections. *Indian J Crit Care Med*. 2014;18(3):149–63. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3963198/?tool=pubmed>
- 5- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f7893080443f4a03b441b64e461d9186/Modulo+4+Medidas+de+Prevencao+de+IRA+a+Saude.pdf?MID=AJPERES>
- 6- Oliveira AC, Damasceno QS, Ribeiro SMCP. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. *REME - Rev. Min. Enferm*. 2009;13(3):445-50.
- 7- Balkhair A, Al-Farsi YM, Al-Muharrmi Z, Al-Rashdi R, Al-Jabri M, Neilson F et al. Epidemiology of Multi-Drug Resistant Organisms in a Teaching Hospital in Oman: A One-Year Hospital-Based Study. *The Scientific World Journal*. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/157102>
- 8- Center for Disease Control and Prevention. Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/implementation/core-elements.html>
- 9- Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):161-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a23v44n1.pdf>
- 10- Moraes GM, Cohrs FM, Batista REA, Grinbaum RS. Infection or colonization with resistant microorganisms: identification of predictors. *Acta paul enferm*. 2013;26(2):185-91. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200013&lng=en

11- Pérez-Pérez P, Herrera-Usagre M, Bueno-Cavanillas A, Alonso-Humada MS, Buiza-Camacho B, Vázquez-Vázquez M. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(1):149-60. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100149&lng=en.

12- Oliveira AC, Silva MDM, Garbaccio JL. Vestuário de profissionais de saúde como potenciais reservatórios de microrganismos: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):684-91. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a25>

13- Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *J. Nurs. Health*. 2013;1(2):94-103. Disponível em:

<http://www2.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/100/138>

14- Organização Mundial da Saúde. Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Brasil, 2009.

15- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

16- McKinley L, Valentine S, Moriarty H, Bacerra M, Safdar N. Perceptions of Healthcare Workers Regarding the Effects of Contact Precautions on Patients. *American Journal of Infection Control*. 2016;44(6):73. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(16\)30088-8/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(16)30088-8/abstract)

17- Anderson N, Johnson D, Wendt L. Use of a Novel Teaching Method to Increase Knowledge and Adherence to Isolation Procedures. *Medsurg Nurs*. 2015;24(3):159-64. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26285370

18- Ferreira IO, Matos SS. Promoção de saúde no trabalho: uma estratégia de educação para saúde. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2013;3(2):732-45. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/364/437>

19- Legeay C, Seegers VT, Groh M, Zahar JR. Medical students' knowledge of infection control and prevention: Factors associated with better results and room for improvement.

2015;43(10):1142-43. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.05.045>

20- González-Estrada, A; Fernández-Prada, M; Martínez Ortega, C; Lana Pérez, A; López González, ML. Cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto por microorganismos multirresistentes en un hospital de tercer nivel. *Rev. calid. Asist*. 2016;31(5):293-99. Disponível em:

<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15204/pdf>

21- Rezende KCA, Tipple AFV, Siqueira KM, Alves SB, Salgado TA, Pereira MS. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2012;11(2):343-51. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15204/pdf>

Note: Este relato de experiência faz parte de um projeto de pesquisa maior do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição em estudo (CAAE: 46953815.2.0000.5126).

Recebido em: 23/03/2016

Versão final reapresentada em: 02/05/2017

Aprovado em: 03/05/2017

Endereço de correspondência

André Luiz Alvim

Rua – nº Tamarindos, 383

CEP: 32310-550 Contagem – M/G

E- mail: andrevolts@hotmail.com