

Artigo Opinião

Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade

Infection control in Portugal: monitoring progress

Maria Goreti de Gouveia Martins da Silva^{1,2}

¹ Enfermeira de Controlo de Infeção no Centro Hospitalar de Lisboa Central;

² Membro do Conselho Científico do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos /Direção-Geral da Saúde.

A área da infeção em Portugal tem a sua própria história, com algum atraso relativamente a outros países europeus. Teve maior projeção entre 1988-1998 com o “Projeto de Controlo de Infeção”. Em 1996, surgiu o primeiro enquadramento normativo para as Comissões de Controlo de Infeção (CCI), normas, e cursos para profissionais das CCI. Entre 1998-2002, iniciou-se a atividade de vigilância epidemiológica em rede nacional / europeia. Em 2007, a Direção-Geral da Saúde reformulou o Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) e criou os grupos coordenadores regionais (gestão descentralizada). Surgiu a formação pós-graduada, a par do incremento da investigação. Com a área da segurança do doente, tornou-se evidente um maior envolvimento dos órgãos de gestão e dos profissionais de saúde e maior informação da população através dos meios de comunicação social. Em 2013, os Programas de Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos juntaram-se num único Programa (Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos - PPCIRA – Programa prioritário).
E o futuro?

The Infection Control in Portugal has its own history, within Europe, with more projection from 1988-1998, with the “Infection Control Project”. The first legal framework for Infection Control Committees (ICC) emerged in 1996, also the guidelines, courses for the ICC professionals, postgraduate training, and surveillance of nosocomial infections (1998-2002). In 2007, the National Infection Control Program was reshaped, and Regional Structures were created to decentralize activities. With the emergence of the Patient Safety area, we perceived a greater involvement of management boards and health professionals, and increased information of the population through the media. In

2013, *Infection Control and Antimicrobial Resistance Control were merged into a single Program – a Priority Program. And the future?*

PALAVRAS-CHAVE: *Prevenção e controlo de infeção em Portugal; estrutura nacional, regional e local de controlo de infeção; contexto histórico e atualidade do controlo de infeção em Portugal.*

KEY WORDS: *Infection prevention and control; progress of infection control in Portugal; historical and actual context; national infection control and prevention program.*

Submetido em 27 maio 2013; Publicado em 26 julho 2013.

* **Correspondência:** Maria Goreti Silva. Email: goreti.silva@chlc.min-saude.pt

INTRODUÇÃO

A prevenção e controlo da infeção hospitalar, além de ir ao encontro às exigências legais e éticas na saúde, é também um imperativo económico, principalmente nos países com maiores dificuldades económicas como é o caso de Portugal no momento presente, no qual os recursos e meios humanos e materiais dedicados aos cuidados de saúde são cada vez mais reduzidos. O controlo da infeção, a par dos Programas de Qualidade e de Segurança do Doente, integra-se nos requisitos mínimos dos programas de acreditação e certificação dos hospitais. Esta problemática ocupa ainda uma posição de destaque nos modelos de gestão das unidades de saúde atuais, exigindo que os hospitais e outras unidades de saúde procedam à vigilância epidemiológica da infeção de modo a atuar no sentido da prevenção da infeção cruzada. É por isso considerada um indicador relevante para a qualidade dos cuidados, pelo que deve passar a ser considerado e assumido como um dos Programas prioritários em saúde. A definição de infeção associada aos cuidados de saúde sofreu alterações ao longo do tempo, sobretudo nas últimas duas décadas começando por definir-se por Infeção Hospitalar (IH), passando a Infeção Nosocomial (IN), mais tarde em Portugal foi definida como infeção relacionada com os cuidados de saúde e, atualmente, designada de infeção associada aos cuidados de saúde como

definição mais abrangente, já que envolve todos os níveis de prestação de cuidados. A maioria dos estudos de custos internacionais a que temos acesso, são sem dúvida referentes a infeções adquiridas nos hospitais. Há muito poucos estudos disponíveis sobre custos das IACS fora do âmbito dos hospitais. De acordo com dados dos *Centers for Disease Prevention and Control (CDC)*, a IN varia nos hospitais entre os 8% e os 12%. Em Portugal, os inquéritos de prevalência de infeção efetuados na última década identificaram também uma taxa de prevalência de infeção que ronda os 9%-10%, ou seja 9 a 10 doentes em cada 100 adquirem em média IN nos hospitais portugueses. Esta infeção condiciona o aumento da demora média global em 3,1 - 4,5 dias; o prolongamento da demora Hospitalar entre 9,5 - 13,4 dias; a multiplicação dos custos por Quatro; o acréscimo da mortalidade (4,3% a 7,4%) - a mortalidade atribuída pode atingir os 44%. São tudo indicadores relevantes para a gestão e a qualidade e segurança dos cuidados de saúde em todo o mundo. Os encargos das IACS são substanciais e, não são apenas de ordem puramente económica: Diminuem a eficiência dos profissionais; Significam o uso ineficiente dos recursos humanos e materiais; Afetam a disponibilidade de cuidar de outros doentes (camas ocupadas); Representam um risco para os trabalhadores de saúde e afetam as taxas de mortalidade, a qualidade de vida dos doentes e suas

famílias e, ainda, a produtividade dos doentes atingidos pelas IACS. Durante algumas décadas, quer em Portugal, quer no mundo inteiro, o fenómeno da infeção adquirida na sequência da prestação de cuidados de saúde era considerado problema apenas dos Hospitais. Partia-se do pressuposto de que os doentes só adquiriam infeções no Hospital -definição de infeção hospitalar (IH). Mais tarde, surgiu o termo “Infeção nosocomial (IN), do latim “*nosocomium*” que significa hospital. Mais uma vez, o enfoque era dado na infeção adquirida em meio hospitalar. Durante várias décadas, a infeção continuou a ser vista como uma consequência dos cuidados de saúde hospitalares, sendo o problema da infeção descurado noutras unidades de saúde, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários. Surgiu mais tarde, o conceito de infeção “iatrogénica”, denominada “consequência indesejada da prestação de cuidados de saúde” – uma definição muito aproximada do que se entende atualmente por evento adverso em saúde e, intimamente relacionado com o conceito atual de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) que é mais abrangente e, pode envolver qualquer unidade de prestação de cuidados de saúde, incluindo clínicas privadas, lares de idosos e até, os cuidados prestados no domicílio. Em retrospectiva histórica, gostava de salientar os principais marcos, quer em Portugal, quer na Europa e no mundo. Em 1946 foi fundado os CDC nos Estados Unidos da América. A década de 1950 foi caracterizada pelo início de uma nova era para as infeções hospitalares e para o conhecimento e evolução da microbiologia, da epidemiologia e suas repercussões na Medicina, Enfermagem e outras áreas da saúde. Surgem grandes surtos de infeção por *Staphylococcus*. Em Inglaterra, foram criadas as primeiras comissões de controlo de infeção em 1959 e foi nomeada a primeira enfermeira de controlo de infeção inglesa. Na década de 60 começam a surgir as normas e recomendações nesta área emanadas pelos CDC. Na década de 1970 vários estudos surgiram evidenciando que a vigilância epidemiológica (VE) deveria ser feita por enfermeiros de controlo de infeção com formação e treino em epidemiologia. Nesta altura foi recomendado a nível internacional que deveria existir um enfermeiro de controlo de infeção por 250 camas ocupadas. Ainda em 1970 surge a ICNA (*Infection Control Nurses Association*)

que tem tido um grande impacto na normalização das competências e formação dos enfermeiros de controlo de infeção (ECI's) e também na área normativa. Entre 1970-1976 foi desenvolvido o primeiro grande estudo de infeção (*SENIC*), cujos principais resultados foram: 1) nos hospitais com Comissão de Controlo de Infeção (CCI) e um adequado programa de controlo de infeção, as IH podiam ser reduzidas em 32%; 2) Cerca de um terço destas infeções eram seguramente evitáveis. Também entre 1970-2004 funcionou o NNIS (*National Nosocomial Infection Surveillance System*) que esteve na origem de diversas recomendações e estudos nesta área e nos primeiros programas de Vigilância Epidemiológica (VE). Em 1976, a *Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations* emanou também normas e recomendações para a VE e iniciou os programas de acreditação. Em 2005 surge outra Estrutura Europeia que integrou os programas e projetos de controlo de infeção, nomeadamente o HELICS – o IPSE (*Improving Patient Safety in Europe*) que recentemente (2005) integrou outra grande Estrutura Europeia – o ECDC (*European Center for Diseases Prevention and Control*). No que se refere ao enquadramento normativo internacional, destacam-se alguns marcos importantes. A decisão do Conselho da Europa: “COUNCIL RECOMMENDATION of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01)” que evoca a obrigatoriedade da existência de comissões de controlo de infeção nas unidades de saúde dos Países Europeus e, a criação de uma rede europeia de vigilância epidemiológica. Em 2004, a Comissão da União Europeia através do *High group on health services and medical care*, lançou a área da segurança do doente e definiu a estratégia para 2008-2013 onde foram definidas as áreas de ação prioritárias para os Estados Membros. Este Grupo veio dinamizar e integrar o controlo de infeção num projeto mais alargado – o da *segurança do doente e gestão de risco*. Identificou a segurança do doente como uma das áreas de ação prioritárias para os Estados Membros e definiu os seguintes objetivos comuns: Desenvolvimento de uma cultura de segurança com recurso a uma abordagem sistémica; Implementação de sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos para aprendizagem e

Intervenção e envolvimento dos doentes/cidadãos no processo de melhoria da segurança em saúde. Neste modelo, o controlo de infeção passou a ser parte integrante da política de segurança do doente e, mais recentemente, enquadrado na abrangente área da Qualidade em Saúde. Ainda em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma estratégia global denominada “*World Alliance for Patient Safety – Global Patient Safety Challenge*”, da qual fazem parte um conjunto de desafios de segurança do doente e respetivas áreas de melhoria dos cuidados de saúde em todo o mundo. Do 1.º desafio da OMS constavam as seguintes áreas de melhoria: Transfusões e injetáveis seguros e imunização; Procedimentos clínicos seguros; Água de consumo e saneamento básico; Gestão dos resíduos e, Promoção da higiene das mãos. Neste âmbito, Portugal aderiu à Campanha Mundial de Higiene das mãos em 2008, tendo também uma adesão das Unidades de Saúde bastante alargada. O 2.º Desafio foi emanado em 2009 e refere-se à aplicação da *checklist* de verificação para garantir a segurança nos procedimentos cirúrgicos – “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*” que está a ser implementada em Portugal desde 2010, com uma grande adesão das Unidades de Saúde. O 3.º Desafio lançado em 2010 pela OMS é o da abordagem mundial das resistências aos antimicrobianos, com o intuito de monitorizar a prescrição e controlar as resistências antimicrobianas.

E em Portugal? Que marcos importantes? Que evolução?

A evolução da prevenção e controlo da infeção em Portugal decorreu com algumas décadas de atraso, comparativamente à maioria dos Países Europeus. No entanto, é minha opinião que apesar deste desfasamento no tempo, o País tentou acompanhar as iniciativas propostas pela Europa e seguindo também as iniciativas dos Estados Unidos e de outros Países. Em 1978 foi fundada a primeira “*Comissão de Higiene*” pelo Hospital de Torres Vedras. Posteriormente, foi implementado o 1.º Grupo de trabalho do Conselho da Europa que teve pela 1.ª vez a participação de um representante de Portugal – a Enfermeira Franco Henriques da Direção Geral dos Hospitais. Surgiu o primeiro enquadramento normativo em 1996 emanado pela Direção-Geral da

Saúde (DGS) que criou as Comissões de Controlo de Infeção e as regulamentou. Em 1988 foi nomeado o “Projeto de Controlo de infeção” sediado no Instituto de Gestão informática e Financeira da Saúde (antigo IGIF), coordenado pela Dr.ª Elaine Pina, decorrendo entre 1988 e 1998. Foi nesta fase que surgiu o primeiro enquadramento normativo nesta área, foi elaborado o primeiro manual de práticas de controlo de infeção e os primeiros cursos para os profissionais de saúde nesta área. Em 2000, o Programa passou a denominar-se de “Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) e manteve-se sediado, até 2004, na Direção-Geral de Saúde (DGS), embora não houvesse um espaço físico dedicado ao Programa. Em 2004, foi transferido para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Entre 2004 e 2007, o PNCI desenvolveu e publicou várias normas de boas práticas e dois manuais e desenvolveu os primeiros cursos de formação especializada em controlo de infeção para os profissionais das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) e implementou os primeiros programas de vigilância epidemiológica em rede nacional. Em 2007, o PNCI foi novamente transferido para a DGS e foi reformulado todo o enquadramento normativo. Nesta altura, torna mandatória a constituição e/ou operacionalização das CCIs em todas as unidades de saúde, como órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, com carácter técnico, executivo e multidisciplinar, dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, para implementar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI). Define as especificidades normativas para os Agrupamentos de Centros de Saúde e para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Aprovou o regulamento interno das CCI’s, dotando-as de meios humanos, físicos e financeiros adequados às funções desta Estrutura. Foi elaborado e divulgado o Manual de Operacionalização do PNCI com diretrizes para a promoção do POPCI. Foram definidas as medidas de intervenção e níveis de responsabilidade pela implementação do POPCI. Foram definidos os conteúdos funcionais dos membros das CCI, os critérios para o desenvolvimento do POPCI nas Unidades de Saúde (US) nas áreas da vigilância epidemiológica (VE), das normas de boas práticas e da formação e informação e ainda, os indicadores relativos à implementação do POPCI nas US: de

estrutura, de processo e de resultado. Foram criadas as Estruturas Regionais de Controlo de Infeção – GCR, sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Para a sua operacionalização foi definida a articulação das CCI com os Núcleos Coordenadores Regionais (ARS e Serviços de Saúde das Regiões Autónomas), com o objetivo de definir medidas setoriais de interesse regional. Em Portugal, através do Ministério da Saúde, foi criado o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA). Mais recentemente e já em 2013, por Despacho do Ministério da Saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde, o PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos). Este Programa é sediado na DGS, no Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) e junta os anteriores Programas – PNCI e PNPRA numa única estrutura com caráter de programa prioritário. A DGS emanou a Estratégia para a Qualidade na Saúde, cuja operacionalização implica a integração das CCI na Estrutura Local da Qualidade (Gabinete de Qualidade) em cada Unidade de Saúde e uma articulação estreita entre estas estruturas e a área de Segurança do Doente e Gestão de Risco. Sendo ainda uma orientação recente, está ainda em fase de planeamento para a sua operacionalização. O futuro é ainda incerto relativamente às repercussões desta mudança, mas a verdade é que está na altura de serem introduzidas mudanças no sistema de saúde Português relativamente a esta matéria.

Apesar da implementação das CCI e dos planos operacionais de controlo de infeção, do empenho dos órgãos de gestão das unidades de saúde e, do aumento do conhecimento global nesta área, é preciso que sejam introduzidas medidas estratégicas para diminuir drasticamente as IH. Também é fundamental que todos os profissionais de saúde se consciencializem do papel individual na prevenção destas infeções. É um imperativo ético e deontológico. Todos os que prestam cuidados de saúde devem cumprir as normas e orientações emanadas pela CCI, aplicando-as na sua prática clínica, de forma a prevenir e/ou reduzir as IH, demonstrar interesse e participar na formação e informação nesta área, envolverem-se na discussão das recomendações de boa prática emanadas pela DGS e pela CCI da sua

unidade de saúde e sua implementação na prática clínica; conhecer e avaliar os riscos para os doentes e para si próprios, por forma a evitar a transmissão cruzada da infeção; conhecer as Precauções Básicas e as dependentes das vias de transmissão, aplicando-as na sua prática; colaborar nas atividades propostas pela CCI e pela DGS, nesta área; integrar o CI na sua prática diária a bem da segurança dos doentes. Da sua intervenção, depende a real prevenção das IH.

Gostava de lançar ainda alguns desafios importantes atualmente no controlo de infeção:

- A avaliação do nível de risco do doente para a infeção, desde que é admitido na unidade de saúde até que sai com alta, de modo a verificar se o doente tem fatores de risco importantes para a aquisição da IH e/ou se o doente pode ser um potencial reservatório ou fonte de infeção para outros doentes e para os profissionais;
- A aplicação de “Bundles” – conjuntos de medidas de evidência comprovada, como forma estruturada de melhorar os processos e os resultados e ajudar os profissionais de saúde a realizarem os melhores cuidados possíveis, e da maneira mais adequada, aos doentes submetidos a procedimentos ou tratamentos invasivos, com riscos específicos inerentes para a infeção. Estas medidas individualmente resultam na melhoria dos cuidados, mas quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias ainda mais substanciais. As evidências científicas que corroboram cada elemento da *Bundle* (critério), estão já suficientemente elencadas e definidas, consideradas padrão de qualidade. O sucesso destas intervenções deve-se à combinação e regularidade da aplicação do critérios da *Bundle* e/ou de cada critério *per si*. As *bundles* mais relevantes para a diminuição das IH e aconselhadas a serem implementadas no terreno são: *bundle* da prevenção da IH associada ao CVC; *bundle* da prevenção da pneumonia associada ao ventilador e *bundle* da prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical;
- Manter a Campanha de Higiene das Mãos como um projeto de cada unidade de saúde, inerente ao plano de ação, com divulgação regular das taxas de adesão à higiene das mãos aos profissionais de saúde. O objectivo nacional definido foi o de atingir uma de taxa de 75% de adesão à higiene das mãos. A OMS

definiu uma taxa de adesão de 90% para os países aderentes até 2013! Há um longo caminho a percorrer, mas não podemos esmorecer na caminhada.

- Alargamento da formação e treino em controlo de infeção a todos os grupos de profissionais de saúde, reformulando as metodologias pedagógicas;
- Continuidade da aplicação regular de auditorias internas às práticas de controlo de infeção, complementarmente à VE de resultados;
- Implementar estratégias de uso racional de antimicrobianos;
- Elaboração e revisão de normas e/ou procedimentos internos de prevenção e controlo de infeção, de acordo com os níveis de evidência atualizados;
- Adaptação de espaços de isolamento nas Unidades de Saúde para doentes com patologias transmissíveis;
- Envolvimento dos doentes e seus familiares/visitantes na implementação das medidas de prevenção. Para o efeito, é necessário que sejam produzidos e divulgados nas unidades de saúde folhetos informativos (informação escrita complementar à verbal) sobre as medidas de prevenção e controle da infeção;
- Melhorar a articulação entre os Hospitais, os agrupamentos de centros de saúde (ACES) e as unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), através das Estruturas Regionais sedeadas nas ARS e da DGS/DGS.

CONCLUSÕES

As infeções adquiridas na sequência da prestação de cuidados de saúde constituem-se como um grave problema de saúde pública e representam um grande desafio a ser enfrentado e assumido aos vários níveis: nacional, regional e local e depende também da vontade política, concertada com a consciencialização dos profissionais de saúde e dos utentes. A realidade de muitas unidades de saúde é ainda deficiente quanto ao cumprimento das questões legais e normativas. As CCI devem ser dotadas de meios humanos, físicos e financeiros suficientes para fazer face às exigências dos planos de ação. É fundamental a capacitação e consciencialização dos profissionais de saúde, em consonância com os gestores das

unidades de saúde e das áreas funcionais. É muito importante o incremento da formação e da investigação nesta área e, uma adequada divulgação do conhecimento alargado aos doentes e seus visitantes. A problemática das IH/IACS exigem mudanças estruturais, organizacionais e individuais e, um compromisso governamental que incentive a participação ativa dos profissionais e dos utentes na redução das infeções, não se cingindo aos aspetos meramente legais e normativos. É necessário refletir sobre todas as estratégias possíveis que possam contribuir para a mudança da situação atual: a inserção da temática nos currículos dos cursos nas áreas da saúde, alargadas a todos os grupos profissionais; o investimento e disponibilização de cursos de pós-graduação em controlo de infeção para profissionais de saúde, especialmente fora dos grandes centros; envolver as ordens profissionais nas garantias legais e no reconhecimento e autonomia dos profissionais de controlo de infeção; adequar o enquadramento normativo e regulamento interno das CCI de acordo com a legislação vigente, investir na investigação, seminários e ações de atualização do conhecimento. A par da evolução das tecnologias em saúde, é forçoso o investimento nas pessoas como um elemento fundamental para a melhoria das práticas e, da segurança dos doentes e profissionais. Os hábitos organizacionais e rotinas de prestação de cuidados nos serviços de saúde, podem, por vezes retirar-nos o espírito crítico e a verdadeira perceção individual dos riscos, contribuindo para que se negligencie medidas simples que fazem toda a diferença e podem salvar vidas. As IH e as IACS são um dos eventos adversos mais frequentes nas Unidades de Saúde. Se boa parte destas infeções podem ser evitáveis, a aplicação dos critérios e normas de boas práticas podem resultar numa diminuição significativa das infeções, se houver investimentos centrados em novas e/ou renovadas estratégias de eficácia comprovada, na valorização e monitorização das infeções que dependem diretamente de fatores controláveis através das boas práticas, como a colocação e manutenção dos dispositivos invasivos e procedimentos de maior risco para a infeção. Oxalá, num futuro muito próximo, surjam mudanças significativas neste panorama. Hoje, mais do que nunca, existe um manancial de informação, uma produção de trabalhos de

investigação nesta área e um interesse académico alargado por esta temática. O enquadramento normativo existente é aplicável. O que falta então para que as infeções diminuam efetivamente nas nossas Unidades de Saúde? É aceite como princípio básico de que quem previne as infeções são os profissionais que prescrevem e prestam cuidados: médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e outros técnicos de diagnóstico e terapêutica que asseguram as boas práticas de prevenção e controlo da Infeção. Mas também, os doentes e seus visitantes. As CCI funcionam como facilitadoras dos prestadores de cuidados, garantindo a passagem do conhecimento e as competências na prevenção da infeção. O responsável máximo pelo controlo de infeção em cada Unidade de Saúde é de facto o Conselho de Administração/Direção, que tem por incumbência, reunir as condições humanas, estruturais e logísticas para que as CCI funcionem e desenvolvam as suas atividades de forma eficaz e efetiva. Foi definido que, quem deve coordenar as atividades de prevenção e controlo de infeção nas Unidades de Saúde são as CCI, embora no momento presente, se supõe que possa haver uma diminuição da autonomia das CCI. Para que as medidas básicas sejam cumpridas, é papel de todos os profissionais de saúde identificar na prática diária os doentes colonizados ou infetados, as situações de maior risco para doentes e profissionais, os aspetos ligados ao ambiente (roupa, resíduos, material contaminado) que possam contribuir para cuidados mais seguros. É preciso que cada profissional de saúde tenha conhecimentos sobre epidemiologia e metodologias de VE que permitam identificar as situações e planear ações preventivas e de controlo apropriadas a cada situação. Impõe-se a cada profissional, a aplicação informada e responsável dos conhecimentos que possui sobre a higiene das mãos, técnica asséptica, uso adequado de barreiras protetoras, tratamento adequado de materiais, triagem correta de resíduos, entre outros. É preciso que estejam atentos no sentido de evitar a exposição desnecessária dos doentes a dispositivos invasivos, antibióticos/ outros medicamentos que afetem o doente a vários níveis, incluindo o sistema imunitário e as defesas próprias contra a infeção. Impõe a necessidade de avaliar os níveis de risco dos doentes para a infeção, isto é, identificar os doentes mais

suscetíveis e diagnosticar e tratar precocemente as infeções. Esta avaliação permite adequar o planeamento e a prestação de cuidados de acordo com a situação clínica individual. As medidas de prevenção e controlo de infeção constituem a boa prática e devem integrar os cuidados básicos de Médicos, Enfermeiros e outros Técnicos. Não podem continuar a ser vistos como um acréscimo de trabalho, nem estar dissociados da prática clínica. A prevenção e controlo da infeção estão inseridos na qualidade e gestão de risco. Diminuir os riscos de transmissão e disseminação da infeção, integrando o controlo de infeção nos cuidados globais aos doentes é uma premissa. Para que isto aconteça é preciso que os profissionais aprendam a avaliar e a gerir os riscos, identificar problemas e necessidades reais e potenciais, planificar e prestar cuidados globais, individualizados, gerir recursos e avaliar resultados. Ter a coragem de alterar práticas e eliminar as que se mostram ineficazes. Termino com esta citação de Mark Twain, muito interessante e aplicável à evolução do controlo de infeção em Portugal e no mundo:

“O segredo de progredir é começar.

O segredo de começar é dividir as tarefas árduas, em tarefas pequenas e, fáceis de executar, e depois, começar pela primeira”.