

## AS PRÁTICAS DE PRECAUÇÕES/ISOLAMENTO A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS \*

*THE PRACTICAL OF PRECAUTION/ISOLATION FROM THE MEDICAL DIAGNOSIS IN INFECTIOUS DISEASE UNIT\**

*LAS PRÁCTICA DE PRECAUCIONES/AISLAMIENTO A CONTAR DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS EN UNA UNIDAD DE MOLESTIAS INFECCIOSAS\**

Rosely Moralez de Figueiredo<sup>1</sup>, Cristiane Leite<sup>2</sup>

**RESUMO:** Objetivando analisar a utilização de uma unidade de internação para doenças infecciosas em um hospital geral de médio porte, foram avaliados 95 prontuários sendo 72,6% dos pacientes do sexo masculino, a média de idade de 41 anos e a média de internação de 15,7 dias. A taxa de óbito foi de 12,6%. Os principais diagnósticos médicos foram AIDS em 52,4% dos pacientes e tuberculose em 6,3% dos pacientes. A especialidade infectologia internou 35,8% dos pacientes. Quanto às precauções para transmissão 14,7% necessitaram de precauções aérea, 8,5% de contato, 1,1% gotículas e os demais 75,7% precauções padrão. Evidencia-se grande diversidade de critérios para internação na unidade e não apenas o caráter infeccioso da doença, além da manutenção de registros do termo genérico "isolamento". Sugere-se a uniformização da prática adotada, programas de educação em serviço que visem à apropriação e aplicação do conhecimento técnico, sobre as precauções, por toda equipe de saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** Isolamento de pacientes; Precauções universais; Controle de doenças transmissíveis; Segurança; Enfermagem.

**ABSTRACT:** With the aim of analyzing the use of an infectious disease unit in a medium size general hospital, 95 patients records were examined; 72,6% of the patients were male; the average age was 41 and the average permanence in hospital was 15, 7 days. The death rate was 12,6%. The main medical diagnosis were AIDS in 52,4% and tuberculosis in 6,3% of patients. The speciality infectology was responsible for 35,8% of confinements. Regarding precautions for transmission 14,7% needed air precautions, 8,5% contact precautions, 1,1% droplets and the other 75,7% only standard precautions. A variety of criteria for confinement, not only the infectious nature of the disease, stands out in the unit; the generic term "isolation" is maintained in the records. Unification of the practical employed, education programs in service that aim at appropriation and the use of technical knowledge about precautions by the whole health team are advised.

**KEY WORDS:** Patient isolation; Universal precautions; Communicable disease control; Safety; Nursing.

**RESUMEN:** Con el objetivo de analizar la utilización de una unidad de internación para enfermedades infecciosas en un hospital general de porte medio, fueron evaluadas 95 historias clínicas: 72,6% de pacientes de sexo masculino, la edad promedio 41 años y el promedio de internación de 15,7 días. La tasa de óbito fue de 12,6%. Los principales diagnósticos médicos fueron Sida en 52,4% y tuberculosis en 6,3% de los pacientes. La especialidad infectología internó 35,8% de los pacientes. Con relación a las precauciones para transmisión 14,7% precisaron precaución aérea, 8,5% de contacto, 1,1% gotículas y los demás 75,7% solamente precaución padrón. Se nota gran diversidad de criterios para internación en la unidad y no solamente el carácter infeccioso de la enfermedad, además de mantenerse en los registros el término genérico "aislamiento". Sugerimos la unificación de la práctica utilizada, programas de educación en servicio que aspiren a la apropiación, y aplicación del conocimiento técnico sobre las precauciones por todo el equipo de salud.

**PALABRAS CLAVE:** Aislamiento de pacientes; Precauciones universales; Control de enfermedades transmisibles; Seguridad; Enfermería.

\* Trabalho desenvolvido no PUIC (Programa Unificado de Iniciação Científica) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos/SP

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSCar. Rodovia Washington Luís, Km 235, São Carlos – SP: 13565-905. Fone/FAX: (16) 3351-8334. E-mail: [rosely@power.ufscar.br](mailto:rosely@power.ufscar.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSCar (Universidade Federal de São Carlos). São Carlos/SP.

## INTRODUÇÃO

Com o avanço das terapêuticas medicamentosas, em especial dos antibióticos e posteriormente com os programas de imunização, as doenças infecciosas em nosso país, foram até certo ponto controladas, reduzindo-se assim a demanda de hospitalização para tais casos. Entretanto, surgem variáveis tais como novos agentes etiológicos, como os vírus do HIV, o hantavírus, o coronavírus, entre outros; a sazonalidade de certas doenças como a dengue; o acúmulo de susceptíveis por baixa cobertura ou falha vacinal, como o sarampo; o ressurgimento da tuberculose e a ascensão dos microrganismos multirresistentes (RESENDE, 1996; FORTALEZA, 2004).

Atualmente, pode-se concluir que o desenvolvimento tecnológico, a disponibilidade de vacinas e de potentes antimicrobianos não foi suficiente para evitar o aparecimento de epidemias. As interações entre os seres humanos e o ambiente que os cerca são complexas e estão em constantes mudanças, determinando novas possibilidades para aquisição e transmissão de agentes infecciosos. Embora grandes epidemias sejam predominantemente comunitárias, um significativo número de indivíduos acometidos busca atendimento em serviços de saúde e uma parcela desta acaba sendo internada em hospitais gerais (FORTALEZA, 2004).

Outro problema enfrentado pelas instituições de saúde é o acometimento de seus trabalhadores por infecções e doenças transmissíveis decorrentes de sua atividade profissional (FIGUEIREDO et al, 2000; NISHIDE & BENATTI, 2004).

Várias diretrizes foram estabelecidas na tentativa de minimizar estes riscos ocupacionais como a reorganização do modelo de isolamento/precauções, imunização, desenvolvimento de equipamentos e materiais com maior segurança, entre outros (CARDO & BELL, 1997; GARNER, 1996). "Entretanto a adesão às ações de biossegurança constitui o maior desafio desde as primeiras formulações de medidas de proteção, inicialmente referidas como isolamento" (NICHATA et al, 2004, p. 62), pois, os profissionais de saúde possuem baixa percepção do risco apresentado (FLORÊNCIO et al, 2003).

Essas medidas visam evitar a disseminação dos agentes etiológicos nas instituições de saúde e baseiam-se na utilização de barreiras mecânicas, químicas e ambientais (NICHATA et al, 2004). Essas barreiras devem ser estabelecidas para o agente causal da doença, de acordo com sua via de transmissão, e não imposta para segregar o paciente.

Mudanças na concepção de isolamento, associadas às medidas de controle como vacinação e o tratamento ambulatorial de muitas doenças infecciosas, geraram alterações inclusive na planta

física dos hospitais e até a desativação de hospitais específicos para doenças infecciosas (NOGUEIRA et al, 2004). Em um trabalho nacional (MORYA et al, 1995) os autores citam que no Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1995), não recomenda mais a construção de unidades específicas de isolamento, orientando a previsão de um quarto destinado a portadores de doenças transmissíveis para cada 40 leitos, em todas as enfermarias.

Atualmente o modelo de precaução/isolamento mais utilizado é o proposto por GARNER (1996), que classifica as precauções, em precauções padrão e baseadas na transmissão, sendo as últimas divididas em: precaução de contato, precaução aérea e precaução por gotículas.

Sucintamente, pode-se considerar que as precauções padrão aplicam-se a todas as situações quando houver a possibilidade de exposição a fluídos corporais, secreções, excreções, pele não intacta e mucosas. A precaução de contato preconiza como cuidados básicos a higienização das mãos e a troca de luvas entre o atendimento de um paciente e outro, além de cuidados com objetos e equipamentos. A precaução aérea, por sua vez, é indicada para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos veiculados pelo ar (partículas <5µm) que permanecem por longos períodos em suspensão e atingem grandes distâncias. A precaução por gotícula é indicada na redução do risco de transmissão de agentes infecciosos veiculados pelo ar, mas dessa vez partículas >5µm que podem atingir distâncias de até 1 m da fonte de infecção (GARNER, 1996; TRESOLDI et al, 2000).

Com esta mudança no conceito de precaução/isolamento, para o cuidado de todo e qualquer paciente internado no hospital, deveriam ser adotadas as precauções padrão e nos casos necessários, acrescentadas a estas, as precauções baseadas na transmissão, o que poderia ocorrer em qualquer unidade ou leito do hospital. Entretanto sabe-se que muitos hospitais conservam plantas físicas que foram projetadas nos moldes antigos e mantém áreas específicas para internação de pacientes com doenças infecciosas.

Com o objetivo de analisar como ocorrem as práticas de precauções/isolamento a partir do diagnóstico de internação, em uma unidade específica para doenças transmissíveis, é que se propõe esse trabalho. Acredita-se que estes achados possam contribuir para uma reflexão e revisão das práticas de isolamento adotadas em diferentes instituições hospitalares.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo e descritivo onde foram analisados os prontuários dos pacientes internados no período de julho de 2003 a março de 2004, na unidade de moléstias infecciosas (MI) de

um hospital de médio porte, no interior do Estado de São Paulo. A consulta aos prontuários foi autorizada pela instituição, após avaliação ética do projeto e todos os cuidados referentes ao anonimato e sigilo dos pacientes e profissionais foram garantidos.

A unidade, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), é composta por duas áreas distintas, com quatro leitos individuais cada, dotados de banheiro e ante-sala, posto de enfermagem e corredor de circulação. Estas unidades são destinadas prioritariamente à internação de pacientes com doenças infecciosas, mas podendo na ausência destes e de acordo com a necessidade do serviço receber pacientes com outros diagnósticos.

Nos prontuários foram coletados dados referentes à hipótese diagnóstica de internação, especialidade do médico responsável pelo paciente, sexo e idade do paciente, período da internação e a indicação de "isolamento" ou "precaução" no encaminhamento médico de internação. Posteriormente com base na hipótese diagnóstica da internação foi classificado o tipo de precaução necessária. Os dados foram armazenados em banco de dados em EPINFO.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período foram analisadas 95 internações sendo 72,6% dos pacientes do sexo masculino e a média de idade de 41 anos. A taxa de óbito durante esse período foi de 12,6% e a média de internação de 15,7 dias.

A especialidade médica responsável pelo maior número de internações foi a infectologia com 35,8% do total, seguida pela clínica médica e pneumologia com 7,4% cada.

Com relação aos diagnósticos de internação 52,4% dos pacientes apresentavam HIV/aids e 6,3% tuberculose; os outros 41,3% foram distribuídos em inúmeras e nas mais variadas patologias, como grandes queimaduras, úlceras venosas e arteriais, hepatopatias, insuficiência renal em diálise peritoneal, câncer, varicela, pneumonia, escabiose, meningite, entre outros.

Com base nos diagnósticos de internação podem-se classificar as necessidades de precauções sendo: 1,1% gotícula, 8,5% contato, 14,7% aérea e 75,7% precaução padrão. Cabe lembrar que esta classificação foi realizada pelas pesquisadoras considerando-se o diagnóstico médico do paciente e não o registro no prontuário do mesmo.

Observa-se, portanto, que o critério para a utilização dessa unidade não se restringe somente à necessidade de precauções por modo de transmissão. Muitas vezes essa decisão é tomada tendo em vista ser esta a única unidade, com convênio SUS, que possui leitos individuais o que possibilita garantir a privacidade de pacientes em situações específicas como confusão mental,

grandes feridas e não obrigatoriamente por necessitar de uma precaução especial.

Estudo realizado em hospital do Reino Unido também demonstra a diversidade de critérios para utilização de uma unidade específica para doenças infecciosas. Após a análise de 239 internações foram identificados motivos como: risco de infecção (68%), especificidades da enfermagem (14,5%), desequilíbrio de leitos por sexo na unidade (12,5%), cuidados paliativos (1,75%), neutropenia (0,75%), comportamento do paciente (0,75%) e sem razão óbvia (1,75%) (RESENDE, 1996).

Cabe ressaltar que, no estudo em questão, em nenhum dos casos a internação foi realizada com a identificação do tipo de precaução necessária para aquele paciente e sim a indicação genérica de "isolamento". Deve ser mencionado, entretanto, que está disponível na unidade o manual precauções/isolamento, confeccionado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da instituição, baseado na classificação de GARNER (1996).

A indicação genérica de "isolamento" remete a situação da década de 1960 onde segundo MORYA et al (1995), o isolamento de pacientes com doenças transmissíveis não era sistematizado com base nos seus aspectos epidemiológicos e sim uniformizados a todos os tipos de doenças infecciosas. O modelo atual baseia-se no comportamento dos agentes etiológicos e para o entendimento do mesmo deve-se conhecer a cadeia epidemiológica da doença em questão (NICHATA et al, 2004).

A sistematização dos tipos de isolamento trouxe vários benefícios, como facilidades de atuação dos profissionais da área e economia à instituição, uma vez que os equipamentos de proteção individual deixaram de ser usados de forma indiscriminada, servindo apenas para o cumprimento de um ritual (NICHATA et al, 2004). Acrescenta-se que esta sistematização estimula o raciocínio crítico e aumenta a segurança da equipe tendo em vista que direciona a atenção do profissional para cada caso em particular.

Com relação à tuberculose (diagnóstico de 6,3 das internações) doença esta de transmissão aérea, e por isso obrigatória a adoção de precaução aérea em quarto privativo, a internação na unidade parece ter sido correta. A instituição do estudo não possui quartos com pressão negativa, mas a equipe profissional tem acesso às máscaras com filtragem especial (N95).

Um aspecto da utilização da unidade que pode ser questionada é a porcentagem de 75,7% dos casos que necessitavam somente de precaução padrão e utilizaram a enfermaria de MI. Lembrando que as precauções padrão devem ser utilizadas em todo e qualquer paciente e para tanto não se faz necessário o uso de unidades especiais.

Outro dado identificado é o alto índice de pacientes com HIV/AIDS (52,4% das internações) na referida unidade. Embora seja a metade das internações do período sabe-se que o diagnóstico de HIV/AIDS, por si só, não exige precaução diferenciada do padrão. Não foram avaliadas as intercorrências que levaram esses pacientes à internação.

SADALA & MATIAS (2000), apontam em seu estudo a falta de consenso quanto à indicação de isolamentos para os pacientes com AIDS, gerando dúvidas e angústias entre os profissionais e entre os próprios pacientes. Muitas vezes são adotadas medidas não baseadas no princípio de impedir a disseminação dos agentes causais e sim apenas em manter o paciente "isolado" dos demais.

O cuidar de pacientes com AIDS, leva a reflexão de vários conceitos, inclusive o risco de transmissão das doenças. O exercício do profissional em desprender-se do preconceito e medo para avaliar uma situação real é um desafio diário.

A adesão às precauções padrão não pode ser exclusividade da assistência hospitalar e muito menos da unidade de MI, o que fere seu princípio básico de ser destinada para o cuidado com todo e qualquer paciente (NICHATA et al, 2004; FRACOLLI et al, 2000). Segundo FRACOLLI et al (2000, p.400) "hoje com as precauções padrão e as baseadas nas formas de transmissão, vê-se que qualquer serviço e qualquer profissional de saúde pode (e deve) apropriar-se e aplicar os conhecimentos de biossegurança na sua prática assistencial".

NICHATA et al (2004), relatam que embora as normas de precauções/isolamento sejam muito bem definidas, há dificuldades em divulgá-las e incorporá-las nas diferentes instituições e pelos diferentes profissionais da equipe de saúde. Dessa forma, observa-se uma incoerência entre a produção científica disponível sobre o tema e as práticas de isolamento realizadas no ambiente hospitalar.

Envolver toda equipe de saúde na elaboração e definição de normas e protocolos para adesão dos profissionais a estas tem se mostrado uma estratégia eficiente tornando-os co-responsáveis pela mesma (PEREIRA et al, 2000.).

A indicação de precaução de contato apareceu em 8,5% dessas internações, em especial com casos de germes multirresistentes. A presença e o aumento crescente dos germes multirresistentes é uma grande preocupação das instituições de saúde, havendo inclusive uma tendência em classificá-los como doença emergente (FORTALEZA, 2004). A adoção de precaução por contato em quartos individuais ou em esquema de *coorte* é fortemente recomendada para minimizar estes índices (TRESOLDI et al, 2000).

Trabalho realizado no Reino Unido mostra que nos últimos anos é crescente a demanda de pacientes com infecções multirresistentes, incluindo

a tuberculose. Com este aumento da demanda, na Inglaterra, os leitos de isolamento se tornaram insuficientes e a maioria deles ainda estão concentrados em hospitais escola (BARLOW et al, 2002).

A presença cada vez mais freqüente dessa realidade no hospital deve redirecionar a atenção dos pesquisadores e demais profissionais de saúde a repensarem a prática de isolamento de suas instituições.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pôde-se analisar como está sendo utilizada uma enfermaria de MI dentro de um hospital geral de médio porte. Os dados obtidos apontam para:

- diversidade de critérios para a indicação de internação na unidade de MI e não apenas o caráter infeccioso da doença;
- grande incidência de pacientes com AIDS (52,4%), o que retrata uma opção por internar tais pacientes preferencialmente nesta unidade;
- presença de tuberculose em 6,3% das internações, falando favoravelmente na utilização da unidade;
- pacientes com germes multirresistentes em apenas 8,5% das internações na unidade, indicação esta que deve crescer a cada dia;
- não especificação do tipo de precaução necessária no momento da internação e sim o uso do termo genérico "isolamento".

A manutenção ou não de unidades específicas para pacientes com doenças transmissíveis dentro de hospitais gerais pode ser discutível. Entretanto, independente da opção escolhida ou da realidade existente, é fundamental a uniformização da prática adotada pela equipe de saúde em toda a instituição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARLOW, G.; SACHDEV, N.; NATHWANI, D. The use of adult isolation facilities in UK infectious disease unit. *Journal Hospital Infection*, v.50, p.127-132, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de documentação. *Manual de controle de infecção hospitalar*. Brasília, 1985.
- CARDO, D.M.; BELL, D.M. Bloodborne pathogen transmission in health care workers: risks and prevention strategies. *Infection Disease Clinic North America*. v.11, n.2, p.331-346, 1997.
- FIGUEIREDO, R.M. et al. Occupational exposure to potentially contaminated material in a Brazilian



University Hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. v.2, n.21, p.97-109, 2000.

FLORÊNCIO, V.B. et al. Adesão às precauções padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros em Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem* v.5, n.1, 2003. [online]. Disponível:

[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_1/adesao.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/adesao.html)

[Acesso em 10 mar. 2006].

FORTALEZA, C.M.C.B. Doenças emergentes e controle de infecção. *Prática Hospitalar*. v.6, n.32, p.69-74, 2004.

FRACOLLI, L.A. et al. Enfermagem em doenças transmissíveis: como abordar esse tema na graduação em enfermagem? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.34, n.4, p.395-400, 2000.

GARNER, J.S. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee – Guidelines for isolation precautions in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. v.17, n.4, p.53-80, 1996.

MORYA, T.M.; GIRE, E.; VIETTA, E.P.; PEREIRA, M.S. Doenças transmissíveis e isolamento: a percepção de aluno de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.29, n.3, p.286-296, 1995.

NICHIATA, L.Y.I. et al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.38, n.1, p.61-70, 2004.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.38, n.4, p.406-414, 2004.

NOGUEIRA, P.A.; ABRAHAO, R.M.C. de M.; MALUCELLI, M.I.C. Baciloscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.7, n.1, p.54-63, 2004.

PEREIRA, M. S. et al. Controle de infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.2, n.1, 2000 [online]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_1/01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/01.htm) [Acesso em 22 abr. 2006].

RESENDE, M.R. et al. Implementação de um programa de investigação pós-exposição à tuberculose entre profissionais da área de saúde (PAS) em um hospital universitário. In: *Anais do III Congresso Paulista de Infectologia*; 2002 ag. 17-19; Piracicaba. Piracicaba; 2002.

RESENDE, M.R. *Prevalência de infecção tuberculosa em profissionais do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas*. 1996. (Dissertação). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo.

SADALA, M.L.A.; MATIAS, L.O. Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.34, n.1, p.1-8, 2000.

TRESOLDI, A.T. et al. Princípios Gerais para Normatização de Isolamentos. In: COLOMBRINI, M.R.C.; MUCKE, A.G.; FIGUEIREDO, R.M. *Enfermagem em Infectologia – Cuidados com o Paciente Internado*. São Paulo: Atheneu; 2000.

Artigo recebido em 02.08.2006

Aprovado para publicação em 29.12.2006