

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Marília Ferreira de Figueiredo

Inspeção de Prevenção de Contato: Relato de Experiência de uma
Graduanda de Enfermagem

Botucatu
2010

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Marília Ferreira de Figueiredo

Inspeção de Precaução de Contato: Relato de Experiência de uma
Graduanda de Enfermagem

Monografia de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação
em Enfermagem. Faculdade de
Medicina de Botucatu – UNESP

Orientador: Profa. Ass. Dra. Ione

Botucatu
2010

Dedico este trabalho aos meus pais por todo amor e dedicação, por acreditarem e apoiarem esta trajetória de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra Ass. Ione Corrêa pela dedicação, confiança e pelos ensinamentos constantes, depositados no auxílio na concretização desta monografia.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem por todos os ensinamentos disponibilizados durante o curso de graduação, que contribuíram para a conclusão deste trabalho e para minha formação profissional, em especial à Professora Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'acqua.

Às Enfermeiras Silvia Eduara K. de Albuquerque, Adriana E. B. Gomes e Elaine S. de Freitas pela disponibilidade concedida à minha formação profissional e por todos os ensinamentos durante todo estágio curricular na Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

Ao Dr. Carlos M. B. C. Fortaleza, a Dra. Sandra M. Q. Ricchetti e a Dra. Daniela Ponce por todas as oportunidades oferecidas a mim e por todo conhecimento adquirido durante o estágio na CCIRAS.

Aos funcionários da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde Carina e Mário, pela grande ajuda oferecida.

Aos Bibliotecários Luciana, Rose e Marcos pela revisão das referências bibliográficas e catalogação.

À minha família pelo carinho, incentivo e por acreditarem e apoiarem esta trajetória de minha vida.

À minha irmã Maria Laura Ferreira de Figueiredo por toda contribuição oferecida.

Às minhas colegas da XIX Turma de Enfermagem pelo companheirismo e apoio durante todo nosso convívio acadêmico.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

• INTRODUÇÃO	10
• JUSTIFICATIVA	17
• DESENVOLVIMENTO	19
• ATUAÇÕES DE UMA GRADUANDA DO CURSO DE ENFERMAGEM NA CCIRAS	20
• INSPEÇÃO DE PRECAUÇÃO DE CONTATO	21
• DIFICULDADES ENCONTRADAS	23
• FACILIDADES ENCONTRADAS	24
• INTERVENÇÕES REALIZADAS	25
• CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
• REFERÊNCIAS	30
• ANEXO	33

RESUMO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um problema de abrangência mundial, responsável por grande parte de morbidades e letalidades. A incidência de IRAS associadas a microrganismos resistentes tem aumentado em todo o mundo. Sabe-se também, que a etiologia da resistência bacteriana é multifatorial, desta forma, o controle da disseminação de microrganismos resistentes requer a implementação de medidas de controle que envolvam o cumprimento das precauções padrão e de contato, além do uso racional de antimicrobianos. Para diagnosticar o provável problema quanto ao seguimento das normas de controle de infecção foi elaborado um impresso para inspecionar as práticas da equipe de saúde atuante com os pacientes em precaução de contato. As inspeções tinham caráter educativo e de conscientização, não foram adotadas medidas punitivas para os profissionais como advertências, suspensões ou denuncia de infração ética. Caso alguma irregularidade fosse encontrada, o profissional que contraveio às normas de precaução de contato e o enfermeiro responsável pela unidade ou enfermeiro chefe de área, eram notificados e orientados quanto às práticas corretas de isolamento. Enquanto aluna de graduação iniciei as inspeções de precaução de contato com a finalidade de verificar a utilização real das medidas de isolamento, já que os profissionais atuantes desconheciam a minha participação na Comissão de Controle de Infecção. Dificuldades e facilidades foram encontradas no processo, e a partir das inspeções foi possível realizar intervenções a fim de viabilizar o cumprimento das normas instituídas para isolamento por contato. Visto que o instrumento melhorou significativamente a adesão às práticas de isolamento de contato, os membros da Comissão de Controle de Infecção regulamentaram as inspeções e pretendem utilizá-la como método permanente.

Palavras-chave: Infecção; Infecção Hospitalar; Precaução de Contato.

ABSTRACT

Infections Related to Healthcare (IRAS) is a problem of worldwide concern, responsible for much morbidity and lethality. The incidence of IRAS associated with resistant microorganisms has increased worldwide. It is also known that the etiology of bacterial resistance is multifactorial, thus controlling the spread of resistant microorganisms requires the implementation of control measures that involve the performance of standard and contact precautions, plus the use of antimicrobials. To diagnose the problem as to the likely accession of the measures of infection control was prepared in a form to inspect the practices of the health staff acting with patients in contact precautions. The inspections had an educational and awareness, no punitive measures were taken to staff as warnings, suspensions or complains of a breach of ethics. If any irregularities were found, the professional standards of care countershaft contact and the nurse responsible for the head nurse or unit area were notified and counseled about the correct practice of isolation. While an undergraduate student initiated precautionary inspections of contact in order to verify the actual use of isolation measures, since the professionals were unaware of my active participation in the Committee on Infection Control. Facilities and difficulties were encountered in the process, and from the inspections was possible interventions to facilitate compliance with standards for isolation imposed by contact. Since the instrument has significantly improved adherence to contact isolation practices, the members of the Infection Control regulated inspections and intend to use it as a permanent method.

Keywords: Infection; Infection; Contact Precaution

1 INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares tem sido um problema desde a criação dos primeiros hospitais, devido a doenças epidêmicas e precárias condições de higiene e saneamento básico. Semmelweis em 1847 já se preocupava com medidas de higiene tornando-se o pioneiro no controle de infecções ao empregar medidas simples como: isolar casos, ferver instrumentais e utensílios, e lavar as mãos com uma solução de ácido clórico. Tais ações minimizaram a morte por febre puerperal e foram consideradas incomensuráveis para a época¹⁻³.

Outra pessoa de notável presença no controle de infecções foi a enfermeira Florence Nightingale que atuou durante a guerra da Criméia, onde desenvolveu estudos a partir da coleta de dados e organização de um sistema de manutenção de registros que utilizou como uma ferramenta para melhorar as condições dos hospitais. As taxas de mortalidade nos hospitais mostraram que a melhora nas condições sanitárias e no suprimento de água fresca resultaria no decréscimo do número de mortes⁴.

O Ministério da Saúde, na Portaria nº 2.616 de 12/05/1998 contempla as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, define IH como a infecção adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares^{1,5-7}.

A descoberta da penicilina por Alexander Fleming, em 1928 contribuiu para o controle das infecções hospitalares, e teve grande efeito na segunda metade do século XIX e XX, época em que muitos cientistas investiram na descoberta e isolamento de microorganismos responsáveis por várias doenças graves. Porém com a grande

confiança nos antimicrobianos para o combate de infecções, houve negligência nas práticas de isolamento e técnicas assépticas, além do uso amplo, disseminado e incorreto de antibióticos nos hospitais, o que contribuiu para o aumento de cepas resistentes aos antimicrobianos².

Com o avanço da tecnologia, os antimicrobianos foram aperfeiçoados, técnicas modernas de assistência foram criadas e o número de pacientes de alta complexidade aumentou. E ainda, atualmente a utilização de procedimentos invasivos tornou-se fundamental e comum entre os pacientes de terapia intensiva. Porém com a evolução antimicrobiana e modernização da assistência, consequências negativas também surgiram como a resistência bacteriana a múltiplas drogas e o comprometimento das defesas naturais do paciente, seja pela doença de base ou pelo tratamento e métodos diagnósticos, aos quais o cliente está sendo submetido^{6,8,9}.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um problema de abrangência mundial, responsável por grande parte de morbidades e letalidades associadas a procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos prestados ao paciente. As IRAS tem grande impacto na saúde pública, pois são co-responsáveis pelo aumento dos gastos hospitalares. Dados apontam que as infecções hospitalares ocorrem, em média, entre 5 a 17% dos pacientes internados nos EUA, e é responsável por um aumento médio de 15 dias no tempo de internação^{2,3}.

A incidência de IRAS associadas a microrganismos resistentes tem aumentado em todo o mundo. Nos Estados Unidos, mais de 70% das bactérias isoladas nos hospitais são resistentes a pelo menos um antibiótico comumente utilizado no

tratamento de infecções. Sabe-se também, que a etiologia da resistência bacteriana é multifatorial, desta forma, o controle da disseminação de microrganismos resistentes requer a implementação de medidas de controle que envolvam o uso das precauções padrão e de contato, além do uso racional de antimicrobianos^{2,3,6,10}.

Uma estratégia prevista como forma de intervenção para minimizar a exposição do paciente e do profissional de saúde refere-se na implementação das medidas de Precaução Padrão (PP). As quais são definidas por um conjunto de ações planejadas, que tem por objetivo a proteção dos profissionais e dos pacientes¹⁰.

As precauções padrão consistem em: higienização das mãos, uso de luvas, avental, máscara, protetor ocular e protetor de face, manuseio e descarte apropriado de materiais perfuro-cortantes, manuseio correto de artigos e roupas contaminadas, controle ambiental (limpeza e desinfecção dos pisos, paredes, mobiliário e equipamentos contaminados com sangue ou líquidos corporais), transporte e acomodação adequada do paciente¹⁰⁻¹⁴.

As precauções adicionais, baseada no modo de transmissão dos microorganismos, podem ser classificadas em três tipos, sendo que a aplicação de qualquer uma dessas precauções não exclui o uso das precauções padrão^{13,14}.

- 1- Precauções Respiratórias para aerossóis
- 2- Precauções Respiratórias para gotículas
- 3- Precauções de Contato

As precauções respiratórias para aerossóis são utilizadas no caso de diagnóstico confirmado ou suspeita de patologias transmitidas por partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse e que podem permanecer suspensas no ar por horas e atingir ambientes diferentes. Recomenda-se^{8,13,14}:

- 1- Quarto privativo com pressão negativa do ar em relação às áreas adjacentes, com porta privativa fechada.
- 2- Uso de máscara N95 (com capacidade de filtrar 95% das partículas com diâmetro de 0,3 micron).
- 3- O transporte deve ser evitado. Quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica.
- 4- As visitas devem ser restritas.
- 5- Os artigos e equipamentos deverão ser exclusivos para o paciente ou em comum para pacientes acometido com o mesmo microorganismo.

As precauções respiratórias para gotículas são mais facilmente preveníveis, pois a gotícula gerada por tosse, espirro, fala ou procedimento não ultrapassa 1 metro de distância. As precauções recomendadas são^{8,13,14}:

- 1- Quarto privativo ou coorte de pacientes com a mesma doença.
- 2- Uso de máscara comum para todos que entrarem no quarto durante o período de transmissão da doença
- 3- O transporte do paciente deve ser evitado. Se necessário o paciente deverá utilizar máscara comum ao sair do quarto.

As precauções de contato aplicam-se para situações que haja possibilidade de transmissão de agentes infecciosos por contato direto ou indireto. A transmissão de microorganismos multidroga-resistentes no hospital facilita a ocorrência de infecções de

difícil tratamento e mau prognóstico. A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde de cada hospital deve identificar os microorganismos com maior potencial de transmissão e mais associados à infecção, conforme exposto na Portaria do Ministério da Saúde 2616 de 1998⁷.

As recomendações elaboradas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para controlar os microorganismos transmitidos por contato são a utilização das Precauções Padrão acrescidas de^{7,8,13,14}:

- 1- Quarto privativo ou coorte de pacientes com o mesmo microorganismo isolado.
- 2- Uso de luvas para qualquer contato com o paciente, e trocá-las após o contato com área ou material infectante, as quais devem ser calçadas antes de entrar no quarto e desprezá-las ao término dos cuidados.
- 3- Utilizar avental sempre que houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente, seu leito, mobiliário do quarto ou material contaminado.
- 4- O transporte do paciente deve ser evitado. Quando for necessário, o profissional deverá utilizar as precauções de contato durante todo o trajeto.
- 5- Os artigos de cuidados do paciente devem ser de uso individual como estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro.
- 6- As visitas devem ser restritas.

Porém para que tais precauções citadas sejam efetivas na prática diária, é necessário que haja adesão dos profissionais durante a realização dos procedimentos assistenciais. E para que exista o cumprimento das normas, é preciso haver

conhecimento técnico sobre as precauções. No entanto, a relação existente entre conhecimento e a atitude não significa, necessariamente, maior cumprimento das normas estabelecidas, pois há outros fatores que podem diminuir a adesão como: a falta de motivação, a qualificação insuficiente dos profissionais, sobrecarga de trabalho e o comportamento inadequado de membros mais experientes influenciando negativamente os demais profissionais da equipe, dentre outros^{5,10,12}.

É necessário ter uma equipe consciente das medidas de prevenção de infecção, pois atividades de educação permanente e continuada não respondem às necessidades dos profissionais atuais, é importante repensar nas formas como estas estão sendo realizadas. A construção do conhecimento deve ser pautada na vivência de experiências significativas, numa abordagem dialógica^{5,10}.

2 JUSTIFICATIVA

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) do HC de Botucatu – UNESP verificou que havia pouca adesão dos profissionais nas práticas recomendadas para a assistência de pacientes isolados por precaução de contato. Para diagnosticar o provável problema quanto ao seguimento das normas de controle de infecção foi elaborado um impresso para inspecionar as práticas realizadas pela equipe de saúde atuante com os pacientes em precaução de contato.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Atuações de uma Graduanda do Curso de Enfermagem na CCIRAS

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP oferece o estágio supervisionado no último ano do Curso, conforme a normas, no qual os graduandos são divididos em diferentes áreas de atuação da enfermagem. No caso, permaneci por dois meses na Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) do HC de Botucatu. Optei por este campo pelo fato de ser um local diferente dos quais eu já tinha tido contato, além de oferecer a oportunidade de elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento.⁷

De acordo com a Portaria 2.616 / 98 do Ministério da Saúde, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção hospitalar e, portanto, são encarregados da execução programada de controle de infecção hospitalar, sendo que um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro⁷.

Durante o estágio supervisionado junto a Comissão de Controle de Infecção, minha atuação foi realizar as atribuições do enfermeiro no serviço de controle de infecção sob supervisão. E ainda, durante a primeira semana do estágio, houve uma longa discussão sobre a necessidade de reformulação das medidas de controle de

infecção das bactérias multidroga-resistentes. Desta forma foram instituídas inspeções periódicas de precaução de contato no serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde do Hospital das Clínicas de Botucatu.

Tais inspeções foram realizadas para diagnosticar a realidade cotidiana dos problemas encontrados pelos profissionais no cumprimento das normas recomendadas pela CCIRAS para precaução de contato. As inspeções das precauções de contato foram realizadas por mim inicialmente, pois os profissionais desconheciam a minha participação na Comissão de Controle de Infecção, desta forma, não mascararam as atividades habituais que poderiam ser mudadas com a presença de um membro da CCIRAS no setor.

3.2 Inspeção de Precaução de Contato

As inspeções foram iniciadas em junho de 2010, e foram realizadas por mim até agosto de 2010. Para desempenhar este trabalho, as unidades de internação do Hospital das Clínicas de Botucatu foram agrupadas em cinco partes, de acordo com a localização no hospital, de modo a facilitar as visitas. Tal agrupamento foi feito a fim de estabelecer o cumprimento e a periodicidade das Inspeções de Precaução de Contato em todos os setores do hospital, desta forma as unidades eram igualmente visitadas.

Então, confeccionou-se uma tabela na qual continha todas as unidades de internação separadas por grupos, os quais foram nomeados de *um* a *cinco*. Como havia a intenção das inspeções não serem realizadas em dias pré agendados, a visita às unidades acontecia de forma aleatória, de modo que o dia da semana não foi relacionado com o

número do grupo. Desta forma, pude observar a real utilização das medidas de precaução de contato.

O número de inspeções por semana não era pré-determinado, porém era verificado se todos os grupos já haviam sido inspecionados antes de repeti-los. As inspeções e notificações também eram realizadas nas situações de violação das medidas recomendadas, quando estas eram flagradas por profissionais da CCIRAS, mesmo que estivéssemos na unidade por outra razão.

Foi proposto um impresso que foi utilizado para a realização das inspeções (anexo 1). O impresso era aplicado para todos os pacientes em precaução de contato internados na unidade visitada e era completado com a visualização dos equipamentos e após a entrada de qualquer pessoa no quarto do paciente.

Caso alguma irregularidade fosse encontrada, o profissional que contraveio às normas de precaução de contato e o enfermeiro responsável pela unidade ou enfermeiro chefe de área, eram notificados e orientados quanto às práticas corretas de isolamento. Se a inspeção fosse realizada e nenhuma irregularidade fosse encontrada o enfermeiro responsável também era comunicado como forma de incentivo e reconhecimento ao respeito às normas de precaução de contato.

As inspeções tinham caráter educativo e de conscientização, e por este motivo, não foram adotadas medidas punitivas para os profissionais como advertências, suspensões ou denuncia de infração ética. Com a finalidade de oferecer ciência aos profissionais, foram recebidas as assinaturas dos profissionais responsáveis pela

violação e do enfermeiro responsável pela unidade ou chefe de área. Quando o acompanhante infringia as normas de isolamento por contato, o enfermeiro era notificado e o acompanhante era orientado quanto à correta utilização de EPIs na prevenção de disseminação de microorganismos.

Após diagnosticar: as principais dificuldades encontradas pelos profissionais, os motivos da insuficiente utilização das medidas de isolamento e os erros mais comumente cometidos, as inspeções passaram a ser realizadas simultaneamente por outros membros da CCIRAS.

3.3 Dificuldades Encontradas

Enquanto aluna de graduação, no caso de irregularidades encontradas, o processo tornou-se mais complicado, pois o fato de uma estagiária orientar e notificar profissionais com anos de experiência e tempo de atuação na área causou certo desconforto para alguns profissionais notificados. Por isso, em todas as inspeções realizadas, busquei orientar da forma que causasse menos constrangimento possível para o profissional responsável pela violação e para o enfermeiro responsável pela unidade.

Na maioria dos casos que houve desacordo com as corretas práticas de isolamento, os profissionais aceitaram as orientações e entenderam o motivo pelo qual a notificação estava sendo realizada. Porém, também encontrei problemas com profissionais que se negaram a assinar a notificação e profissionais que não concordaram com a realização da notificação.

Observei durante as inspeções que os profissionais buscavam motivos e justificativas pelas quais estavam violando o isolamento de contato, embora alguns deles tenham mencionado conhecimento de quais medidas de controle de infecção deveriam ter sido utilizadas. Em tais situações ficou evidenciada a distância que existia entre o conhecimento e a correta atuação das medidas de controle de infecção.

Ainda, alguns profissionais referiram não sentir medo de adquirir o microorganismo responsável pelo isolamento de contato, desconsiderando, desta forma, a possibilidade de prevenção de transmissão aos demais pacientes internados, e a si próprio, como medida de prevenção ao cuidador.

Pude comparar minhas visitas nas unidades enquanto eu não era identificada como membro da CCIRAS, com as inspeções realizadas após ser reconhecida como tal, e nesta última circunstância, percebi maior valorização dos profissionais quanto às recomendações de precaução de contato. Resultado que demonstra a importância da CCIRAS atuar no dia-a-dia das unidades de internação.

3.4 Facilidades Encontradas

O momento em que as orientações eram feitas aos profissionais responsáveis pelo rompimento das normas de isolamento, também foi utilizado como ocasião para discussão de dúvidas, dificuldades reais para o correto cumprimento das normas e momento no qual foi narrado o cotidiano da equipe cuidadora dos pacientes em precauções de contato.

Foi possível debater sobre questões até então não discutidas como material utilizado para fisioterapia, falta de material individual, banheiro coletivo, limpeza dos quartos de isolamento, paramentação dos acompanhantes, materiais utilizados na manutenção, brinquedos, etc.

Com as inspeções de precaução de contato além dos membros da Comissão de Controle de Infecção, os demais profissionais também ficaram mais atentos às necessidades dos isolamentos. Prática que ficou evidenciada com maior solicitação da presença dos membros CCIRAS pelas unidades nas práticas diárias, aumento do diálogo entre a equipe multiprofissional e membros da Comissão de Controle de Infecção.

3.5 Intervenções Realizadas

Durante as primeiras inspeções observou-se falta de materiais, principalmente avental descartável. Para tal problema foi aumentada a cota de aventais em todas unidades de internação, desta forma, o motivo de rompimento das regras de isolamento passou não ser devido a falta de materiais.

Alguns profissionais demonstravam dificuldade na compreensão de conceitos básicos de transmissão, contaminação e colonização de microorganismos. Este desconhecimento poderia ser a causa do aumento das violações, pois muitos profissionais acreditavam que os microorganismos responsáveis pelo isolamento de contato estavam somente no paciente, excluindo pertences individuais, cama, equipo,

bomba de infusão, respirador, e etc de transmitir o germe por contato indireto. Para tal achado foram realizadas palestras, com intenção de complementar as ações já realizadas, em dias e horários variados ministradas pelos profissionais da CCIRAS, com finalidade de definir os principais conceitos e solucionar as principais dúvidas dos profissionais. Houve intensa participação dos profissionais nas palestras e a ocasião também foi utilizada como local para debate e reflexão das dificuldades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha participação nas atividades de Inspeção foi importante para verificar as reais práticas cotidianas dos enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas e demais profissionais envolvidos no cuidado.

Com as Inspeções de Precaução de Contato pude verificar o quanto é importante a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde ser atuante e presente no dia-a-dia das unidades. Pois através de medidas simples, como as inspeções, foi possível melhorar significativamente a adesão dos profissionais às normas de isolamento de precaução de contato.

A inspeção demonstrou ser um instrumento muito valioso. Com ela foi possível verificar os principais problemas no cumprimento das corretas práticas de isolamentos e as dificuldades encontradas pelos profissionais. E a partir destes dados foi possível realizar intervenções pertinentes para aperfeiçoar o trabalho da equipe cuidadora de pacientes isolados por contato.

Foi possível estabelecer um estreito canal de relacionamento e comunicação com todos os membros da equipe multiprofissional, os quais auxiliaram a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde na resolução de problemas enfrentados no cotidiano.

As inspeções ainda são realizadas, agora somente pelos membros da CCIRAS, como rotina no serviço de controle de infecção. Visto que o instrumento melhorou significativamente a adesão às práticas de isolamento de contato, os membros da

Comissão de Controle de Infecção regulamentaram as inspeções e pretendem utilizá-la como método permanente de busca ativa.

5 REFERÊNCIAS

1 - Moura MEB, Tapety FI, Carvalho CMRS, Oliveira JNP, Matos FTC, Moura LKB. Representações sociais das infecções hospitalares elaboradas pelos profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. 2008 Ago; 61(4): 418-22.

2 - Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery. 2009 Jun; 13(2): 271-8.

3 - 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 Mar; 44(1): 161-5.

4 - Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Rev Bras Enferm. 2005 Dez; 58(6): 723-6.

5 - Lopes ACS, Oliveira AC, Silva JT, Paiva MHRS. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 Jun; 24(6): 1387-96.

6 - Fontana RT, Lautert L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. Rev Bras Enferm. 2006 Jun; 59(3): 257-1.

7 - Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998 [Internet] [acesso em 2010 Out 04]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 maio 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm

- 8 – Ferreira CN, Souza SROS, Gonçalves MTC, Silva LD. Atuação da equipe multiprofissional com pacientes em precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Enferm UERJ. 2006 Mar; 14(1): 43-7.
- 9 - Aguiar DF, Lima ABG, Santos RB. Uso das precauções-padrão na assistência de enfermagem: um estudo retrospectivo. Esc Anna Nery. 2008 Set; 12(3): 571-6.
- 10 - Melo DS, Souza ACS, Tipple AFV, Neves ZCP, Pereira MS. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia - GO. Rev Latino-am Enferm. 2006 Out; 14(5): 720-7.
- 11 – Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. Rev Saúde Pública. 2009; 43(6): 907-16.
- 12 - Lopes MHBM, Moromizato SS, Veiga JFFS. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. Rev Latino-am Enferm. 1999 Out; 7(4): 83-8.
- 13 - Advisory Committee [Internet]. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. 2007. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>
- 14 - Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR Oct 25, 2002; 51(RR16): 1-44.

INSPEÇÃO DE PRECAUÇÃO DE CONTATO

Data: ____/____/____ Setor: _____

Paciente: _____ RG: _____

INDICAÇÃO: () Correta () Incorreta

MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

() MRSA () VRE () Acinetobacter () Pseudomonas () Clostridium
() Klebsiella ESBL () E coli ESBL () Serratia sp () Cândida sp () Quarentena
() Contactante de MDR: _____ () Outras indicações: _____

IDENTIFICAÇÃO DA PRECAUÇÃO: () Sim () Não

DISPOSITIVOS INDIVIDUAIS (Disponibilidade na área de PC)

Luvas de Procedimento: () Sim () Não

Avental: () Sim () Não Estetoscópio: () Sim () Não

Esfigmo: () Sim () Não Termômetro: () Sim () Não

DISPOSITIVOS INDIVIDUAIS (Utilização pela equipe e/ou acompanhantes)

() Luvas de Procedimento: () Sim () Não

() Avental: () Sim () Não

DISPOSIÇÃO NA UNIDADE

() Quarto Privativo

() Coorte com o mesmo microrganismo multirresistente: () Certo () Errado

() Não se aplica

() Clorohexedina

Observação: _____

Conduta: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA QUEBRA DO ISOLAMENTO

() Médico () Enfermeiro () Aux./ Técnico Enf () Outros: _____

Responsável pela Inspeção
CCIRAS_____
Enfermeiro Responsável
pelo Setor_____
Profissional Notificada