UNIFORMIZAR PRÁTICAS PARA PREVENIR INFEÇÃO

Saúde Uma intervenção estruturada para controlo e prevenção de infeção pode contribuir para evitar doenças, reduzir custos e aumentar a eficiência clínica das unidades de cuidados continuados

TEXTO **ANA CARGALEIRO DE FREITAS** ILUSTRAÇÕES **PAULO BUCHINHO**

Mais de 40 mil pessoas podem morrer em Portugal na sequência de infeções por bactérias resistentes a antibióticos, até 2050, segundo um estudo divulgado pela OCDE no ano passado. Uma das causas deste problema de saúde pública é o consumo inadequado de antibióticos que, nalguns países, pode ascender a 50% dos casos, aponta a Organização Mundial da Saúde. Atenta a este problema, a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) dispõe, desde 2008, de um serviço especializado de consultadoria e formação que presta apoio técnico às Misericórdias, com atividade na área da saúde, sete dias por semana, 24 horas por dia (cci.gms@ump.pt).

Vocacionada para as instituições com unidades de cuidados continuados (UCC), a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da UMP apoia o desenvolvimento de programas locais de prevenção e controlo de infeção, através do esclarecimento de normas e legislação atualizada e da divulgação de boas práticas. Para o efeito, disponibiliza (através da área reservada do site da UMP) um manual com recomendações para quem está no terreno. O objetivo de todo este trabalho é proteger doentes, familiares e profissionais.

As mais-valias de uma intervenção estruturada nesta área são resumidas por Manuel Caldas de Almeida, vogal da UMP responsável pela área do envelhecimento (ver entrevista na página 18), em dois pontos fulcrais: "prevenção de doenças, sofrimento e morte", do lado dos beneficiários, redução de custos e aumento da eficiência clínica, do lado dos prestadores de cuidados.

PARA GRANDE PARTE DAS UCC, A MAIOR DIFICULDADE DECORRE DO DESFASAMENTO ENTRE AS NORMAS E A CAPACIDADE FÍSICA E HUMANA DAS UNIDADES

A UMP TEM VINDO A DEFENDER A CRIAÇÃO DE UM GRUPO DE TRABALHO QUE REPENSE A ADEQUAÇÃO DO PPCIRA À REALIDADE DOS CUIDADOS CONTINUADOS

No manual de boas práticas da UMP incluem-se as precauções básicas de controlo de infeção (ver ao lado os dez mandamentos da prevenção) consideradas "fulcrais" pela enfermeira responsável pelo apoio prestado às Misericórdias. Segundo Paula Nobre, "estas medidas são fundamentais e são para todos. Não vale a pena ter doentes em isolamento se depois as pessoas não lavam as mãos e não descontaminam material de uso partilhado", explica.

Se algumas medidas são de fácil concretização, outras, pelo contrário, implicam maior investimento (isolamento, por exemplo), mas para grande parte das UCC, a maior dificuldade decorre do desfasamento entre as normas e a capacidade (física e humana) das unidades. "Nós precisamos de evitar um problema grave com o mínimo de custos possíveis e não de estar preocupados com normas impossíveis de aplicar", critica Caldas de Almeida, em entrevista ao VM (ver página 18).

A nível nacional, a estratégia é coordenada pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), da Direção Geral de Saúde, que se ramifica em grupos regionais e locais (nomeados pelas entidades prestadoras de cuidados de saúde).

Criado em 2007, o PPCIRA está ainda "muito focado nos hospitais de agudos", o que, segundo a enfermeira Paula Nobre, dificulta a operacionalização nas UCC. "As normas têm que procurar dar resposta às necessidades e particularidades dos cuidados continuados para que as unidades tenham capacidade de recursos humanos, logísticos e financeiros para conseguirem cumprir as normas".

O controlo de infeção não é um problema exclusivo das unidades de saúde e hospitais e deve ser avaliado de forma integrada, nos diferentes níveis de cuidados. O vogal do Secretariado Nacional da UMP, Caldas de Almeida, tem alertado para a questão, em vários fóruns de debate com as Misericórdias, frisando que neste momento o "risco de infeção é semelhante nos lares de idosos" porque se trata de um público fragilizado e com "perdas de imunidade".

Sem criar "alarmismo", os membros do grupo de coordenação central do PPCIRA da UMP pretendem sensibilizar as Misericórdias para a importância de um trabalho coordenado nesta área e consensualizar estratégias de implementação de um plano de ação global de prevenção e controlo de infeção e de resistências aos antimicrobianos. Em suma, ajustar o conhecimento científico e normas em vigor à realidade e capacidade de implementação das unidades das Misericórdias, uniformizando e otimizando os recursos, muitas vezes escassos, das instituições.

Recorde-se que a Comissão de Controlo de Infeção da União das Misericórdias Portuguesas é constituída por Manuel Caldas de Almeida (presidente), Catarina Cerqueira (coordenadora) e Paula Nobre (enfermeira) que está disponível de forma permanente (sete dias por semana, 24 horas por dia) para as Misericórdias, via telefone (925 770 440) ou email (cci.gms@ump.pt).

Curar a infeção e controlar a colonização

A distinção entre colonização e infeção é fundamental para adequar a intervenção clínica. O uso inadequado de antibióticos em colonizações não contribui para melhoria da situação clínica do utente e aumenta a resistência dos microrganismos. Fatores como alteração do estado geral sem causa aparente, como prostração ou agitação, podem indiciar a presença de infeção. No caso da colonização é importante conter o risco de transmissão cruzada e, nesse sentido, devem ser criados circuitos e procedimentos de segurança.

Eixo prioritário de ação em saúde

A manter a tendência atual, as bactérias multirresistentes serão, em 2050, a principal causa de morte no mundo, ultrapassando as doenças oncológicas. Por isso, desde 2013 que a Direção Geral de Saúde considera o controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos um eixo prioritário da sua ação. Neste contexto, todas as unidades de cuidados continuados devem ter um responsável por esta área e para apoiar esses profissionais a UMP dispõe de um serviço especializado que funciona sete dias por semana, 24 horas por dia para apoio e consultoria.

DEZ MANDAMENTOS DA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

As precauções básicas devem ser implementadas em todas as situações de prestação de cuidados, como padrões de referência. Não significam um aumento de trabalho, mas sim uma sistematização dos cuidados, como garante da qualidade e segurança dos mesmos.

1 Higiene das mãos

Os cinco momentos de higienização das mãos são determinantes para garantir que não haja transmissão cruzada. Por isso, os profissionais devem higienizar as mãos antes do contacto com o utente e dos procedimentos asséticos, depois do risco de exposição a fluidos orgânicos, após o contacto com o utente e, por fim, após o contacto com o seu ambiente.

2 Colocação dos utentes

No momento da admissão, a equipa técnica deve avaliar o risco de transmissão de agentes infeciosos para tomada de decisão sobre a colocação do utente e as medidas necessárias, como a definição de circuitos que promovam a segurança de todos e os bons cuidados ao utente colonizado/infetado. O isolamento não significa necessariamente uma separação física da pessoa, mas sim a adoção de medidas que permitam cortar a via de transmissão.

3
Etiqueta respiratória

Etiqueta respiratória é um conjunto de medidas para minimizar a transmissão de agentes infeciosos por via aérea ou gotículas. As principais são usar lenços descartáveis, eliminando-os após o uso, e lavar as mãos após contacto com secreções respiratórias e, quando tossir ou espirrar, cobrir a boca e o nariz com o antebraço, não com a mão.

4
Utilização de equipamento de proteção individual

Luvas, batas, aventais, máscaras, óculos e máscaras com viseira visam proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde e devem ser utilizados de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar.

5
Manuseamento e processamento do material clínico

O equipamento clínico utilizado nos doentes pode ficar contaminado com agentes infeciosos e, de forma indireta, contribuir para a transmissão cruzada. As recomendações do fabricante devem ser consultadas, tanto na utilização como nos métodos de descontaminação.

6
Controlo do ambiente

A limpeza dos espaços deve ser definida em função das áreas e utilizações. Recomenda-se que todos os profissionais envolvidos nas atividades de higiene sejam incluídos em programas de formação e treino relacionados com a prevenção e controlo de infeção.

7
Manuseamento seguro de roupa

Entre outras medidas, recomenda-se que a roupa seja separada em função do tipo de lavagem e não do grau de contaminação. Durante a recolha, o manuseamento deve ser cuidadoso para evitar contaminação do ambiente e do próprio fardamento. Os sacos devem ser encerrados a 2/3 da sua capacidade.

8
Manuseamento e recolha segura de resíduos

Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser, junto ao local de produção, imediatamente separados. À semelhança do transporte de têxteis e por questões de segurança, os sacos de recolha de resíduos não devem ser cheios até mais de 2/3.

9
Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

O uso de técnica assética é fundamental para evitar a contaminação do material estéril utilizado. Recomenda-se a utilização de medicação de dose única e, quando são múltiplas doses, todos os equipamentos utilizados têm de ser estéreis e de uso exclusivo para o utente.

10
Saúde e segurança dos profissionais

O risco de exposição a agentes microbianos é um dos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos. Por isso, organismos nacionais e internacionais recomendam a adesão a programas de prevenção dos acidentes de exposição ao sangue e a vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação da Direcção-Geral de Saúde.

Nota de edição: para conhecimento aprofundado das 10 precauções básicas para prevenção e controlo de infeção, aconselhamos a consulta do manual de boas práticas elaborado pelos membros do Núcleo Central da Comissão de Controlo de Infeção da UMP. O documento está disponível na área reservada do site da UMP.

Monitorizar antibióticos e adequar a intervenção

É fundamental a monitorização da utilização dos antibióticos para conhecer a realidade e adequar a intervenção. Todos os organismos de saúde, nacionais e internacionais, recomendam a utilização de uma checklist para apoiar a tomada de decisão sobre este tipo de fármaco. Nas unidades de cuidados continuados acompanhadas pelos farmacêuticos da UMP, a utilização de antibióticos está a ser monitorizada através de uma ficha de preenchimento obrigatório pelos médicos.

Cuidar bem através de circuitos de segurança

Segundo Paula Nobre, da Comissão de Controlo de Infeção da UMP, entre as principais preocupações das Misericórdias está a implementação de medidas de isolamento nas unidades de cuidados continuados. Por isolamento, explica, deve-se entender a criação de circuitos de segurança porque nem sempre é necessário que haja confinamento do doente num determinado espaço. Além disso, o isolamento pode ser bastante penalizador para quem está doente e condicionar o objetivo do internamento.

População idosa é mais sensível às infeções

Os utentes em cuidados continuados ou ERPI são mais sensíveis aos microrganismos resistentes aos antibióticos porque têm o sistema imunitário deprimido. Por isso, recomenda Paula Nobre, devem ser implementadas as precauções básicas de controlo de infeção em todas as unidades que recebam população idosa e frágil. Pelo mesmo motivo, as unidades não podem receber pessoas com infeção que necessite de tratamento hospitalar.

Infeções devem ser tratadas no hospital

Os utentes de cuidados continuados têm uma grande probabilidade de estarem colonizados. Por isso, explica a enfermeira Paula Nobre, é importante conhecer quais os microrganismos de colonização de modo a proceder de forma adequada junto do doente colonizado e restantes utentes das unidades. Nos casos de infeção, os sintomas podem ser facilmente identificáveis e podem ser confirmados através de uma avaliação clínica e laboratorial e o tratamento pode ter que ser realizado em hospital.

Manuel Caldas de Almeida

Vogal do Secretariado Nacional da UMP

Nos utentes idosos a infeção representa risco grave de morte

TEXTO **ANA CARGALEIRO DE FREITAS**

Como podemos sensibilizar as Misericórdias para a importância de um trabalho estruturado para controlo de infeção?
Quando estamos a falar de prevenção e controlo de infeção, é preciso perceber que Portugal tem um problema grave de infeção hospitalar. Esse problema deriva da má utilização de antibióticos e da resistência natural das bactérias, o que quer dizer que hoje em dia há um risco claro de apanhar uma infeção por bactérias resistentes aos antibióticos nos hospitais. Como as Misericórdias recebem doentes dos hospitais, quer a nível dos cuidados continuados, quer a nível dos lares, e além disso recebem pessoas da comunidade que também podem ter infeções, há um risco grande de ter pessoas infetadas nas suas estruturas e, por isso, têm de saber como evitar a disseminação da infeção. Foi por isso que a UMP achou que era importante criar um serviço que prestasse apoio, formação e consultadoria às Misericórdias.

Quais são os principais benefícios desta atuação?
Os benefícios são ao nível da redução de custos. O serviço da UMP pode dar um aconselhamento para o que é, de facto, eficiente no controlo de infeção. Muitas vezes as Misericórdias, sem este aconselhamento e por precaução, acabam por tomar medidas desnecessárias e caras, como o isolamento ou a prescrição de antibiótico. Através da prevenção e do controlo de infeção é possível evitar despesas. Além de que, como é evidente, estamos a prevenir doenças, sofrimento e morte. É preciso perceber que nos nossos utentes idosos a infeção representa um risco grave de doença e por vezes até de morte.

Embora as estimativas de mortes por infeção na Europa, em 2050, sejam assustadoras, nota que ainda há um grande desconhecimento nesta área, mesmo entre os profissionais de saúde?
Há um grande desconhecimento e é perigoso. O que aconteceu foi que as necessidades das doenças cresceram muito mais depressa do que a perceção que as pessoas têm disso. A expansão do conhecimento é mais lenta do que a realidade. Em relação às Misericórdias, existe uma variável geográfica que, de facto, condicionou o conhecimento nesta área. A seguir ao 25 de Abril, quando os hospitais foram nacionalizados, as Misericórdias do Sul deixaram de prestar cuidados de saúde e as do Norte desenvolveram atividade privada de saúde, mantiveram pessoal treinado. Muitas Misericórdias do Sul só voltaram a ter pessoal na área da saúde quando começaram os cuidados continuados.

Considera que ainda há um desfasamento entre a teoria, legislação em vigor e a realidade das unidades de cuidados continuados?
Há um desfasamento claro, por um lado, porque as nossas entidades oficiais têm uma grande facilidade em emitir diretivas e normas, sem se preocupar com a capacidade das unidades poderem dar resposta a essas normas. Isto causa obviamente enormes gastos financeiros e pouca eficácia porque nós precisamos de conseguir evitar um problema muito grave com o mínimo de custos e não estarmos preocupados com diretivas que são impossíveis de aplicar.

Qual pode ser o papel das Misericórdias no controlo de infeção na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?
O papel é exatamente aquilo que temos estado a fazer. Temos uma coordenação competente, um manual atualizado com informação prática e também um profissional capacitado para, numa emergência, dar resposta às necessidades das Misericórdias.

> ***O risco nos lares, nas unidades de cuidados continuados e nos hospitais, neste momento, é quase igual***

Tem destacado que o controlo de infeção não é um problema exclusivo das unidades de saúde e hospitais. De que forma os lares de idosos e outras respostas sociais podem preparar-se para este desafio?
Em primeiro lugar, é preciso perceber que o problema da infeção é tanto mais grave quanto maior for a quantidade de pessoas juntas e em pessoas com imunodepressão. Há muitas doenças infeciosas que, se forem para casa, não são um problema porque lá as pessoas têm imunidade. Se pegar numa pessoa com uma destas infeções e a mandar para casa ela vai encontrar pessoas com resistência à infeção. Se a mandarmos para um lar de idosos ou para um hospital, onde estão mais 50 pessoas que além de próximas têm perdas de imunidade, há um risco muito maior de infeção. Eu diria que o risco nos lares, nas unidades de cuidados continuados e nos hospitais, neste momento, é quase igual. A diferença é que nos hospitais usamos técnicas e métodos mais invasivos, que abrem caminho à infeção. Para já, o Estado tem de perceber que os lares são obrigados, pelas necessidades das pessoas, a prestar alguns cuidados de saúde, mas uma infeção grave hospitalar tem de ser referenciada para um hospital. Os lares não têm competência para resolver. Devemos salientar que em casos de infeção grave os doentes não devem ficar em lares e também que, ao virem dos hospitais para os nossos lares, não podem estar com infeção ativa.

A criação de sinergias entre instituições e diferentes níveis de cuidados vai permitir dar resposta a este problema?
Há uma diretiva da Direção Geral de Saúde que diz que não se deve referenciar pessoas infetadas de umas unidades para as outras, para evitar a difusão da infeção. Isto é básico e fundamental e é uma guerra que temos vindo a vencer lentamente. Caso haja dúvidas, não podemos receber pessoas com infeção hospitalar nas nossas unidades. Além disso, internamente temos de começar pelas respostas mais simples que são os cuidados básicos. Para evitar grande parte das infeções, basta que haja cuidado com higienização das mãos, cuidados com a higiene básica de contacto com as outras pessoas e que sejam criados circuitos de segurança para os utentes infetados. VM

(*Ver na página 16 e 17 os 10 mandamentos para prevenção e controlo de infeção*)