



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Patrícia Alexandra do Rosário Fernandes

LISBOA, Abril de 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Patrícia Alexandra do Rosário Fernandes

Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Rita Marques

LISBOA, Abril de 2011

*O Homem é projecto que decide por si próprio*

Sartre

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que tornaram possível todo este percurso.

Às professoras Rita Marques e Patrícia Pontífice de Sousa, que sabiamente e prontamente me ajudaram e me orientaram.

Aos enfermeiros Maria José Maia e Carlos Neto que foram os enfermeiros orientadores nos campos de estágio e que comigo partilharam todo o seu saber.

E, um agradecimento muito especial aos enfermeiros que conheci ao longo deste percurso, com quem partilhei desabafos, angústias e com quem cresci.

E *last but not the least* à minha família que sempre me apoiou. Obrigada pela paciência e pelos fins de semana passados em casa, a trabalhar.

## **ABREVIATURAS**

**ABCDE** – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CCI** – Comissão de Controlo de Infeção

**CDC** – *Center of Disease Control*

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**EAP** – Edema Agudo do Pulmão

**ECG** – Eletrocardiograma

**EOT** – Entubação orotraqueal

**EPE** – Entidade Pública Empresarial

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**HCC** – Hospital de Curry Cabral, E.P.E.

**HELICS** - *Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance*

**HFF** – Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.

**HSM** – Hospital de Santa Maria, E.P.E.

**IACS** – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**ICC** – Insuficiência Cardíaca Congestiva

**ICN** – *International Council of Nurses*

**IM** - Intramuscular

**INCS** – Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**MCDT** – Meio Complementar de Diagnostico e Terapêutica

**O<sub>2</sub>** – Oxigénio

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PCR** – Paragem Cardio-respiratoria

**PNCI** – Programa Nacional de Controlo de Infeção

**POPCI** – Programa Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SABA** – Solução Antisséptica de Base Alcólica

**SCA** – Síndrome Coronário Agudo

**SO** – Sala de Observação

**SU** – Serviço de Urgência

**SUC** – Serviço de Urgência Central

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIC** – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

**VE** – Vigilância Epidemiológica

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada

**TAC CE** - Tomografia Axial Computorizada de Crânio

## **RESUMO**

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Após uma primeira fase curricular à qual se seguiu o estágio, nos contextos da prática, importa, agora, fazer uma breve análise do percurso desenvolvido e refletir sobre a importância deste para mim, enquanto enfermeira.

Não esquecendo as competências que tenho vindo a desenvolver ao longo da minha experiência profissional, a realização do estágio, no âmbito deste Curso de Mestrado, permitiu-me, não só, adquirir outro tipo de conhecimentos como, consolidar algumas das competências já adquiridas, no âmbito de uma prestação de cuidados ao doente e família em situação crítica.

O estágio estava dividido em três módulos: Urgência/Emergência, Cuidados Intensivos e Opcional. O estágio de Cuidados Intensivos foi creditado, pela minha experiência de trabalho na UCIC do HFF.

Nesta senda, escolhi o HCC para a realização do estágio de Controlo de Infecção e, o Hospital de Santa Maria, E.P.E. para o estágio em Serviço de Urgência. No que se refere ao módulo opcional, na CCI do HCC, o trabalho desenvolvido prendeu-se com a elaboração e atualização de normas, de acordo com as recomendações atuais, construção de grelhas de auditoria às práticas de cuidados, elaboração de formações sobre controlo de infeção, além de todo o trabalho diário com os serviços de internamento. Já no módulo I (Urgência/Emergência) além da prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco, foram trabalhadas áreas como a comunicação com o doente e família, acolhimento, a formação em serviço e temáticas relacionadas com o controlo de infeção. Em ambos os contextos, a ponte entre a minha intervenção, enquanto aluna da especialidade e enfermeira na UCIC, foi uma constante.

Pretende-se com este relatório fazer uma análise e reflexão do trabalho desenvolvido ao longo deste percurso, seguindo-se a abordagem de algumas das competências adquiridas e desenvolvidas. O presente relatório finaliza com algumas considerações finais sobre o trabalho desenvolvido fazendo também referência a algumas sugestões.

## **ABSTRACT**

This report comes under the Professional Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing. After the first curricular phase which was followed by the stage, in contexts of practice, it's now important to make a brief analysis of the course, how it developed and reflecting on its importance for me as a nurse.

Not forgetting the skills that I have been developing throughout my work experience, finishing the stage, under the Master Course has enabled me not only to acquire other skills such as consolidating some of the skills already obtained in scope of the provision of care to the patient and family in a critical condition.

The stage was divided into three modules: Urgency / Emergency, Intensive Care and Optional. The stage of intensive care was credited for my work experience in Coronary Care Unit of the HFF.

In this path, I've chosen the HCC to complete the stage of Infection Control and Hospital de Santa Maria, EPE for the stage in ER. With regard to the optional module, the ICC of HCC, the work held with the preparation and updating of standards, according to current recommendations, construction of grids of audit practices of care, preparation of training sessions on control infection, plus all the daily work in the ward.

In the module I (Urgency/Emergency) besides providing specialized care to patients of medium and high risk, other areas deserved attention such as: communication with the patient and family, host, service and training on issues related to the control of infections. In both contexts, the bridge between my intervention, while a specialty student and as nurse in the Coronary Care Unit was a constant.

With this report, I propose an analysis and reflection of the work I have accomplished along this path, followed by an approach to some of the skills acquires and developed.

This report concludes with some final thoughts on the work including references to some suggestions.

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	9
1. MÓDULO DE OPÇÃO – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO.....	13
2. MÓDULO DE URGÊNCIA .....	30
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55
5. ANEXOS .....	96
5.1 ANEXO I - Escala de Bristol.....	60
5.2 ANEXO II - Inquéritos de Prevalência.....	64
5.3 ANEXO III - Sessão de Formação: Inquéritos de Prevalência.....	94
5.4 ANEXO IV - Norma: Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares.....	99
5.5 ANEXO V - Norma:Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.....	112
5.6 ANEXO VI - Norma: Prevenção da Infecção do Trato Urinário.....	119
5.7 ANEXO VII - Auditoria às Práticas de Inserção, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico.....	132
5.8 ANEXO VIII - Auditoria às Práticas de Inserção e Manutenção do CVC..	138
5.9 ANEXO IX - Auditoria às Práticas de Cateterização Vesical.....	144
5.10 ANEXO X - Sessão de Formação aos Assistentes Operacionais.....	150
5.11 ANEXO XI - Questionário aos Enfermeiros sobre Controlo de Infecção.	162
5.12 ANEXO XII - Sessão de Formação aos Enfermeiros sobre Controlo de Infecção.....	164
5.13 ANEXO XIII - Sessão de Formação aos Enfermeiros sobre Eletrocardiografia.....	181
5.14 ANEXO XIV - Poster sobre Traçados Cardíacos.....	188
5.15 ANEXO XV - Guia de Acolhimento ao Doente e Família internado no SO .....	190
5.16 ANEXO XVI - Cartazes sobre Normas de Boas Práticas.....	193
5.17 ANEXO XVII - Grelhas de Auditoria.....	197
5.18 ANEXO XVIII - Cartazes: Resíduos Hospitalares.....	213

## 0. INTRODUÇÃO

A frequência do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica representou um desafio para o meu desenvolvimento não só profissional, como pessoal. O seu plano de estudos preconizava uma componente prática, através da realização de um estágio, dividido em 3 módulos (Urgência/Emergência, Cuidados Intensivos e Opcional, num total de 540 horas), utilizando a metodologia do trabalho de projeto. Optei por realizar os módulos na seguinte sequência: Estágio Opcional em **Comissão de Controlo de Infeção** (de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010); Estágio de **Urgência/Emergência** (de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010).

O estágio de **Cuidados Intensivos** foi creditado pela Universidade Católica, ao abrigo do Decreto-lei 74/2006, de 24 de Março (artigo 45.º, alínea c), pela minha experiência de trabalho na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E. Exerço funções na referida UCI desde 2003 prestando cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica. Mais recentemente, desde 2007 fui convidada a exercer funções como enfermeira responsável da UCIC, em estreita colaboração com a chefia do serviço. Tudo isto tem-me permitido desenvolver também competências na área da gestão.

Após sete anos de experiência profissional na área dos Cuidados Intensivos de adultos, senti a necessidade de desenvolver outro tipo de competências que me permitissem a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica, no sentido de uma Enfermagem Avançada, uma Enfermagem tendo por “*Core* o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competência na tomada de decisão” (PAIVA E SILVA 2007, p.18).

Segundo o REPE (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro) enfermeiro especialista é: “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem... a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e

humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (p. 2960)”.

Para o ICN, o enfermeiro especialista é aquele que possui “um nível de conhecimento, de habilidade num determinado contexto específico da enfermagem. Conhecimentos e habilidades essas que são maiores do que os adquiridos durante a formação básica [licenciatura] em enfermagem” (2009, p.11). O enfermeiro especialista consegue reconhecer a pessoa de acordo com o metaparadigma enfermeiro e possui um maior nível de intuição e abstracção que lhe permite uma melhor e mais abrangente compreensão da realidade (UCP 2009, p.4-5).

A enfermagem portuguesa encontra-se numa fase de transição, com a publicação da alteração dos estatutos da OE (Lei 111/2009, 16 de Setembro). Esta alteração preconiza a obtenção de graus de enfermeiro e enfermeiro especialista após a realização de um Exercício Profissional Tutelado (EPT). Tanto a legislação anterior como a que, futuramente, irá reger a atribuição do grau de enfermeiro especialista, ambos exigem um papel proativo ao enfermeiro formando. É o enfermeiro em formação que define o seu projeto de estágio (projeto de formação), quais as competências que espera vir a desenvolver e de que forma (que atividades realizar e que experiências vivenciar).

É certo que não será possível desenvolver todas as competências no curto espaço de tempo que é o estágio e que, muitas delas já estão desenvolvidas (ou mesmo em fase de desenvolvimento) no contexto profissional. A realização de um estágio, com a supervisão de um enfermeiro especialista permitirá ao formando perceber o papel do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no que respeita à tomada de decisões complexas e gestão de cuidados.

Além das competências específicas do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica existem competências comuns a todas as áreas de especialização em enfermagem tais como a gestão, formação, investigação e assessoria.

Quando comecei pensar em que área gostaria de incidir os meus estágios, optei que esses me pudessem permitir, não só o desenvolvimento de algumas competências exigidas pelo Curso de Mestrado mas, que pudesse ser uma mais-valia para o meu contexto profissional. Acima de tudo, a opção por fazer o Curso de Mestrado de

Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi aprofundar e desenvolver competências da área do doente crítico, de forma a poder contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem, ao doente internado na UCIC. As atuais funções que desempenho exigem também um esforço acrescido na gestão de cuidados, na orientação dos novos colegas e também na área da formação, da qual sou também responsável.

Deste modo, a escolha dos locais de estágio não foram de todo intencionais. Por um lado, a opção de não realizar nenhum estágio no HFF prendeu-se com o facto de querer conhecer outros contextos, outras filosofias de prestação de cuidados. Por outro, a escolha do estágio de opção numa Comissão de Controlo de Infecção prendeu-se pela pertinência que este tem no dia-a-dia da prestação de cuidados e pela necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área. A escolha do Serviço de Urgência prendeu-se com o fato de ser uma Urgência de um Hospital Central que recebe doentes das mais diversas áreas de especialidade.

Assim sendo, escolhi o Hospital de Curry Cabral, E.P.E. (HCC) para a realização do estágio de Controlo de Infecção. Trata-se uma organização de saúde já com um século de existência que em sofrido inúmeras alterações no sentido de uma prestação de cuidados de qualidade, centrado no doente e família e onde a Comissão de Controlo de Infecção tem desempenhado um papel primordial (HCC, 2011).

O Hospital de Santa Maria, E.P.E. foi o hospital escolhido para a realização do estágio em Serviço de Urgência. Embora mais recente que o HCC, ao longo destas cinco décadas tem-se caracterizado por acompanhar os desenvolvimentos científicos e técnicos, tendo como missão a prestação de cuidados diferenciados ao doente nas mais diversas áreas clínicas. Trata-se de um hospital central, de referência na cidade de Lisboa, sendo também hospital de referência de outras unidades hospitalares nas mais diversas especialidades como por exemplo, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, entre outras (HSM, 2008).

Já o HFF, embora se trate de um hospital distrital, que não possui determinadas especialidades tais como neurocirurgia, cirurgia cardíaca, como o HSM, apresenta um Serviço de Urgência com afluências semelhantes ao SUC do HSM.

O presente relatório pretende não só descrever e analisar todo o percurso desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica mas, acima de tudo, refletir sobre as práticas de enfermagem e quais as repercussões deste percurso na minha atividade profissional, enquanto enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos. No corpo deste relatório, seguir-se-á um capítulo sobre o estágio na CCI, onde serão abordadas as atividades desenvolvidas assim com a reflexão decorrente do estágio. Seguindo a mesma estrutura apresentar-se-á o estágio de Urgência. Em cada um destes capítulos é feita referência não só às atividades desenvolvidas mas como estas contribuíram para o desenvolvimento das competências preconizadas. Finalizarei com as considerações finais, seguindo-se em anexo todos os trabalhos elaborados nos referidos módulos.

## **1. MÓDULO DE OPÇÃO – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO**

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são uma das principais preocupações relativamente à Segurança do Doente. Uma vez que era minha intenção que todos os estágios tenham como eixo central e transversal a Segurança do Doente, a realização de um estágio numa Comissão de Controlo de Infecção pareceu-me de elevada pertinência. Por um lado para compreender o papel do enfermeiro especialista numa área que, apesar de não ser a prestação direta de cuidados ao doente, é transversal a todas as áreas e a todos os grupos profissionais de uma Instituição de Saúde. Por outro, a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o Controlo de Infecção que poderão ter sérias repercussões na minha prestação de cuidados ao doente/família, foi outro dos motivos que me levou a optar por esta área.

Com a realização deste estágio pretendi desenvolver competências que me permitissem prestar cuidados seguros aos doentes, em situação crítica, e prevenir eventuais situações de IACS, colaborando em estreita ligação com a CCI da minha organização de saúde e com o elo de ligação do meu serviço, na prevenção das IACS.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um dos eventos adversos com maior relevância nos cuidados de saúde. Nos países europeus estima-se que a taxa de prevalência das IACS ronde 5% a 10%, sendo que, 30% dessas IACS poderiam ser evitadas. As IACS são responsáveis pelo aumento do tempo de internamento, da morbilidade e mortalidade, representando um pesado ónus económico para recursos de saúde limitados. Os vários estudos de Vigilância Epidemiológica (VE) realizados, assim como inúmeros estudos científicos, revelam que as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são um dos locais onde a taxa de prevalência das IACS é maior, pelo que, todo o tipo de conhecimentos que adquiri e todas competências que desenvolvi permitir-me-ão desempenhar um importante papel no meu local de trabalho, não só como enfermeira mas, também, como elemento de referência na formação dos colegas/pares (COSTA [et al], 2009).

Para este estágio defini como objetivos: Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS); Colaborar com a CCI na revisão de normas/medidas que contribuam para a minimização das IACS

Uma CCI é um órgão consultivo de uma Unidade de Saúde, tendo como principais responsabilidades:

- *“...devem ter funções executivas em áreas específicas ao controlo de infeção, nomeadamente no planeamento, implementação e monitorização dos objetivos e metas que integra o POPCI da unidade de saúde*
- *Implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo de IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente”* (LEÇA [et al], 2008, p.14).

Com estas responsabilidades, uma CCI intervém de várias formas numa Unidade de saúde, tais como:

- *“Divulgação e monitorização do(s) programa(s) de Vigilância Epidemiológica (VE)*
- *Planear, implementar e monitorização o programa anual de formação*
- *Divulgação de normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS, através da elaboração de um manual de procedimentos*
- *Implementação de um programa de auditorias internas regulares às práticas e estruturas mais significativas para a prevenção e controlo das infeções”* (ibidem).

Nas atividades diárias de uma CCI existe uma parceria constante entre a CCI, o Serviço de Microbiologia e os Serviços de Internamento. Sempre que é isolado um microrganismo multirresistente, a Microbiologia informa a CCI que, por sua vez, contata o Serviço onde o doente se encontra internado. O contato com o Serviço poderá ser feito telefonicamente ou, o enfermeiro da CCI poderá deslocar-se, pessoalmente, ao serviço para informar da infeção existente e auxiliar os profissionais de saúde na implementação de medidas de controlo de infeção.

Numa deslocação ao Serviço de Microbiologia fomos informados do isolamento de *Acinetobacter baumannii* em três doentes, dois da Unidade de Transplante e um do Serviço de Medicina 1B. Obtida esta informação, deslocámo-nos aos respetivos serviços com o propósito de transmitir estes resultados e, de auxiliar na implementação

das medidas de controlo de infeção, indicadas neste tipo de situação. Na Unidade de Transplante, onde se encontravam dois dos doentes, dialoguei com a Enfermeira Chefe e com os enfermeiros responsáveis pelos doentes. Num dos doentes a colheita efetuada tinha sido ao exsudado da fístula de um dos membros superiores. Por acaso, este doente já se encontrava num quarto individual, o que facilitou a implementação de medidas de isolamento. Apenas foi necessário informar os profissionais e colocar o equipamento de protecção (EPI) necessário para protecção dos profissionais de saúde e visitas. O outro foco infeccioso era na urina de uma doente tendo a colheita sido efetuada aquando da remoção do cateter vesical. Esta doente encontrava-se num quarto com mais três doentes e não havia possibilidade de a isolar num quarto individual. Uma vez que não apresentava sinais clínicos de infeção (febre, parâmetros analíticos) decidiu-se que seria sensato repetir nova urocultura para confirmar a infeção por *Acinetobacter baumannii*. Tal situação não se veio a verificar na segunda urocultura, tendo-se tratado de uma colonização do cateter vesical. A Unidade de Transplantes é um serviço de internamento com 28 camas de enfermaria. Pelo tipo de doentes internados (doentes transplantados sob terapêutica imunossupressora), a sua suscetibilidade a infeções é muito maior, quando comparado com outro tipo de doentes, o que implica uma maior sensibilidade, no que respeita à prevenção e controlo de infeção.

O terceiro doente tratava-se de uma senhora internada na Medicina 1B, com isolamento de *Acinetobacter baumannii* na ponta do CVC. Tratava-se de uma doente já com internamento prolongado e com múltiplas co-morbilidades (tais como úlceras de pressão) que tinha feito antibioterapia com vancomicina, durante 28 dias por isolamento de *Proteus mirabilis* na urina. Como a colheita da ponta de cateter é sempre acompanhada de hemocultura, cujos resultados ainda não eram conhecidos, a médica assistente optou por contactar o médico de referência da CCI, para em conjunto decidirem iniciar logo antibioterapia ou, aguardar pelo resultado da hemocultura. Entretanto, reforcei junto da equipa de saúde as medidas a tomar para estabelecer um isolamento de contato que, pelo fato da doente se encontrar num quarto individual, seria facilitado.

Estas situações acima referidas foram alguns dos momentos vividos em estágio que me permitiram colocar em prática o conhecimento adquirido e ser um agente de mudança na prática de cuidados. Embora os colegas conheçam as medidas de proteção individual

é necessário que um elemento da CCI esteja presente de forma a reforçar o bom trabalho feito e a alertar para aspetos que necessitem de melhoria.

Além desta intervenção da CCI na deslocação aos serviços, no caso do isolamento de microrganismos multirresistentes, também os serviços contactam, frequentemente, a CCI para esclarecimento de dúvidas. Uma das ocorrências durante o período de estágio foi o pedido de ajuda do Serviço de Doenças Infecciosas, para uma situação específica. A Enfermeira Chefe abordou-nos com uma questão extremamente prática. Uma doente do serviço, internada por uma infeção por *Clostridium difficile*, num quarto de isolamento, necessitava de fazer hemodiálise. A questão que surgiu é como se desloca a doente ao Serviço de Hemodiálise. Sendo uma pessoa independente nas suas atividades de vida, necessitaria de ir, obrigatoriamente, em cama? Como é uma doente internada com um microrganismo contagioso e como existe a necessidade de esta sair do seu quarto, precisa de colocar algum equipamento de protecção individual? Ou o profissional que assegura o transporte necessita de EPI para si?

Apesar de conhecer as recomendações existentes para uma Infeção por *Clostridium difficile*, quando nos foi colocada a questão, reconheço que necessitei de parar para pensar. Ora aqui está uma boa questão! Se a doente está em quarto individual, para isolamento de proteção, pode sair para fazer hemodiálise? A resposta da enfermeira orientadora foi muito simples. Primeiro, saber se a doente apresentava ainda dejeções diarreicas e se, enquanto está no Serviço de Nefrologia a fazer hemodiálise, necessitava de ir à casa de banho. E qual o seu estado de consciência?

As questões tão simples que foram colocadas rapidamente desmistificaram o problema que nesse momento assolava aquela equipa de enfermagem. O *Clostridium difficile* resulta de uma infeção do aparelho gastrointestinal, com a libertação de esporos nas fezes do doente, sendo este o meio de contágio com outros doentes e/ou profissionais. A doente em questão, sendo uma pessoa consciente e orientada, que no momento não tinha mais de uma-duas dejeções por turno e que durante a sua permanência no Serviço de Nefrologia não tinha dejeções, não representava qualquer risco para terceiros.

A existência de *guidelines* e recomendações facilita muito o trabalho dos profissionais saúde. O fácil recurso à Internet, a bases de dados internacionais permite-nos, aceder rapidamente a estudos e *guidelines* recentes sobre as mais diversas temáticas. No

entanto, é necessário refletir sobre a sua aplicabilidade e operacionalização na prática diária.

Apesar de conhecer os cuidados necessários a ter com doentes infetados com *Acinetobacter baumannii* e com *Clostridium difficile* senti necessidade de pesquisar mais informação sobre a temática e de averiguar se existiriam novas recomendações e/ou estudos. Num dos artigos que li sobre o *Clostridium difficile* (GOULD, 2010), surgiu uma questão. O que se sabe é que o risco de contágio existe quando estes doentes têm dejeções diarreicas mas, o artigo em questão levanta a hipótese que, os doentes infetados por este microrganismo poderão constituir risco de contágio mesmo após cessarem as dejeções diarreicas. A DIRECÇÃO GERAL de SAÚDE divulgou um esclarecimento, em 2009, sobre Infeção por *Clostridium difficile* não referindo sequer a necessidade de prolongar o período de isolamento, recomendado para estes doentes. A leitura do artigo levou-me à pesquisa da fonte primária referida, que eram as recomendações do Ministério da Saúde do Reino Unido sobre como lidar com a infeção por *Clostridium difficile* (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008). Estas recomendações, publicadas em finais de 2008, vão um pouco mais além das recomendações que atualmente seguimos, na prevenção de infeção por *Clostridium difficile*. As recomendações britânicas utilizam uma escala para avaliação das características das fezes, a Escala de Bristol e, numa das suas *guidelines*, afirmam que o doente deve estar em isolamento até 48 horas após cessarem dejeções dos tipos 5 a 7 e até ter uma dejeção do tipo 1 a 4. Esta recomendação acaba por ser mais abrangente que as atuais recomendações nacionais, que falam apenas da cessação de dejeções diarreicas. Por outro lado, a utilização de uma escala de avaliação das características das fezes torna muito mais objetiva esta avaliação.

Sugeri então que se traduzisse a Escala de Bristol no sentido de se divulgar junto dos serviços, com o objetivo de facilitar os cuidados aos doentes com este tipo de infeção. Ao serem classificadas as dejeções em sete tipos diferentes, os enfermeiros possuirão um método concreto e objetivo para a avaliação dos doentes e, para a tomada de decisão de retirar ou não as medidas de isolamento, uma vez que não é recomendado a repetição de colheita de fezes para determinar se o doente continua ou não infetado. Além da tradução desta escala (à qual pedi posteriormente a um perito que fizesse a retrotradução), elaborei também uma folha para registo das características das fezes (Anexo I).

Uma outra situação que ocorreu foi um pedido de auxílio pelo enfermeiro de ligação da CCI no Serviço de Cardiologia. Este serviço de 6 camas de Cuidados Intensivos recebe doentes do foro cardíaco que são admitidos por Enfarte Agudo do Miocárdio ou, que são submetidos a Cateterismo Cardíaco ou, a implantação de Pacemaker Definitivo, e que acabam por constituir internamentos, por norma, muito curtos (Demora Média inferior a 2 dias). Por outro lado, os dados dos últimos Inquéritos de Prevalência revelam que a taxa de infeções, neste serviço, é muito reduzida (e por vezes inexistente). A equipa de saúde do serviço tem constatado que, desde finais de Março, vários doentes têm apresentado episódios de febre, sem causa aparente e sem nenhum fator em comum. O enfermeiro de ligação pediu a colaboração da CCI para que se tentasse analisar estes doentes e verificar se existe alguma situação/fator desencadeante no serviço. Propus então deslocarmo-nos ao Serviço de Microbiologia a fim de obter todos resultados positivos dos doentes internados no respetivo serviço, desde o início do ano. Uma primeira análise dos resultados da microbiologia não revelou a predominância de nenhum microrganismo, nem o aumento da frequência de microrganismos. Em conversa com a Enfermeira Chefe do serviço questionei se existiria algum fator em comum entre os doentes com febre, como por exemplo, tinham realizado o mesmo MCDT ou a mesma intervenção cirúrgica. De acordo com a Enfermeira Chefe não havia nada em comum entre os doentes. Enquanto alguns dos doentes tinham sido admitidos pelo Serviço de Urgência, outros foram admitidos eletivamente no serviço. O que parecia ser comum à grande maioria dos doentes era o aparecimento de febre após 24 horas de internamento o que, poderá descartar a hipótese de IACS. Mesmo assim, e para afastar qualquer possibilidade de se tratar de uma IACS, o enfermeiro de ligação começou a pesquisar no sistema informático todos os doentes que tiveram febre, período de internamento, fatores de risco para depois cruzar com os resultados do Serviço de Microbiologia. Até à data de finalização do estágio não obtive qualquer resposta do enfermeiro de ligação do serviço, no que respeita à sua pesquisa sobre os doentes infetados.

Todas estas situações que tive a oportunidade de acompanhar e participar, ao longo destas semanas, foram bastante reveladoras da intervenção de um enfermeiro numa CCI. Embora a sua intervenção junto dos serviços de internamento seja, essencialmente, consultivo, não deixa de ter uma intervenção crucial de apoio e auxílio. A existência de *guidelines* e recomendações facilita muito a nossa intervenção enquanto profissionais de

saúde mas, nem sempre a sua aplicação na prática diária é simples. Infelizmente, nem sempre se conseguem implementar as recomendações na íntegra, por limitações físicas e/ou humanas. Torna-se, então, necessário identificar soluções intermédias mas que não coloquem em risco a segurança dos doentes. Apesar dos profissionais de saúde conhecerem as recomendações sobre a prevenção e controlo de infeção, é um fato que, nem sempre estas são implementadas da forma mais correta. Torna-se por isso fundamental que um enfermeiro da CCI se desloque aos serviços e que analise as situações, não no sentido de “policiar” o trabalho dos colegas mas sim auxiliá-los na implementação das recomendações, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados e promover a segurança do doente.

A sensibilização dos profissionais para a importância das boas práticas para a prevenção das IACS não deixa de estar inerente em todas as atividades. As deslocações aos serviços, nas situações de infeções por microrganismos multirresistentes, os contatos telefónicos com os mesmos e as visitas pontuais que possam ocorrer não deixam de ser uma forma de, involuntariamente, observar e dialogar com os colegas e os demais profissionais, conhecendo as suas dificuldades, reforçar o bom trabalho que têm desenvolvido e sensibilizar para a importância das medidas para a prevenção das IACS.

Outro aspecto que poderá ser uma forma de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de boas práticas é a divulgação dos resultados do serviço onde trabalham. Os diversos programas de VE existentes, ao serem divulgados junto daqueles que, diariamente, prestam cuidados aos doentes são uma das formas de sensibilizar para a importância de implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção.

Recentemente decorreram dois Inquéritos de Prevalência nacionais, um em Março de 2009 e outro um ano depois, em Março de 2010. As bases de dados do PNCI permitem obter, imediatamente, os resultados de cada hospital. Durante o estágio, consultei os relatórios dos Inquéritos de Prevalência do HCC, de 2009 e 2010. Embora os relatórios não sejam muito volumosos em número de páginas, o conteúdo em si não deixa de ser difícil de analisar pela grande quantidade de quadros, o que não parece ser de todo vantajoso a sua divulgação, em bruto, aos serviços. Numa das visitas aos serviços, houve uma Enfermeira Chefe que questionou sobre os resultados do seu serviço. Como se tratava de um Serviço de Medicina, não era possível obter os dados específicos daquela Medicina porque estavam todas trabalhadas em conjunto. Sugeri à enfermeira

orientadora que trabalhasse os dados de cada serviço, isoladamente, para que pudéssemos dar esse feedback aos serviços. Desta forma, analisei os dados dos Inquéritos de Prevalência de 2009 e 2010, por serviço, obtendo as taxas de prevalência das IACS e Infecções da Comunidade (IC), assim como as características das IACS (idade dos doentes, sexo, localização da infecção, microrganismo isolado e fatores de risco extrínseco). Para cada serviço foi trabalhado um gráfico e um quadro com os dados, de uma forma bastante simplificada para que todos conhecessem os seus próprios resultados. Embora os dados obtidos pelos Inquéritos de Prevalência mostrem apenas uma fotografia daquele dia específico, não sendo de todo representativos da realidade do contexto da unidade de saúde, a sua divulgação pretende ser uma forma de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância das medidas de prevenção e controlo de infeção (Anexo II).

Decorrente desta atividade, elaborei uma pequena apresentação dos resultados dos inquéritos, para apresentar na reunião de dia 8 de Junho com os elos de ligação. Em vez de apresentar os resultados por serviço, optou-se por separar por áreas, nomeadamente, Medicina, Cirurgias e UCIs (Anexo III).

Da análise destes dados emergiu a curiosidade de conhecer os números do meu contexto profissional e saber como seria a minha realidade. Apesar de podermos sempre implementar melhorias nos cuidados, penso que, conhecendo a realidade presente e concreta, resultante do nosso trabalho diário, mais facilmente poderemos aderir à mudança das práticas e à implementação de medidas efetivas na prestação de cuidados. Por este motivo solicitei à CCI da organização de saúde, onde atualmente exerço funções, dados referentes à UCIC, no sentido de conhecer a realidade concreta e de refletir sobre o que fazemos e, se for o caso, o que poderemos melhorar.

Uma das responsabilidades de uma CCI é a implementação de programas de Vigilância Epidemiológica (VE). A VE das IACS permite identificar os microrganismos mais frequentes, assim como os serviços de maior risco e informação relevante, no que respeita ao uso de antibioterapia e cuidados com a colocação e manutenção de dispositivos invasivos.

De acordo com a bibliografia a VE é uma das formas de, eficazmente, contribuir para a redução das IACS na medida em que, os profissionais de saúde, ao conhecerem as taxas

de infeção do seu contexto profissional, ficam mais sensibilizados para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção.

Dos vários programas de VE existentes a nível europeu, e no qual Portugal participa, encontra-se o Inquérito de Prevalência. Este é uma forma de, rapidamente, se conseguir obter dados sobre as IACS que, permitam planear e implementar medidas de controlo de infeção, direcionadas para os contextos de cada unidade de saúde.

Outro programa de VE existente é a Vigilância das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS). Este programa permite que cada hospital conheça a sua taxa de INCS e quais os microrganismos mais frequentes, assim como os fatores de risco (ex. presença de cateteres, ...). Este trabalho é elaborado em estreita colaboração com o Serviço de Microbiologia que, envia para a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) os resultados de todas as hemoculturas positivas. Estes dados são, posteriormente, analisados com os dados do processo do doente, no sentido de perceber se estamos perante uma IACS, uma infeção da comunidade ou apenas uma colonização. Todos estes dados irão ser introduzidos numa base de dados online do PNCI (Programa Nacional de Controlo de Infeção) sendo, posteriormente, trabalhados a nível nacional pela DGS e, localmente, pela CCI.

Para que se consiga calcular a taxa de INCS e as taxas de INCS relacionadas com cateter vesical, cateter central e ventilação mecânica é necessário a colaboração dos serviços para o preenchimento do Formulário Calendário. Este impresso permite conhecer os dias de exposição dos doentes aos fatores de risco extrínsecos, de forma a ser possível calcular as taxas de INCS específicas e o índice de exposição ao fator de risco. Verifica-se que poucos serviços enviam à CCI o Formulário Calendário, devidamente preenchido, o que impossibilita a análise da taxa de INCS de muitos serviços. Uma vez que se iria elaborar um documento para enviar aos serviços, com os resultados dos últimos Inquéritos de Prevalência, optou-se também por, nesse mesmo documento, fazer referência ao Formulário Calendário referindo a importância do seu preenchimento, e que não deve ser apenas responsabilidade do elo de ligação da CCI, mas sim de toda a equipa. Também na apresentação dos resultados dos Inquéritos de Prevalência foi abordado a importância do preenchimento Formulário Calendário, para que se consiga realizar a VE das INCS (Anexo II).

Além destes programas de VE (que tive a oportunidade de consultar) existe também o HELICS (*Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance*). O HELICS é uma iniciativa europeia que fomentou a criação de bases de dados; uniformização de recolha de dados e, de critérios para as definições de infeção, permitindo assim a possibilidade de comparar resultados entre situações/serviços idênticos. Dos vários programas HELICS existentes (UCI e Cirúrgico), o HCC iniciou, em 2009, o programa HELICS – Cirurgia para a Ortopedia (artoplastia total, parcial; revisão da anca; artoplastia total e revisão do joelho). Uma vez que se tratam de intervenções cirúrgicas, que requerem a implantação de próteses, a VE é feita até 1 ano após a cirurgia. Como só se iniciou a VE em 2009 ainda não foi efetuada a revisão de todos os processos, estando revistos apenas aqueles que já completaram 1 ano pós cirurgia.

Outro programa de VE existente no HCC é o estudo das flebites, como evento adverso. O hospital criou um impresso de notificação das flebites. Este impresso pretende que os profissionais, sempre que detetarem uma flebite a notifiquem à CCI, preenchendo alguns itens, no que respeita à data de introdução do cateter, calibre, localização, assim como a classificação da flebite de acordo com a escala de Jackson.

Um manual de boas práticas é um dos meios de promover a divulgação de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS. Na CCI do HCC constatei que o manual existente se encontrava em fase de transição. Existia um manual antigo a necessitar de revisão em que, as normas existentes se apresentavam sob processo de reformulação, tendo em vista a construção de um novo manual. Como algumas dessas normas não estavam ainda atualizadas, sugeri fazer a atualização de algumas delas. Optei por trabalhar três normas: a prevenção de infeção associada a dispositivos intravasculares (Anexo IV); a prevenção de infeção associada ao local cirúrgico (Anexo V) e, a prevenção de infeção urinária associada a cateterização vesical (Anexo VI). Os dispositivos intravasculares são um dos principais fatores de risco extrínseco associado às IACS pelo que a elaboração de uma norma sobre as recomendações no que respeita à sua inserção, manutenção e remoção são sempre atuais e pertinentes. ZINGG e PITTET (2009, p. 38) referem mesmo de que mais de 70% dos doentes têm um cateter venoso periférico durante o seu internamento hospitalar, levantando a problemática da utilização excessiva destes dispositivos. Embora os estudos indiquem que as infeções da corrente sanguínea associadas a dispositivos intravasculares são mais frequentes no

cateter venoso central (CVC), também existem infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres venosos periféricos embora o estudo destas situações não esteja tão valorizado (*ibidem*).

Relativamente à utilização de CVC este quase dispensa justificações. São inúmeras as referências bibliográficas que referem os riscos de infecção que acarretam, pelo que a sua inserção deve ser analisada e ponderada. Os resultados da Vigilância Epidemiológica das INCS publicado pelo PNCI, referente ao ano 2002, revelou 7.1 INCS/1000 doentes internados, dos quais 77.8% das INCS foram consideradas primárias (em que 19.3% estavam relacionadas com o CVC) (PINA [et al], 2006). As INCS levam então a uma elevada morbidade e aumento dos custos com o número de dias de internamento sendo, a Demora Média de 35,3 dias para os doentes com INCS contra 8,9 dias de demora média no global. Dos serviços com maior número de INCS temos as UCIs polivalentes seguindo-se dos serviços de medicina (PINA [et al], 2006).

Segundo um artigo de revisão de RESENDE DA SILVA, OLIVEIRA E RAMOS (2009, p. 127) a origem das infecções relacionadas com o CVC é multifatorial e complexa. Os mesmos referem as seguintes fontes de contaminação: “mãos dos profissionais, microflora da pele do doente, ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, fluidos contaminados e a via hematogénea”.

É certo de que a maioria dos profissionais de saúde, que manuseiam este tipo de dispositivos, conhece as recomendações e a técnica de utilização. No entanto, é também sabido de que nem sempre são cumpridas da forma mais correta, muitas vezes aliado ao volume de trabalho dos profissionais de saúde, tornando-se por isso necessário uma revisão frequente destas recomendações.

Relativamente à infecção do local cirúrgico, esta é uma das IACS mais frequentes, conjuntamente com a pneumonia, infecção urinária e bacteriémia associada com o CVC. Analisando os resultados dos Inquéritos de Prevalência em Portugal verificou-se que, a infecção do local cirúrgico representou valores de 20%, 16% e 13% nos anos de 1988, 1993 e 2003, respetivamente (PINA [et al], 2004 (1)).

A elaboração de uma norma sobre a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical, é de elevada pertinência pelos mesmos motivos que as normas já

acima referidas. As infecções urinárias são uma das IACS mais frequentes e, no HCC, foi mesmo a IACS mais frequente em 2010, segundo o Inquérito de Prevalência, e a segunda mais frequente no Inquérito de Prevalência de 2009. Aliados a estes fatos, foi publicado em 2009 as novas *guidelines* do CDC sobre a Prevenção da Infecção Urinária (GOULD [et al], 2009). Embora estas recomendações não tenham sido ainda adaptadas pelo PNCI, no momento da elaboração desta norma consultei as *guidelines* do CDC, tendo a norma sido elaborada de acordo com as novas recomendações.

Uma das medidas de intervenção de uma CCI como forma de dar resposta às suas responsabilidades é a implementação de um sistema de auditorias internas. As auditorias são um “método usado pelos profissionais de saúde para avaliar e melhorar, de forma sistemática, os cuidados ministrados aos doentes de forma a melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida”. (IRVINE, 1991 *apud* FRAGATA e MARTINS, 2006, p.135). Em Controlo de Infecção podem ser efetuadas auditorias às estruturas (ex. estruturas para as lavagens das mãos), processos (ex. práticas de higiene das mãos, utilização de dispositivos invasivos) e resultados (ex. taxa de infeção urinária em doentes com cateterização vesical, taxa de infeção do local cirúrgico, ...).

Em conversa com a enfermeira orientadora percebi que a CCI não tem construído nenhum instrumento para auditoria de processos, tais como: práticas de cateterização vesical; práticas de manuseamento de dispositivos intravasculares. Recentemente, no âmbito de um programa de VE intermitente sobre infeção urinária, implementado pela CCI, foi efetuado um questionário aos enfermeiros sobre os procedimentos relacionados com a cateterização vesical, que foi aplicado nos serviços com maior taxa de infeção urinária associada à cateterização vesical. No entanto, a aplicação deste questionário não deixa de ter algumas limitações uma vez que os profissionais podem conhecer a técnica e os procedimentos mas tal não significa que a cumpram da forma mais correta. Por este motivo, a construção de um instrumento de auditoria seria uma mais-valia para a avaliação das práticas dos profissionais.

Na opinião da enfermeira orientadora, uma vez que sou enfermeira externa ao HCC, a realização destas auditorias por mim durante o período de estágio poderia não ser muito bem recebida junto dos colegas, nos serviços. Por esta razão, elaborei os instrumentos que, futuramente, serão apresentados aos elos de ligação para que realizem auditorias às práticas (Anexos VII, VIII e IX).

Uma das intervenções de uma CCI é a elaboração e implementação de um plano de formação anual sobre Controlo de Infecção. Desde o início do ano que, mensalmente, está agendada uma reunião com os elos de ligação, para se discutir várias temáticas.

Uma das reuniões que tive a oportunidade de assistir foi sobre a Gestão de Resíduos, ministrada por profissionais pertencentes à empresa contratualizada pelo HCC para a recolha de resíduos (Ambimed). Nesta formação foram abordadas questões relacionadas com a triagem e separação de resíduos, tendo sido colocadas questões bastante pertinentes. O fato de ter sido uma formação bastante prática em que, apesar da apresentação dos grupos resíduos, foram discutidos questões práticas do dia-a-dia, relacionadas com as práticas diárias e qual a melhor forma de proceder. Verifiquei que estiveram presentes a grande maioria dos elos de ligação, que demonstraram bastante interesse e participação, colocando questões importantes. A enfermeira orientadora teve também uma participação bastante dinâmica, ao complementar a informação da Ambimed e ao colocar questões concretas sobre como fariam a triagem de determinado material e ao estar, constantemente, a validar se a informação tinha sido compreendida por todos. Um dos exemplos das várias questões colocadas era como triar ampolas com restos de fármaco no seu interior. Uma ampola de vidro é considerada resíduo não perigoso devendo ser colocada em saco preto (Grupo II). No entanto, se a mesma ampola conter ainda restos de fármaco (p. ex.  $\frac{1}{2}$  ou mesmo  $\frac{1}{3}$  do seu volume), esta já é considerada resíduo perigoso devendo ser colocada nos contentores de cortopercutores, para incineração. A dúvida que surge frequentemente junto dos profissionais é qual a quantidade de fármaco que deve existir dentro da ampola para que a decisão de triar seja de resíduo não perigoso para resíduo perigoso? Confesso que também fiquei com dúvidas nessa questão. De fato, todas as ampolas ficam sempre com vestígios de fármaco mas, essa quantidade vestigial que fica na ampola é insignificante devendo ser considerado resíduo não perigoso. Apenas quando a quantidade existe na ampola já é significativa é que devemos considerá-la resíduo perigoso.

Apesar de já ter feito formação sobre triagem de resíduos no meu contexto profissional, que trabalha com a mesma empresa, esta formação serviu-me para rever algumas informações. Também sinto que por estar a fazer um estágio em CCI e, pelos conhecimentos que tenho adquirido ao longo da especialidade, estes permitiram-me adquirir competências de uma forma mais abrangente. Embora a triagem de resíduos esteja muito bem definida, com a definição dos seus 4 grupos, na prática diária de

cuidados somos constantemente confrontados com situações dúbias. Tudo isso leva a que, por vezes, cometamos erros e descuidos na triagem de resíduos. Esta situação torna-se de tal forma importante não só por questões ambientais e económicas mas também para a nossa própria segurança.

Apesar da gestão dos resíduos ser uma questão trabalhada pela Gestão Hoteleira, a CCI acaba por ter um papel preponderante, em termos consultivos na medida em que deve dar o seu parecer sobre questões relacionadas com a prevenção das IACS e com a segurança dos profissionais. O fato de, frequentemente, se deslocar aos serviços permite detetar situações irregulares e que podem colocar em causa a saúde do doente e/ou profissionais, por má triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares. Um outro exemplo que demonstra o apoio consultivo da CCI à Gestão Hoteleira foi na escolha da Empresa de Limpeza para o Hospital. Encontrava-se a decorrer um concurso para a escolha de uma nova Empresa de Limpeza para o Hospital e o apoio solicitado à CCI foi no sentido de colaborar na análise das propostas e se estas vão de encontro às recomendações da DGS sobre a Higienização do Ambiente (PNCI<sub>(1)</sub>, 2007; PNCI<sub>(2)</sub>, 2007).

A escolha de material para o hospital poderá também necessitar do parecer da CCI. Uma firma de material hospitalar deslocou-se ao HCC para tentar introduzir uns toalhletes de limpeza de superfícies e toalhletes de limpeza de doentes. Foi apresentado à CCI o material, assim como as suas características, verificando-se que estavam de acordo com as recomendações existentes. Foram deixadas algumas embalagens dos toalhletes para que fosse efetuado o teste do material, num dos serviços. A CCI selecionou um Serviço de Medicina, um dos mais antigos e com maiores problemas no que respeita a infraestruturas. Esta fase de teste foi acompanhada por mim e pela CCI e, ao fim de duas semanas de utilização do material, foi pedido ao serviço que fizesse uma avaliação do material testado. O feedback foi bastante positivo. Não só os toalhletes de limpeza de superfícies, como os toalhletes para higiene dos doentes, se revelaram bastante úteis em situações específicas de doentes muito dependentes. Posteriormente à avaliação positiva do serviço, a CCI elaborou um parecer a solicitar a compra deste material pelo hospital.

A segunda reunião com os elos de ligação da CCI teve lugar no último dia de estágio. A responsável pela sessão foi uma enfermeira das Consultas Externas que fez uma breve apresentação sobre a prevenção da infeção urinária, no âmbito do ambulatório. Embora

a apresentação tenha constituído uma revisão bibliográfica sobre a temática que, a meu ver, apenas serviu para rever alguns conceitos já conhecidos, foi uma oportunidade de, informalmente, se discutir as novas *guidelines* do CDC sobre a prevenção da infeção urinária e que tive a oportunidade de analisar durante o estágio. As novas *guidelines* do CDC parecem levantar mais dúvidas e trazer mais confusão a questões que pareciam já estar assentes. Por exemplo, na anterior revisão recomendava-se apenas a lavagem da região peri-uretral com água e sabão antes da cateterização vesical (PINA<sub>2</sub> [et al], 2004). Já as *guidelines* de 2009 recomendam a lavagem da região peri-uretral com soluto estéril que poderá ser antisséptico ou soro fisiológico/água destilada (GOULD [et al], 2009). O que foi bastante discutido durante a sessão foi a dificuldade na mudança de comportamentos dos profissionais, passando da desinfeção com antisséptico para a lavagem com água e sabão. Este “retrocesso” coloca a CCI numa posição difícil uma vez que exige uma nova intervenção junto dos serviços e dos profissionais, para mudança das práticas. Apesar de, durante o estágio, ter trabalhado numa norma sobre a prevenção da infeção urinária, baseada já nas novas recomendações, a sua divulgação não é, de todo, suficiente (Anexo VI). É necessário um trabalho árduo junto dos profissionais para a aceitação destas novas recomendações.

Também não se pode afirmar que, por uma questão de facilitismo, não se vai adoptar as novas recomendações sobre a prevenção da infeção urinária. A enfermeira orientadora afirmou que, nesta primeira fase não iria proceder à mudança das práticas. Estas novas recomendações não parecem ter ainda muita evidência, sendo ainda uma questão não resolvida a utilização de antisséptico ou água destilada/soro fisiológico. Por outro lado, o PNCI não publicou ainda as atualizações sobre a prevenção da infeção urinária, baseada nestas novas recomendações. Assim sendo, a enfermeira da CCI decidiu não avançar já com a divulgação destas novas recomendações.

Durante o estágio percebi de que o papel do enfermeiro de uma CCI obriga a muita sensatez e ponderação antes de se tomar qualquer decisão. A divulgação a frio destas novas *guidelines* poderia trazer mais confusão aos profissionais e, talvez, algum “descrédito” no trabalho que é feito no âmbito do Controlo de Infeção. É necessário analisar, refletir, pesquisar sobre estas novas mudanças e ponderar muito bem antes de, junto das equipas, se proceder a mudanças.

A formação é uma das competências a desenvolver no decorrer do estágio. No início de estágio questioneei a enfermeira orientadora quais as necessidades de formação sobre Controlo de Infecção no HCC, para que pudesse dar o meu contributo à organização de saúde, através da elaboração de umas (ou mais) sessões de formação aos profissionais de saúde do HCC. No entanto, devido às recentes mudanças na organização de saúde (passagem do HCC a hospital E.P.E com todas as repercussões que daí advêm) a enfermeira orientadora, por todas estas questões logísticas, não achou pertinente a realização de sessões de formação durante o período de estágio.

Por outro lado, à medida que este estágio evoluía e decorrendo de todo o trabalho de pesquisa que fui desenvolvendo, não pude deixar de transpor os conhecimentos adquiridos para o meu contexto de trabalho. Esta “ponte” que diariamente fazia com a minha realidade profissional permitiu-me identificar lacunas no meu contexto de trabalho. Assim sendo, optei por aproveitar e otimizar os contributos da CCI e da enfermeira orientadora para melhorar as práticas do meu contexto profissional. Após falar com o elo de ligação da CCI no meu serviço e com o Enfermeiro Chefe elaborei uma formação para os assistentes operacionais sobre a Higienização do Ambiente. Tratava-se de uma formação, há muito programada no serviço mas que, por outro tipo de contingências, ainda não foi possível realizar. Após conversa informal com alguns assistentes operacionais verifiquei que as recomendações nem sempre são cumpridas da forma mais correta, justificando a pertinência desta formação (Anexo X).

Por outro lado, será que os enfermeiros, que supervisionam o trabalho dos assistentes operacionais, têm conhecimento de todas as recomendações sobre a higienização do ambiente? A minha experiência diária de trabalho leva-me a constatar que, nem sempre cumprimos as recomendações da forma mais correta e mais atual. Por este motivo, elaborei um pequeno questionário (Anexo XI) sobre várias temáticas de Controlo de Infecção, no sentido de avaliar os conhecimentos dos enfermeiros. O curto período de estágio não me permitiu a elaboração, aplicação e análise do questionário em tempo útil. Assim sendo, optei por, mesmo sem os resultados do questionário, elaborar uma formação para os enfermeiros aproveitando todos os contributos da CCI e da enfermeira orientadora. A sessão de formação foi elaborada em vários módulos, em que cada módulo correspondia a um tema sobre CCI, para que pudesse ser apresentado, futuramente, e de forma faseada nas passagens de turno (Anexo XII). A elaboração da formação para os enfermeiros teve como base aquilo que eu, enquanto enfermeira da

UCIC sentia que seriam as necessidades de formação. No entanto, uma vez que iria aplicar um questionário prévio, esta poderia ser facilmente modificada e adaptada, em função das lacunas detetadas.

A elaboração destas duas formações foi uma forma de aprofundar conhecimentos sobre várias temáticas de Controlo de Infecção, o que será uma mais-valia para o meu trabalho como enfermeira. Este trabalho exigiu da minha parte a leitura de várias recomendações da Direcção Geral de Saúde, *Guidelines* do CDC e recomendações para o Bloco Operatório. Além de todas as atividades realizadas, toda esta pesquisa bibliográfica ajudou-me aprofundar conhecimentos sobre a temática, motivo pelo qual optei por realizar um estágio numa CCI. Por outro lado, obrigou-me a refletir sobre as práticas do meu local de trabalho e a detetar aspetos que necessitam de melhoria. Embora ainda não tenha tido a oportunidade de discutir as situações que necessitam de melhoria, no meu contexto de trabalho, penso que este será um dos principais contributos que poderei dar ao meu serviço.

Na CCI o meu percurso teve em conta, não só a aprendizagem da realidade de um enfermeiro numa CCI, mas também quais os contributos para o meu local de trabalho que, terá repercussões diretas na minha prestação de cuidados, assim como na formação dos meus pares. O enfermeiro especialista não é menos importante numa CCI do que num Serviço de Urgência ou numa UCI. Embora o trabalho seja desenvolvido em parceria com diversos órgãos de uma organização de saúde, desde Gestão Hoteleira, Farmácia, Serviços de Internamento, não deixa de ser um trabalho um pouco solitário. O enfermeiro de uma CCI está sempre disponível para dar resposta a qualquer situação-problema que surja. E não são assim tão poucas quanto isso. Existem recomendações, diretrizes e *guidelines* mas a realidade do dia-a-dia é bem diferente. Quando temos serviços cheios com importantes problemas físicos e estruturais, colocar em prática as recomendações e diretrizes sobre Controlo de Infecção, exige alguma imaginação. Desta forma considero que o percurso numa CCI foi crucial e trará imensos frutos para o meu desenvolvimento profissional. Não só pelos trabalhos desenvolvidos em contexto de estágio mas por todos os conhecimentos adquiridos.

## **2. MÓDULO DE URGÊNCIA**

Os Serviços de Urgência são, por norma, serviços que exercem algum fascínio junto dos profissionais, principalmente, em início de carreira, pela sua dinâmica tão característica.

Tal como já referido na introdução deste documento, a escolha deste Serviço de Urgência prendeu-se com o fato de ser uma Urgência de um Hospital Central que recebe doentes do foro traumatológico, uma área da qual tinha algum interesse em aprofundar conhecimentos, pela grande especificidade na abordagem deste tipo de doentes. Também por ser um centro hospitalar com a especialidade de Cardiologia era minha expectativa prestar cuidados aos doentes com patologia cardíaca, aquando a sua admissão no SUC.

Os objectivos que defini para este estágio, e que irei de seguida analisar são os seguintes: Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente/família em situação crítica, com especial atenção ao doente cardíaco, tendo em conta as vertentes técnica, científica e relacional; Implementar medidas no Serviço de Urgência que contribuam para a Segurança do Doente.

A prestação de cuidados ao doente em situação crítica foi uma constante ao longo de todo o estágio. Após alguns turnos a prestar cuidados no SO, optei por incidir o meu estágio, essencialmente, nas salas de reanimação. Esta opção prendeu-se apenas com o fato de o SO ser um serviço com algumas semelhanças a um serviço de intermédios. Uma vez que a minha experiência profissional é de Cuidados Intensivos, as salas de reanimação, pelo tipo de doentes que recebem e por todas as suas características, pareceram-me o local indicado para desenvolver as competências que me eram exigidas, enquanto futura especialista, e nos importantes contributos que poderiam trazer na minha prestação de cuidados.

A expectativa inicial era de prestar cuidados a doentes, nomeadamente a grandes politraumatizados. Infelizmente foram poucas as oportunidades surgidas durante o estágio mas, que não deixou de ser um estágio muito rico nos momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

A realização deste Curso de Mestrado tem como foco primordial o desenvolvimento e aquisição de competências que permitam a prestação de cuidados especializados ao doente em situação crítica. Podemos então referir que o doente crítico é aquele que apresenta falência de um ou mais órgãos/sistemas necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, 2008).

A prestação de cuidados em situação crítica pode ocorrer nas mais diversas áreas de uma organização de saúde mas, podemos focá-la em duas áreas primordiais: as UCIs e os Serviços de Urgência.

Uma UCI é um local que “serves as a place for monitoring and care of patient with potential sever physiological instability requiring technical and/or artificial life support” (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, 1999, p. 3). Já um Serviço de Urgência permite prestar cuidados a doentes de alto risco e/ou situação crítica mas com características distintas. Inúmeras são as definições de um serviço de urgência. Utilizando uma delas podemos afirmar que é “section of an institution that is staffed and equipped to provide and varied emergency care, especially and acute illness or who are the victims of severe trauma” (MEDICINE.NET, 2000).

Pelas suas características, um Serviço de Urgência define-se pela sua grande imprevisibilidade devendo ser capaz de dar resposta a todos aqueles que a ele recorrem. O Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria é a principal porta de entrada do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. tendo recebido, em média, cerca de 884 doente/dia, ao longo do ano de 2010. A equipa de cerca de 100 enfermeiros permite a prestação de cuidados aos doentes, ao longo do seu percurso na urgência, desde a triagem, salas de tratamentos, pequena cirurgia, reanimação, entre outros. O serviço de urgência é como que um elo de ligação entre o mundo exterior e os cuidados de saúde.

Os motivos que levam uma pessoa a um Serviço de Urgência são variados sendo muito delas situações pouco urgentes. A forma de prestar cuidados eficazes e dar resposta em tempo útil à situação de doença da pessoa é através de um sistema de triagem.

A triagem pode ser definida como “process that involves a nurse assessing, a patient upon a arrival in the emergency department and assigning to that patient a level of

priority for care based on their acuity” (CHEUG, HEENEY e POUND *apud* DIOGO, 2007, p.21).

Através da recolha de dados de uma forma simples e sintética é definida um nível de prioridade para atendimento, através de um sistema de cores, assim como a especialidade de que necessita (NUNES, 2007, p10).

O objetivo pelo qual realizei um estágio no SUC foi prestar cuidados a doentes de alto risco e/ou situação crítica. Embora a focalização do estágio tenha sido nas salas de reanimação e SO, não pude deixar de observar a intervenção do enfermeiro na Sala de Triagem.

O Sistema de Triagem de Manchester funciona por algoritmos permitindo uma maior objetividade e rapidez no primeiro contato com o doente. Pretende-se que, de forma rápida e eficaz se defina o grau de prioridade para observação médica, atribuindo uma cor.

Habituada a uma observação e avaliação cuidada e minuciosa ao doente crítico, decorrente da minha experiência profissional em Cuidados Intensivos, a avaliação de doente na Sala de Triagem, além de uma confusão inicial fez-me refletir sobre as práticas de enfermagem, em diversos contextos

O algoritmo do Sistema de Triagem de Manchester permite que, de forma rápida se avalie determinados critérios chave tais como motivo, estado de consciência, dor, saturação periférica de O<sub>2</sub>, pulso, entre outros.

A avaliação da dor é, atualmente, um dos sinais vitais avaliados no doente, sendo considerado o 5.º sinal. A avaliação da dor é, no entanto, algo por vezes difícil. As escalas da avaliação da dor existentes, tal como a escala de avaliação numérica (mais utilizada) são, no entanto, difíceis de compreender por alguns doentes. Estas escalas permitem que o doente qualifique a sua dor, em termos numéricos ou qualitativos (DGS, 2003).

Pela minha experiência verifico que nem sempre o doente consegue avaliar e quantificar a sua dor. Mesmo explicando ao doente em que 0 é a total ausência de dor e 10 a pior dor que já teve, os doentes nem sempre conseguem perceber e qualificar a sua dor, particularmente os mais idosos. Num Serviço de Urgência, e especificamente na Sala de

Triagem, o enfermeiro não pode dispendir muito tempo na avaliação de cada doente. Verifiquei que a dor, um dos aspetos cruciais no Sistema de Triagem de Manchester é, por norma, uma avaliação subjetiva do enfermeiro que tria e não uma avaliação objetiva pelo doente. Embora a avaliação da dor do doente seja um sinal há muito avaliado pelos enfermeiros a utilização de escalas de avaliação pelo doente é relativamente recente. Doentes com situações de saúde que necessitam de recorrer a um Serviço de Saúde com maior frequência já, rapidamente, conseguem avaliar a sua dor. Embora não concorde com a quantificação da dor do doente pelo enfermeiro (em função da sua avaliação do doente) compreendo que, na maioria das vezes é a única forma. O enfermeiro na triagem quando avalia o doente e verifica que este apresenta uma situação de saúde mais instável atribui uma dor mais intensa/severa com o objetivo de atribuir uma prioridade mais elevada no atendimento no doente. A gravidade da dor no doente pode significar um grau mais prioritário no atendimento (ex. em vez de verde para amarelo ou laranja) e que é um fato que, frequentemente, os doentes referem a sua dor como severa (mesmo não sendo) para uma maior rapidez no atendimento. Não descurando a dor dos doentes e não concordando de todo como a dor é avaliada na triagem pelos enfermeiros acredito que com o tempo as pessoas vão conseguir avaliar e quantificar a sua dor de uma forma rápida. Tal como avaliamos a tensão arterial, a temperatura os doentes começam-se a habituar a que lhes seja questionada que dor sentem naquele momento.

Mas se nem sempre o doente consegue avaliar e quantificar a sua dor, esta não deixa de ser uma preocupação dos enfermeiros do Serviço de Urgência. Além da avaliação da dor e da instituição de medidas de analgesia, sejam elas farmacológicas ou não, os enfermeiros demonstram uma preocupação no alívio da dor e no conforto do doente. Mais do que a realização de intervenções interdependentes, tal como o cumprimento de uma prescrição farmacológica, para o alívio da dor, o enfermeiro possui competências e tem autonomia para a realização de intervenções autónomas e para a gestão de cuidados, permitindo-lhe cuidados individualizados a cada doente.

Na Sala de Tratamentos 1, onde são prestados cuidados aos doentes triados como muito urgentes (laranjas), grande parte das situações estão relacionadas com a dor. A administração de terapêutica analgésica, nestes casos, é extremamente importante mas não pode ficar apenas por aqui. O enfermeiro tem a capacidade de avaliar e tomar decisões e, quando o tratamento não está a ser eficaz pode sugerir alternativas e providenciar outro tipo de conforto com vista ao alívio da dor. Num dos dias recebi na

Sala de Tratamentos 1 um doente com patologia oncológica, já metastizada, que se encontrava extremamente agitado, devido a dores intensas. O seu estado de agitação e sofrimento era aflitivo pelo que falei prontamente com o médico tendo-lhe sido administrada analgesia, com efeito. No entanto rapidamente era necessário agilizar outro tipo de intervenção terapêutica uma vez que o efeito da medicação iria deixar de surtir efeito. De forma a tentar manter o máximo de conforto desse doente, e uma vez que este teria de se ausentar do serviço para realização de exames complementares de diagnóstico, sugeri ao colega contarmos o Serviço de Imagiologia, a fim de agendar uma hora exata para o doente realizar o TAC, de maneira a que não permanecesse muito tempo à espera. Assim, antes de o doente subir para fazer TAC administrei outro bólus de terapêutica analgésica para que o doente repousasse e pudesse realizar os seus exames. A iniciativa de agilizar a articulação entre o Serviço de Urgência e o Serviço de Imagiologia foi no sentido de procurar dar algum conforto a este doente, através da administração de terapêutica analgésica. Posteriormente sugeri a possibilidade de se contatar a Unidade de Dor, para que o doente fosse devidamente medicado e acompanhado para a sua situação de saúde.

Além de ter observado os enfermeiros na Sala de Triagem, ao longo do estágio colaborei com os colegas na admissão e triagem de doentes vítimas de acidente de viação. Embora doentes, aparentemente, em situação que não exigia cuidados imediatos, com risco de vida, a intervenção do enfermeiro é crucial. A admissão no serviço, avaliação inicial e observação, para conhecimento das queixas, mecanismo do trauma e despiste de eventuais lesões neurológicas são fundamentais nesta fase inicial. Embora doentes que visivelmente exigem cuidados menos imediatos a primeira abordagem do enfermeiro, é fundamental para uma triagem em segurança. Nas situações de grandes politraumatizados a “grandeza” das lesões mobiliza rapidamente uma equipa de saúde. No entanto, existem também outras situações em que podem existir lesões traumáticas fechadas que, nos momentos mais imediatos não apresentam repercussões hemodinâmicas, nem sintomatologia, mas que *a posteriori* poderão ser fatais. Nesta primeira abordagem pude não só observar e avaliar doentes vítimas de acidente de viação, nomeadamente, estado de consciência, dor, mecanismo de trauma, como prestar os primeiros cuidados tais como, mobilização de doentes com suspeita de lesão medular, imobilização de fraturas ósseas e primeiros cuidados a feridas sangrantes.

Ao longo do estágio procurei analisar e refletir sobre as oportunidades de aprendizagem. Em vários momentos procurei ser uma mais-valia e contributo para os colegas. Quando, informalmente vamos partilhando outras formas de trabalhar, vamos refletindo e aprendendo com elas. Além da prestação de cuidados procurei partilhar com os colegas o resultado de alguma pesquisa bibliográfica no sentido da melhoria das práticas. Por exemplo, houve um dia que recebemos na sala de reanimação um doente com dificuldade respiratória e que tinha como antecedente um síndrome desconhecido a toda a equipa de saúde: a síndrome de Neuro-Behcet. No momento não houve oportunidade de pesquisar na internet em que consistia tal síndrome mas assim que pude, pesquisei sobre a síndrome de Neuro-Behcet e no dia a seguir trouxe para o SU dois artigos para partilhar com os colegas.

Um outro momento de discussão e reflexão resultou da publicação, em Outubro, das novas recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação, sobre reanimação de adultos e crianças. Decorrente da necessidade de leitura destas novas recomendações para a minha prática profissional, tentei aproveitar alguns momentos no Serviço de Urgência para partilhar o resultado da minha leitura e contribuir para a melhoria das práticas. Uma das situações que gerou mais discussão entre os colegas sobre as novas recomendações foi o fato de já não ser indicado a administração de atropina nas PCR. Procurei reforçar alguns aspetos destas novas recomendações. A definição de *timings* muito curtos para determinados procedimentos tais como desfibrilhação, entubação orotraqueal, poderão ser *timings* por vezes difíceis de cumprir (5 segundos para desfibrilhação e 10 segundos para EOT), sendo necessário experiência por parte dos profissionais de saúde e uma grande articulação e trabalho de equipa.

Outras situações nas quais prestei cuidados e intervi como enfermeira especialista foram em situações de pós-paragem. Doentes que sofreram PCR na via pública e que após serem reanimados e minimamente estabilizados pela equipa médica do INEM são conduzidos ao HSM. A admissão do doente, sua monitorização e avaliação segundo o ABCDE, já num ambiente hospitalar, mais controlado e com as devidas condições permite despistar alterações e procurar a causa desencadeante da PCR.

Embora um SU seja um serviço de passagem, preconizando-se que os doentes aí permaneçam por um curto período, é frequente que aí fiquem alguns dias internados na Sala de Reanimação. Esta sala tem algumas semelhanças com a UCI, dispondo de

recursos humanos e materiais para a prestação de cuidados a doentes de alto risco e com uma ou mais funções vitais em risco. Uma das situações vivenciadas foi a de uma doente que sofreu PCR, na via pública e, que após manobras de suporte avançado de vida eficazes, foi admitida no SUC. A causa da sua PCR foi confirmada por TAC CE que revelou hemorragia subaracnoideia extensa e que, pelo exame neurológico, provavelmente, iria entrar em morte cerebral. Embora recorrentes no SU, segundo alguns colegas, estas não são situações fáceis de lidar pelos profissionais. A particularidade, nesta situação concreta, foi colocar a família da doente a par da situação mas também informá-la que a doente era uma forte candidata a dadora de órgãos. Para tal, iria ser submetida a alguns exames e colheitas decorrendo, ainda, algumas horas até, efetivamente se desligar o ventilador. Neste caso, a recetividade da notícia pela família da doente acabou por ser uma agradável surpresa. Embora consternados, em choque, com a notícia da morte da mãe, de uma forma trágica e repentina, a colheita de órgãos foi um aspeto muito bem aceite por eles. A permanência desta doente na Sala de Reanimação durante 36 horas permitiu um contato próximo com os familiares tendo possibilitado a providência do apoio possível nestes momentos. A dificuldade prendeu-se, acima de tudo, com o tempo que demoram os trâmites legais e que foi um ponto difícil de gerir pela família, pela necessidade de quererem fazer o seu luto e avançar com os procedimentos fúnebres. Estas situações de morte cerebral acabam por ser difíceis de lidar até para nós enquanto profissionais, pais, filhos, que somos confrontados com a imprevisibilidade da vida e, por vezes, pode ser difícil gerir estes sentimentos e prestar o apoio necessário a estes familiares. Além dos cuidados prestados a esta doente, o apoio emocional a esta família foi extremamente importante.

Houve também uma situação que, embora não relacionada com o meu estágio de cuidados críticos ao adulto não posso deixar de referir.

O SUC do HSM recebe também todo o trauma pediátrico. Houve uma criança vítima de uma queda que foi trazida ao SU. A sua situação complicou-se bastante após a chegada ao SU e toda a equipa se encontrava mobilizada na prestação de cuidados. Embora tivesse colaborado na prestação de cuidados foi uma situação em que a minha atuação foi menos interventiva, pelos meus deficits de conhecimento na área. No entanto, o aspeto positivo que ressalvo foi a intervenção imediata da equipa. Era visível o nervosismo e o stress na gestão do momento, mais do que em situações em que o doente é um adulto. Embora com alguns pequenos percalços que foram surgindo, após a

transferência da criança para uma UCI pediátrica, todos se reuniram e discutiram sobre o que tinha corrido bem e em que aspetos poderiam melhorar no futuro. Esta atitude dos colegas revelou uma grande maturidade da equipa e preocupação pela melhoria contínua dos cuidados. Mais do que aprender com o que fazemos bem, aprendemos muito com os erros.

A rapidez exigida na tomada de decisão em momentos críticos questiona-me se por vezes as decisões são tomadas de forma consciente e refletida.

A admissão de um doente na Sala de Reanimação em situação eminente de PCR questionou-me sobre a decisão de não reanimar. Frequentemente, no meu local de trabalho tem de ser tomada esta decisão. Embora seja uma decisão médica esta não é tomada de forma solitária. A equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros) discute entre si a necessidade de se continuar ou não determinada intervenção terapêutica e continuando, como é que o doente irá beneficiar no futuro e de que forma. Quando esta atitude é tomada estamos cientes da situação clínica, do nível cognitivo e da sua dependência para as atividades de vida, há um conhecimento do doente como pessoa e das suas capacidades físicas e cognitivas.

Num SU, quando nos entra um doente, de rompante por uma sala de reanimação, a informação nem sempre é a melhor e a mais completa. Foi admitido um doente por quadro de prostração nas últimas horas e que, na Sala de Triagem se constatou que apresentava saturação periférica de oxigénio muito baixa. Após oxigenoterapia houve melhoria dos valores mas, poucos minutos depois, o doente começa a ficar mais bradipneico e entra em paragem respiratória. Questionada a equipa médica, esta optou por não reanimar. Era um senhor com doença oncológica da cavidade oral, aparentemente já com metastização e com mau estado geral. Provavelmente, mesmo que se reanimasse esse doente, os cuidados de saúde pouco teriam para lhe oferecer senão, eventualmente, conforto.

Estando a família do doente presente no hospital questiono-me se esta não deveria ter sido consultada. Apesar do prognóstico reservado não tínhamos em nossa posse informação sobre os tratamentos efetuados e seu efeito na progressão da doença. Embora diretamente o enfermeiro não seja responsável pela tomada deste tipo de

decisão, este é parte integrante de uma equipa de saúde devendo a sua opinião ter sido tomada em conta nesta situação.

A questão da privacidade é cada vez mais discutida e segundo alguns estudos sobre a satisfação dos doentes, é um dos aspetos menos positivos numa organização de saúde. Quando um doente entra num hospital quase que é imediatamente desposado da sua roupa e objetos pessoais. Embora isto seja feito por questões de segurança para o doente, também é feito como salvaguarda para nós. Em situações de urgência rapidamente se despe um doente sem lhe explicarmos o que vamos fazer nem porquê. Por outro lado a informação sobre a sua situação de saúde é, por vezes, discutida entre pares podendo ser, facilmente ouvida por outras pessoas que não profissionais de saúde.

Existem inúmeras definições de privacidade sendo múltiplos os fatores que a definem. Citando OURIVES (*apud* PATRÃO NEVES e PACHECO, 2004, p.250), a privacidade “identifica-se com a capacidade da pessoa poder exercer controle sobre o acesso a si, quer nos aspetos de acessibilidade física e psíquica, quer quanto à reserva sobre as informações a seu respeito e cuja revelação só pode ser objecto de decisão autónoma”. Ou seja, podemos interligar o conceito de privacidade a conceitos tais como autonomia, confidencialidade, intimidade, pudor e respeito.

Estas situações e outras tantas que ocorreram fez-me pensar como são as minhas práticas no meu local de trabalho. Por vezes, estamos tão habituados ao nosso trabalho rotineiro que, quando vamos para outro local, diferente do nosso, nos apercebemos de outra forma de trabalhar e de estar, o que nos faz pensar naquilo que fazemos bem e naquilo que podemos melhorar.

Quando prestamos cuidados a um doente, mesmo se tratando de uma situação urgente/emergente, não acabamos por expor o corpo do doente em demasia? É certo que há momentos em que necessitamos de expor o corpo do outro seja por necessidade de monitorizar o doente, de realizar um MCDT (p. ex. ECG), de proceder a uma cateterização vesical, etc. É certo que não necessitamos de expor o corpo do doente na sua totalidade, apenas a parte de que necessitamos para as nossas intervenções. Mas, é frequente no nosso dia-a-dia expormos o corpo do doente, muitas vezes excessivamente e sem necessidade e, quando finalizamos a nossa intervenção nem sempre procuramos proteger novamente o corpo do doente.

Outro aspeto da privacidade diz respeito à informação sobre a sua situação de saúde. A confidencialidade é “a garantia de que as informações dadas em confiança aos profissionais de saúde não deverão ser reveladas sem autorização prévia da pessoa” (MATOS, 2006, p.13). No dia-a-dia, nas conversas com os colegas e restantes profissionais de saúde dialogamos sobre situações de saúde de alguns doentes podendo estas ser, facilmente, ouvidas por terceiros. Espaços abertos tais como o SO, Sala de Triagem ou mesmo as Unidades de Cuidados Intensivos são locais onde facilmente colocamos em causa a privacidade de doente.

Refletindo sobre o conceito de privacidade posso afirmar que, embora seja uma preocupação dos profissionais de saúde, é certo que nem sempre respeitamos a privacidade do doente, seja por circunstâncias inerentes à situação de saúde, seja por distração. Ao longo da prestação de cuidados aos doentes procurei servir como agente de mudança junto dos pares, através das minhas intervenções. Por exemplo, na Sala de Tratamentos 1 se era necessário expor o corpo de um doente para uma determinada intervenção (ex. administração de terapêutica por via IM), se esta era realizada por um colega (e não sendo necessária a minha colaboração), saía da sala. Noutras situações, na Sala de Reanimação, em que era necessário destapar o doente para a colocação de eléktrodos no tórax, para monitorização cardíaca, procurava pedir consentimento ao doente para o destapar por momentos, voltando a cobri-lo. Houve também uma doente que foi admitida na Sala de Reanimação, em EAP. Dada a urgência do momento, rapidamente foi retirada a roupa, ficando a doente totalmente despida na Sala de Reanimação, para que fosse monitorizada, canalizados acessos venosos periféricos e realizada cateterização vesical. Embora se tratasse de uma situação urgente, não era necessário que aquela doente se encontrasse totalmente despida, com inúmeros profissionais de saúde junto dela. Neste momento fui rapidamente buscar um lençol e cobri a doente referindo junto da equipa que não era necessário ter a doente totalmente despida. Assim, através da minha atuação protegi a doente e durante as intervenções de enfermagem que se seguiram, procurei destapar apenas a parte do corpo necessária. Após a estabilização da doente e a sua transferência para o SO, procurei refletir com os colegas os momentos em que podemos, apesar da urgência do momento, respeitar a privacidade do doente.

O conceito de privacidade leva-me também a refletir sobre as nossas atitudes que nós, enfermeiros, tomamos e que pude observar neste estágio.

Quando necessitamos de realizar alguma intervenção junto do doente, temos por hábito pedir ao acompanhante para sair. Na Sala de Tratamentos 1 constatei que os colegas pediam sempre ao acompanhante do doente para sair, sempre que era necessário canalizar um acesso venoso periférico para administração terapêutica, realização de penso a alguma ferida, ... Em vez de questionar o doente e acompanhante se gostaria de permanecer, o enfermeiro não deixa qualquer hipótese pedindo ao acompanhante para sair. Quando tomamos esta atitude estamos a respeitar a privacidade do doente ou a nossa privacidade?

No meu contexto de trabalho também me apercebo que esta situação ocorre frequentemente. Não pode o enfermeiro, consoante a situação, questionar o doente e visita se quer estar presente enquanto nós, enfermeiros, prestamos cuidados? Intervenções de enfermagem como por exemplo a canalização de um acesso venoso colheita de sangue, não será mais confortável para o doente ter alguém do seu lado, se este assim o desejar? Ou mesmo situações de doentes totalmente dependentes de cuidados, que no domicílio são cuidados pelos seus familiares, não podemos solicitar a participação da família na prestação de cuidados de conforto?

O meu exercício de funções numa UCI cardíaca permitiu-me desenvolver competências na prestação de cuidados a doentes desta área especialidade, principalmente em situações críticas. No entanto, quando os doentes são admitidos no meu serviço já vêm com o diagnóstico confirmado e varias vezes a situação já se encontra estabilizada.

O estágio num SU permitiu-me prestar cuidados a doentes com suspeita de SCA e atuar em situações em que a intervenção tem de ser rápida, de forma a permitir que o doente receba tratamento especializado, o mais precoce possível, tal como trombolise ou angioplastia. Várias foram as situações nas quais prestei cuidados. De doentes com suspeitas de SCA que se vieram a confirmar, que foram transferidos para SO, para vigilância ou, situações em que foram transferidos para uma sala de Hemodinâmica para angioplastia urgente. Em situações como estas posso afirmar que tive um papel preponderante na gestão de cuidados. Ao ser uma área de intervenção conhecida para mim, pude aproveitar cada situação e despertar os colegas para determinadas situações, no sentido de contribuir para a melhoria das práticas. Por exemplo, num doente com SCA confirmado, tal como um EAM inferior, durante a prestação de cuidados pude mostrar aos colegas quais as alterações no electrocardiograma indicativas de EAM

inferior e quais os cuidados e/ou quais as potenciais complicações que podem surgir nestas situações (ex. risco elevado de ocorrência de bradiarritmias).

Outra situação muito frequente no Serviço de Urgência é a admissão de doentes já com patologia cardíaca que são admitidos por ICC, frequentemente em EAP. Embora frequentes no meu dia-a-dia de trabalho este tipo de situações exige, além de toda a intervenção terapêutica, que se tente manter um ambiente calmo tentando contribuir para a redução da ansiedade. É frequente em situações de urgência uma grande confusão por parte da equipa de saúde. Varias pessoas, das mais diversas áreas de intervenção, desde médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes operacionais, cada um prestando cuidados ao doente. Numa situação, tal como a de um doente com EAP, a dificuldade respiratória, muitas vezes provocada por crises hipertensivas desencadeia no doente uma grande ansiedade. Não descurando a importância da terapêutica, manter um ambiente calmo e transmitir ao doente alguma tranquilidade e conforto, pode ser um fator preponderante na reversão do quadro de descompensação. Num dos doentes procurei discutir com os colegas que as nossas intervenções enquanto enfermeiros vão mais além do que a administração de terapêutica e a realização de procedimentos invasivos, tal como o conforto e a contribuição de um ambiente calmo. Isso pode ser facilmente conseguido pedindo aos profissionais de saúde, que já não são necessários para a prestação de cuidados, para sair da sala ficando apenas os profissionais estritamente necessários. A transmissão de confiança, de que estamos a fazer tudo o que podemos estando a situação controlada é fundamental, em vez do caos e da confusão de pessoas em que vários falam ao mesmo tempo (e nem sempre sobre o doente), que se geram em momentos como estes.

Uma das ideias sugeridas por mim no início do estágio foi contribuir para a melhoria dos cuidados prestados através da realização de uma formação sobre electrocardiografia. É frequente que os enfermeiros, nem sempre habituados a lidar com doentes monitorizados tenham algumas dúvidas sobre traçados cardíacos. Fiz esta proposta ao enfermeiro chefe que concordou com a pertinência da formação no serviço (Anexo XIII).

Ao longo do estágio apercebi-me também que esta era uma necessidade premente. Em alguns momentos, constatei que doentes internados por arritmia, quando surgia alguma

alteração de ritmo, existia por parte da equipa alguma insegurança na interpretação do traçado, o que pode contribuir para uma resposta ineficaz nos cuidados ao doente.

De maneira a que o maior número de enfermeiros pudesse assistir à formação optei por realizar a formação em vários dias, após a passagem de turno. O resultado final foi francamente positivo. A adesão foi grande por parte dos colegas e o interesse e participação demonstrada revelou que a formação foi pertinente e muito importante para o serviço. Além da formação elaborei também um poster (Anexo XIV) que irá ficar nas Salas de Reanimação e SO. O objetivo do poster era reunir, de uma forma resumida e esquematizada, as principais arritmias e quais os princípios básicos a ter em conta na sua interpretação.

A família foi uma constante ao longo do estágio e da prestação de cuidados ao doente. Em todos os momentos a família acompanha o doente, o que contribui para uma melhor tranquilidade e apoio deste no SU. Mesmo no internamento no SO, a família do doente está muito presente. A política de visitas no SO caracteriza-se pela sua flexibilidade. Embora exista um horário de visitas definido, este não é rígido e a família poderá visitar o doente noutro momento.

Em Sala de Reanimação a família acaba por ficar numa situação um pouco mais "íngrata". Quando a prioridade é estabilizar o doente, a família permanece na sala de espera e por vezes, demora algum tempo até ser possível alguém se deslocar junto da família para dar informações. Constatei, no entanto, que apesar dos momentos de stress em que o tempo pode ser crucial, a família acaba por não ser esquecida. Assim que alguém da equipa está disponível, esta prontifica-se a sair para falar com a família e informa a restante equipa. Em algumas situações é o médico que toma a iniciativa enquanto os enfermeiros continuam a prestar cuidados. Assim que possível, o familiar entra na Sala de Reanimação e, se não houver nenhum inconveniente, pode permanecer. Houve um doente que foi admitido no SUC com suspeita de AVC. Após os primeiros cuidados ao doente, este subiu para o Serviço de Imagiologia, para a realização de TAC CE urgente. Aproveitei este momento para ir junto da esposa do doente e explicar-lhe o que se passava com o marido. Embora a informação sobre a situação clínica não fosse ainda muita, sentei-me junto da familiar e expliquei-lhe o que se estava a passar, quais seriam os próximos passos e esclarecer as dúvidas existentes.

Em situações de falecimento de um doente, a notícia nunca é fácil de transmitir à família. Habitualmente, a informação é transmitida pelo médico à família do doente, podendo o enfermeiro estar ou não presente. No serviço existe também uma sala que permite aos profissionais conversar com os familiares de forma tranquila e com privacidade.

Houve um doente que veio a falecer durante o meu turno. O médico tomou logo a iniciativa de transmitir a notícia enquanto eu e o colega preparávamos o doente e a unidade, para que a família pudesse entrar. Quando nos foi possível deslocamo-nos junto da família e questionámos se gostariam de entrar. Tentei dar todo o apoio necessário e possível numa situação destas. Muitas vezes a família tem imensas questões sobre como sucedeu, se sofreu, etc. Procurei, junto destes familiares, responder às suas questões e depois afastar-me um pouco, de forma a poder proporcionar alguma privacidade. Felizmente, nesse dia o serviço estava calmo pelo que não houve nenhum tipo de pressão para que a família saísse a fim de prestarmos os últimos cuidados. Nestas situações o sentimento que tenho, e que talvez seja comum a muitos colegas, é de incapacidade por não poder fazer mais para ajudar. Mas, quando no fim as pessoas nos agradecem pelas palavras, ou apenas pelos gestos, acho que aí vemos a diferença que podemos fazer.

A minha experiência diz-me que muitas vezes os doentes e familiares avaliam o nosso trabalho e a nossa competência, não pelo fato se, por exemplo, conseguimos puncionar um acesso venoso periférico à primeira e sem magoar mas sim, pela nossa disponibilidade para ouvir e mostrar que estamos presentes.

As informações que damos à família são extremamente importantes. Da minha experiência constato que o fato de um doente necessitar de ficar internado é gerador de grande ansiedade para os seus familiares. Procuramos sempre dar as informações necessárias, explicar algumas normas, entre outros aspetos. No Serviço de Urgência, sempre que um doente é internado em SO, o enfermeiro tenta falar com os seus familiares. Infelizmente tal nem sempre é possível. Por este motivo, propus elaborar um folheto com algumas informações muito simples. Aspetos como para onde telefonar para saber informações, se é necessário trazer comida, pijama, são alguns das informações que os familiares procuram saber. Embora os profissionais procurem dar todas estas informações, é fato de que os familiares, devido ao stress do momento, nem

sempre compreendem a informação fornecida pelos profissionais. Deste modo, elaborei um folheto com algumas informações que considere ser mais pertinentes, no sentido de complementar a informação fornecida pelos enfermeiros e por outro, de tranquilizar os familiares que assim levam um documento escrito do Serviço (Anexo XV).

Mais do que o número de situações vivenciadas durante o estágio, é importante refletir sobre a importância de um enfermeiro especialista num serviço de urgência. Uma urgência caracteriza-se por ser um serviço aberto 24 horas. A imprevisibilidade e a incerteza do que pode acontecer são geralmente alguns dos motivos que fascinam os profissionais. No entanto, uma urgência necessita de profissionais experientes, que: coordenem e promovam o crescimento e aprendizagem dos novos profissionais e, capazes de detetar e intervir em situações complexas da prestação de cuidados. Podemos considerar que o enfermeiro especialista é um enfermeiro perito em determinada área de intervenção. Tal como BENNER (2005, p.54) refere, um enfermeiro perito é aquele que “tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema”. No SUC e, provavelmente, em quase todas as urgências, são os enfermeiros mais experientes, que assumem a prestação de cuidados em áreas mais críticas, tal como a Sala de Reanimação. Numa sala como a de reanimação, em que podem estar 1 ou 2 enfermeiros escalados, estes têm de conseguir dar resposta a qualquer situação que possa dar entrada na urgência, seja de que natureza for. E, quando se fala em dar resposta, tal não implica apenas intervenções meramente relacionadas com técnicas de enfermagem. Puncionar, administrar terapêutica, realizar determinado procedimento invasivo são aspetos aprendidos durante a licenciatura. Mas, gerir uma situação complexa, antecipar potenciais problemas e complicações só é possível após alguns anos de experiência e reflexão sobre as práticas. Facilmente um enfermeiro no seu dia-a-dia poderá estar de tal forma absorto pela quantidade de trabalho que não se apercebe do doente como um todo. Geralmente um doente apresenta sempre sinais de que algo não está bem, mesmo antes de descompensar, de fazer PCR (p. exemplo). É essa percepção, esse “olho clínico”, essa experiência que caracteriza um perito. São competências que se vão adquirindo e desenvolvendo com o tempo.

De todas estas situações que referi da prestação de cuidados, realço aqui a importância do trabalho em equipa. Mais do que os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados a doentes das mais diversas áreas médicas e cirúrgicas, algumas das quais

novas para mim, o trabalho em equipa foi um aspeto primordial. De um momento para o outro, podemos admitir no SU um, dois ou mais doentes, em situação crítica, que necessitam de assistência imediata. O SU deve ter profissionais não só em número mas, também, com competências para prestar cuidados diferenciados a cada uma das situações. Embora a grande maioria dos enfermeiros do SU não detenham o grau de enfermeiro especialista, muitos são encarados como peritos na sua área e que a sua intervenção e a tomada de decisão em situações críticas é fundamental. Observando o trabalho dos enfermeiros nas salas de reanimação, penso que a frequência de um Curso de Especialidade em Enfermagem os iria beneficiar: consolidando conhecimentos que já detêm na sua área de intervenção; na tomada de decisões complexas e; na aquisição de outro tipo de conhecimentos e competências.

Um outro objetivo a que me havia proposto concretizar foi a de contribuir para a segurança do doente. A nossa intervenção nesta temática é quase infinita e muitas poderiam ter sido as medidas implementadas. Uma vez que o meu estágio anterior foi numa Comissão de Controlo de Infecção procurei transmitir alguns desses contributos ao Serviço de Urgência.

Apercebi-me que existem imensas lacunas no que respeita ao Controlo de Infecção. Um, talvez por falta de informação, um por falta de infraestruturas e outros talvez, por renitência à mudança. Da minha observação constatei que, as normas de boas práticas, no que respeita à colocação e manutenção de cateteres venosos periféricos e de cateteres vesicais nem sempre são cumpridas na íntegra. Por este motivo propus ao Enfermeiro Chefe a realização de auditorias sobre as boas práticas relacionadas com o cateter venoso periférico, cateter venoso central e cateter vesical, uma vez que já havia construído estas grelhas de observação, no estágio anterior. O Enfermeiro Chefe achou que seria um trabalho muito interessante de fazer mas, sugeriu que antes disso, se elaborasse um cartaz com as normas, para que se pudesse afixar nas salas de tratamento e noutros locais de maneira a sensibilizar os colegas (Anexo XVI). Além destas tabelas procurei, no dia-a-dia, sensibilizar para algumas dessas normas, nomeadamente, na realização do penso de inserção do local de punção do cateter periférico com um penso estéril (às vezes ainda era feito com adesivo não esterilizado), na manipulação do local de inserção do cateter venoso periférico após a desinfeção da pele, etc.. Apesar de não ter realizado as auditorias, por indicação do Enfermeiro Chefe, decidi deixar na mesma

as grelhas já elaboradas no serviço para que futuramente pudessem ser realizadas (Anexo XVII).

A triagem de resíduos hospitalares foi uma das problemáticas encontrada. Os profissionais não parecem estar despertos para a correta separação de resíduos hospitalares. Por este motivo, tomei a iniciativa e realizei uns pequenos cartazes, para colocar junto aos caixotes do lixo, com a indicação do tipo de resíduo que deveria ser colocado nos sacos pretos e nos sacos brancos. Esta medida pode não ser suficiente mas é um pequeno passo na sensibilização dos profissionais de saúde para a correta triagem e separação de resíduos (Anexo XVIII).

Verifiquei também que os profissionais não cumprem os cinco momentos de higienização das mãos. Embora existam cartazes informativos em vários locais do SUC, constatei que, frequentemente, se prestam cuidados a um doente e, sem higienizar as mãos, se avança para prestar cuidados a outro doente.

Este aspeto assume particular importância no SO. Sendo um SO constituído por 16 camas, existe SABA em apenas em 3 locais específicos, que são os 3 lavatórios do SO, para lavagem das mãos. Uma vez que as recomendações existentes preconizam cada vez mais a higienização das mãos com SABA e, a lavagem das mãos apenas quando estas se encontram visivelmente sujas, deveriam existir mais frascos de SABA distribuídos no SO, idealmente, um por doente. Fiz então a sugestão ao Enfermeiro Chefe de se colocar um frasco de SABA por doente ou, tentar arranjar junto de CCI e dos Serviços Farmacêuticos frascos de bolso de SABA, para cada um dos profissionais. O Enfermeiro Chefe ficou de pensar nas sugestões mas, apesar lhe ter falado no assunto diversas vezes ao longo do estágio, não consegui implementar esta medida. Apercebi-me que esta sugestão já tinha sido feita, anteriormente, por outros colegas em estágio mas, nunca se conseguiu por em prática, tendo o enfermeiro chefe argumentado que se correria o risco de danificar o computador e teclado existente em cada unidade do doente, com salpicos de SABA.

As infeções cruzadas devido ao não cumprimento das medidas de higienização das mãos são um dos aspetos mais preocupantes nas organizações de saúde tendo sido uma área muito trabalhada, em 2009, pela DGS. Apesar de ter detetado este problema no SUC, apenas tive oportunidade de fazer esta sugestão de melhoria ao Enfermeiro Chefe

e de abordar os colegas, informalmente, dos cinco momentos de higienização das mãos. Uma outra estratégia que poderia ter sido implementada era a realização de ações de formação sobre a higienização das mãos mas, como já tinha proposto realizar ações de formação sobre electrocardiografia, o Enfermeiro Chefe achou que seria mais pertinente a realização de ações de formação sobre electrocardiografia, uma vez que a higienização das mãos foi um tema já trabalhado por outros colegas, em estágios anteriores. No entanto, como detetei esta situação-problema no SU, não pude deixar de sugerir ao Enfermeiro Chefe a necessidade de intervenção futura nesta área.

Fazendo uma breve análise de todo o trabalho desenvolvido, penso que consegui concretizar os objetivos a que me havia proposto e deste modo, desenvolver as competências exigidas, com a realização deste estágio. Muito mais atividades poderiam ter sido feitas mas as limitações temporais não o permitiram.

Um enfermeiro especialista é um elemento de elevada pertinência num Serviço de Urgência, não só pela sua capacidade de gestão de situações complexas, como também pelo seu importante papel dentro da equipa. Um enfermeiro especialista deve ser um modelo, uma referência para os colegas e deve utilizar todo o seu conhecimento e competências na formação dos pares. Os enfermeiros trabalham muito em equipa e, no Serviço de Urgência, tal não seria possível se não existisse uma coordenação e um espírito de equipa entre todos. Diariamente, seja no Serviço de Urgência ou em qualquer outro serviço, somos confrontados com situações novas e inesperadas. Um enfermeiro especialista deve ter a capacidade de analisar, refletir e intervir em cada situação, promovendo o bem-estar do doente e família e, ao mesmo tempo, promover a aprendizagem e crescimento da equipa.

O estágio numa Urgência reunia uma grande expectativa e ao mesmo tempo bastante receio da minha parte. O receio inicial de prestar cuidados num serviço totalmente diferente do meu, que recebe doentes de várias áreas de especialidade, desde médicas a cirúrgicas foi motivo de algum receio. Nesta fase em que já sou uma profissional com alguns anos de experiência, é expectável que preste cuidados e que trabalhe em parceria com os colegas. O fato de se tratar de uma urgência em que surgem situações complexas, que exigem uma intervenção rápida e coordenada por toda a equipa, foi algo que me preocupou nos primeiros dias.

O fato de ter como orientador o enfermeiro chefe levou a que, na prestação de cuidados, ficasse sempre com um enfermeiro diferente. Este pormenor que, inicialmente, poderia ser desvantajoso, foi um elemento bastante positivo. Não estar sempre com um enfermeiro específico permitiu-me conhecer melhor alguns elementos da equipa, conversar sobre várias temáticas e observar diferentes formas de trabalhar e de refletir sobre as práticas. Este aspeto permitiu uma grande partilha entre mim e os colegas. Estes colocaram várias questões sobre a prestação de cuidados a doentes do foro cardíaco, nomeadamente, interpretação de traçados electrocardiográficos e ventilação mecânica. Tal permitiu-me ser, simultaneamente, um elemento em aprendizagem e, formador.

A minha experiência profissional em Cuidados Intensivos tem-me permitido desenvolver competências na área da prestação de cuidados a este tipo de doentes/família. Aliado a todo o percurso que tenho vindo a desenvolver, a realização deste curso permitiu-me cimentar ainda mais as competências que venho a desenvolver. A realidade de um serviço de urgência deu-me uma outra vertente da prestação de cuidados. Um serviço completamente diferente de um serviço de internamento, com uma dinâmica caracterizada por uma grande imprevisibilidade. Mas, se num serviço de urgência onde a qualquer hora pode entrar um, dois, ou mais doentes em situação crítica, a requerer cuidados de saúde imediatos, este tem de estar preparado para dar resposta. A imagem cultural que um serviço de urgência transmite é de “caos”. Mas a realidade é bem diferente. Mesmo em situações complexas e difíceis os profissionais são capazes de dar resposta às necessidades efetivas dos doentes.

Se numa UCI existe uma grande imprevisibilidade no que respeita à situação dos doentes em que, a qualquer momento pode descompensar, exigindo de toda a equipa de saúde competências para, atempadamente, detetar essas situações e intervir em consonância, no Serviço de Urgência, o impato é não se saber quem é, como, nem quando. Finalizado o estágio, olho para trás e é este um dos pontos que ressalvo do estágio em urgência. Não descurando todas as situações em que prestei cuidados, de situações novas para mim, que aprendi e que serão sempre uma mais-valia para mim, enquanto futura enfermeira especialista. O trabalho num serviço de grandes dimensões, com um volume de doentes requer uma equipa coordenada e devidamente articulada. Embora a sensação inicial é de que cada elemento da equipa de enfermagem se encontra a assegurar um determinado posto de trabalho, sempre que necessário a equipa, centrada

na figura do enfermeiro chefe de equipa, articula-se de forma a dar apoio em locais onde a necessidade de enfermeiros é mais premente.

Os dias que passei na sala de reanimação permitiram-me prestar cuidados a doentes em situação de alto risco mas também a conhecer a realidade de trabalho e gestão de uma equipa. De um momento para o outro, temos vários elementos junto de um doente e é necessário que todo o trabalho seja coordenado para que se definam prioridades e se intervenha com o intuito de prestar os melhores cuidados àquele doente. Por vezes é necessário que o enfermeiro consiga antever situações-problema e precaver-se. Neste caso considero que um enfermeiro especialista é, uma mais-valia para um serviço de urgência. Quando falamos na análise de situações complexas o enfermeiro especialista detém essas competências quando tem a capacidade de analisar uma situação como um todo e não de forma compartimentada.

De todas as situações e momentos vivenciados ao longo das semanas de estágio procurei sempre pensar nos contributos que todas elas poderiam trazer para mim, no meu futuro profissional. E por vezes, o fato de estar numa outra realidade que não a minha, faz-nos olhar para as situações e detetar problemas que também existem na nossa realidade mas que nem sempre conseguimos detetá-los por estarmos demasiado embrenhados no problema. Se me apercebia de alguma situação que poderia ser melhorada seja por que motivo for, primeiro questionava-me como é que se faz no meu contexto da prática.

A prestação de cuidados a um doente seja em que situação for, não pode estar de todo separada da sua família, do seu contexto pessoal. A família é um pilar fundamental na evolução do processo de doença, até à sua recuperação. A ida a um serviço de urgência, a necessidade de internamento são aspetos que, por mais simples que pareçam ser, são destruturantes e perturbam toda uma dinâmica familiar pelo que, em situações de stress, é normal o ser humano não conseguir lidar com o presente. O enfermeiro, pelas competências que desenvolve, ainda na licenciatura é, talvez, o elemento da equipa de saúde que detém as capacidades para dar resposta àquela família como um todo. Não descurando todas as outras situações de doença, ou críticas, em que o risco de vida é grande e que a intervenção tem de ser imediata, os cuidados são prestados não só ao doente mas também à sua família. É certo que, por vezes temos de estabelecer prioridades e que o doente está em primeiro plano mas, a família não pode e, não deve,

nunca ser esquecida. Mesmo em realidades como a urgência em que, por vezes, parece reinar o “caos”, há sempre espaço para falar com a família. Em determinados momentos pode ser apenas uma palavra de apreço, de compreensão, do fazer sentir que não está sozinho e que os profissionais estão a fazer o que podem. Infelizmente, grande parte dos serviços não dispõe de um local onde se possa prestar o apoio necessário à família com as melhores comodidades e na privacidade ideal.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Finalizado este percurso académico, importa fazer um balanço final. Tanto o Serviço Urgência como a CCI foram importantes locais de estágio e penso que foram de encontro às minhas expectativas. Infelizmente o tempo é sempre curto e a sensação final é que houve muito trabalho feito mas muito mais haveria a desenvolver.

O plano de estudos deste Curso de Mestrado preconiza três estágios: um de Cuidados Intensivos (do qual obtive creditação), um de Urgência e um opcional que poderia ser de Cuidados Palitivos, Controlo de Infecção ou Bloco Operatório. Tenho pena que não exista a possibilidade de poder realizar também um estágio em Bloco Operatório. Penso que poderia ser um importante contributo para a minha área profissional mas escolhas tiveram de ser feitas e o estágio de Controlo de Infecção foi de extrema importância.

A ponte entre os locais de estágio e a minha intervenção enquanto aluna da especialidade e a minha intervenção enquanto enfermeira na UCIC foi uma constante. As repercussões na minha prática profissional são indiscutíveis e, não descurando um estágio em detrimento do outro, penso que o estagio em CCI foi crucial para mim. Os conhecimentos adquiridos no que respeita ao Controlo de Infecção vão-me permitir implementar melhorias na UCIC e serão, seguramente um importante contributo para a Segurança do Doente.

A análise que faço de ambos os locais de estágio é bastante positiva. Tanto a CCI do HCC, como o SUC do HSM, são locais onde é possível o enfermeiro desenvolver as competências preconizadas com vista à obtenção do grau de enfermeiro especialista. No entanto, penso que os serviços deveriam tirar um maior contributo dos alunos que por lá passam e realizam estágio. É certo que a grande maioria dos serviços passa por dificuldades no que respeita às dotações e que os recursos humanos nem sempre são suficientes, para a prestação de cuidados e para o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade de cuidados. Quando iniciamos um estágio definimos objetivos, atividades e um cronograma com vista ao desenvolvimento das competências preconizadas. Não é fácil, em 8 semanas de estágio, conhecer o serviço, integrar a

equipa, identificar situações-problema, elaborar e implementar estratégias com vista à resolução das situações-problema detetadas. Principalmente, no Serviço de Urgência que tem recebido muitos alunos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica fiquei com a sensação de que a continuidade dos trabalhos desenvolvidos pelos alunos nem sempre é a melhor. Ter alunos em estágio nos serviços representa um esforço acrescido para os enfermeiros mas, penso que o serviço poderá transformar esse “revés” numa mais-valia para o desenvolvimento e implementação de projetos de melhoria. Não sei como poderia ser otimizada esta articulação. Talvez os serviços de internamento devessem procurar cimentar melhor as parcerias com os estabelecimentos de ensino, de forma a transmitir as suas dificuldades, os seus projetos, permitindo à Universidade contribuir com a sua experiência e ensinamentos, deixando aos alunos a possibilidade de integrar projetos existentes e contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados.

Por tudo o que já foi referido neste relatório penso que as atividades desenvolvidas foram de encontro à concretização dos objetivos definidos. Os objetivos definidos no início de cada estágio procuraram ir de encontro às minhas expectativas e ao meu projeto pessoal e, contribuir para o desenvolvimento das competências para a obtenção do grau de enfermeiro especialista. Mais do que todo o trabalho desenvolvido penso que o mais importante é o que consegui e procurei refletir sobre as práticas de enfermagem. Embora seja considerada perita na minha área de intervenção, os Cuidados Intensivos Cardíacos, sair da minha realidade e conhecer outras realidades fez-me pensar sobre aquilo que faço bem na minha prestação de cuidados mas, acima de tudo refletir sobre aquilo que poderei fazer melhor. Às vezes não fazemos mal, apenas fazemos de forma diferente e os estágios nos contextos da prática fez-me conhecer outras formas de trabalhar e outras formas de pensar.

A frequência do Curso de Mestrado de Natureza Profissional é uma mais valia para o desenvolvimento da enfermagem. Cada vez mais a enfermagem deve investir a nível da formação e da investigação, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de cuidados. A realização de estágio nos contextos da prática permite não só desenvolver competências a nível da prestação de cuidados mas é também uma forma de “agitar” os profissionais que aí trabalham. Os enfermeiros, enquanto alunos, acabam por ter uma intervenção extremamente proativa ao pesquisar artigos científicos, ao partilhar os resultados do seu trabalho com os colegas trazendo assim a reflexão sobre as práticas.

Depois, enquanto profissionais, no seu local de trabalho, devemos continuar a fomentar a reflexão, a análise crítica de situações do dia a dia, incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de trabalhos científicos nos contextos da prática.

Pelas funções que desempenho actualmente no meu contexto da prática (enfermeira responsável) penso que a realização deste curso irá ter não só repercussões na prestação direta de cuidados aos doentes críticos mas também, na gestão de cuidados e na formação de pares, com vista à melhoria da qualidade de cuidados.

Numa época em que a Segurança do Doente é foco central na prestação de cuidados àqueles que recorrem aos Serviços de Saúde, a enfermagem assume um papel primordial. Para uma verdadeira cultura de segurança os serviços de saúde necessitam de uma mudança de atitudes, de comportamentos e embora grande parte dessas mudanças de comportamentos dependam gestão da organização de saúde, existem muitos aspetos que nós, no nosso dia-a-dia de trabalho podemos fazer para promover a segurança de doente.

Todo o desenvolvimento que tem ocorrido na saúde, nomeadamente nas tecnologias de informação tem permitido colmatar alguns desses processos. Como exemplo, o processo clínico electrónico, ao permitir facilmente a sua consulta permite aos profissionais aceder a uma série de dados importantes (ex. alergias, antecedentes pessoais, ...) que na versão em papel levaria mais tempo a consultar. A existência de Internet e Intranet nas organizações permite que os profissionais rapidamente procurem uma norma sobre o controlo de infeção e que, antigamente, estaria num dossier que levaria algum tempo a pesquisar, ou mesmo pesquisar na Internet *guidelines* ou artigos sobre uma situação clínica menos conhecida.

No nosso dia-a-dia podemos adotar uma série de estratégias que nos permitam minimizar a ocorrência de erros. Podemos referir alguns exemplos, tais como: programas de integração minimamente definidos para os serviços, permitindo aos recém-admitidos ter uma noção da dinâmica do serviço e quais as principais valências e funções que têm de desempenhar; a reposição de medicação e/ou material por níveis definidos permite que numa situação de urgência termos todo o material necessário para atuar; a manutenção periódica do equipamento e a confirmação diária do funcionamento

do desfibrilhador; as formações em serviço que permitem colmatar necessidades de formação sobre determinada temática, ...

Analisando as competências do enfermeiro especialista penso que este desempenha um importante papel nos serviços de saúde, na prestação direta de cuidados, contribuindo de forma indiscutível para a Segurança do Doente. Numa época em que as contensões económicas levam a um desinvestimento nos recursos humanos, é necessário que os profissionais de saúde detenham competências para uma efetiva prestação de cuidados de qualidade e cuidados seguros.

Quando se começa a discutir raios e a questionar se as dotações dos serviços vão de encontro às efetivas necessidades de cuidados de enfermagem nos serviços de saúde, a formação de enfermeiros especialistas é crucial. Tal como já afirmei as competências desenvolvidas no curso de licenciatura permitem ao enfermeiro prestar cuidados gerais aos doentes. No entanto, um enfermeiro especialista é sempre uma mais valia para qualquer serviço. No serviço de urgência um enfermeiro especialista é aquele com uma vasta experiência na prestação de cuidados a doentes críticos, sendo um elemento de referência na equipa de saúde. Mais do que saber atuar no cumprimento das intervenções interdependentes, o enfermeiro deve incidir a sua prestação de cuidados nas intervenções autónomas, intervenções essas que lhe permite analisar a situação como um todo, tendo em conta toda a sua complexidade e definir estratégias com vista à melhoria da qualidade de cuidados prestados.

Numa UCI, onde exerço a minha atividade profissional, tal como num Serviço de Urgência um enfermeiro especialista é crucial. Embora um ambiente um pouco mais controlado, quando comparado a um SU, uma UCI é um serviço de elevada complexidade tecnológica onde o stress é uma constante por parte dos profissionais. Tal como referem inúmeros estudos, pelas suas características, as UCI são dos locais onde a probabilidade de ocorrência de eventos adversos e de erros é elevadíssima, podendo trazer sérias repercussões no doente. A existência de profissionais experientes e de enfermeiros especialistas em ambientes de elevada complexidade na prestação de cuidados é necessária para a prestação de cuidados seguros e com qualidade.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2005. 262 p. ISBN 989-558-052-5.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM, Ordem dos Enfermeiros – **MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. [Em linha] Actual. Dezembro de 2009. [Consult. 2 Março de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno\\_Tematico\\_MDP\\_Sist\\_Ind\\_Espec\\_Clinicas\\_em\\_Enfermagem\\_versao\\_final\\_novo.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno_Tematico_MDP_Sist_Ind_Espec_Clinicas_em_Enfermagem_versao_final_novo.pdf)>.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM, Ordem dos Enfermeiros – **MDP – Fundamentos, processos e instrumentos para a Operacionalização do Sistema de Certificação de Competências** [Em linha] Actual. Janeiro de 2010. [Consult. 2 Março de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno\\_Tematico\\_Sist\\_Certif\\_Competicoes\\_vf\\_novo.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno_Tematico_Sist_Certif_Competicoes_vf_novo.pdf)>.
- COSTA, Ana Cristina [et al] – **Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção** [Em linha]. Direcção Geral de Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde, 25 de Março de 2009. [Consult. Maio de 2010]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0&cpp=1>>.
- DECRETO-LEI n.º 161/96. **D.R. I Série** 205 (1996-09-04) 2959-2962.
- DECRETO-LEI n.º 353/99. **D.R. I Série** 206 (1999-09-03) 6128-6201.
- DECRETO-LEI n.º 74/06. **D.R. I-A Série** 60 (2006-03-24) 2242-2257.
- DEPARTMENT OF HEALTH, HEALTH PROTECTION AGENCY - *Clostridium difficile* infection: How to deal with the problem. Best Practice Guidance, Dezembro de 2008.
- DIOGO, Carla Silva - **Impacto da relação Cidadão – sistema triagem Manchester na requalificação das urgências do SNS** [Em linha]. ISCTE, Dezembro 2007, actual. 2008. [Consult. 9 Janeiro de 2011]. Disponível em WWW: <URL:

<http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%A2ncias%20do%20SNS.pdf>

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor** [Em linha]. Ministério da Saúde: Circular Normativa 09/DGS, 14/06/2003, actual. 2003. [Consult. 9 Janeiro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Infecção por *Clostridium difficile***. Divisão de Segurança do Doente, Maio de 2009.
- FRAGATA, José; MARTINS, Luis – **O Erro em Medicina**. Coimbra: Almedina, 2006. 327 p. ISBN 972-40-2347-8.
- GOULD, Carolyn V [et al] – **Guideline for Prevention os Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009**. [Em linha]. HIPAC, 2009. [Consult. Maio de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/CAUTI\\_Guideline2009final.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/CAUTI_Guideline2009final.pdf)>.
- GOULD, Dinah – Prevention and control of *Clostridium difficile* infection. **Nursing Older People**. ISSN: 1472-0795. Vol. 22, n.º 3 (Abril de 2010), p. 29-37.
- HOSPITAL DE CURRY CABRAL, E.P.E. [Em linha]. 2011. [Consult. 20 Abril 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hccabral.min-saude.pt/>>
- HOSPITAL DE SANTA MARIA, E.P.E [Em linha]. CHLN, 2008. [Consult. 9 Janeiro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.chln.min-saude.pt/>>
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist**. [em linha]. Geneva: ICN, 2009 [consult. 2009-12-13]. Disponível em WWW: URL: <http://www.epda.eu.com/pdfs/projects/PDNS%20Core%20Competencies/Nurse%20Specialistr%20Compet%20FINAL-ENG.pdf>>.
- LEÇA, Ana [et al] – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização**. Direcção Geral de Saúde – Programa Nacional de Controlo de Infecção, Dezembro de 2008.
- LEI n.º 111/09. **D.R. I Série** 180 (2009-09-16) 6528-6550.
- MATOS, Maria S. D. – O Segredo profissional enfermeiro-doente. **Nursing: revista de formação contínua em enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 216 (Dezembro 2006), p.12-15.

- MEDICINE.NET- **Definition of Emergency department** [Em linha]. 2000, actual. 01/02/2000 [Consult. 9 Janeiro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=12156>>
- NUNES, Fernando Manuel Ferreira – Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 219 (Março 2007), p.6-11.
- PAIVA E SILVA, Abel – Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.55, n.º 1-2 (Janeiro-Abril 2007), p.11-20.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana (coord.) – **Para uma ética de enfermagem: Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.
- (1) PINA, Elaine [et al] – **Recomendações para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico** [Em linha] Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004. [Consult. Abril de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008553.pdf>>.
- (2) PINA, Elaine [et al] – **Recomendações para Prevenção da Infecção do Trato Urinário: Algaliação de curta duração** [Em linha] Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Programa Nacional de Controlo de Infecção, 2004. [Consult. Abril de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008555.pdf>>.
- PINA, Elaine [et al] – **Recomendações para Prevenção da Infecção associada aos dispositivos intravasculares** [Em linha] Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Programa Nacional de Controlo de Infecção, 2006. [Consult. Abril de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>>.
- PORTARIA n.º 268/02 **D.R. I-B Série** 61 (2002-03-13) 2305-2309).
- (1) PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO (PNCI) – **Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática** [Em linha] Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Programa Nacional de Controlo de Infecção, 2007. [Consult. Abril de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008545.pdf>>.
- (2) PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO – **Recomendações para Controlo do Ambiente: Princípios básicos** [Em linha]

Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Programa Nacional de Controlo de Infecção, 2007. [Consult. Abril de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008551.pdf>>.

- RESENDE da SILVA, Andrea Joana; OLIVEIRA, Francisco Miguel Dias; RAMOS, Maria Emília Pereira - Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. **Revista Referência**. ISSN 0874-0283. II série, n.º 11 (Dezembro de 2009), p.125-134.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de Doentes Críticos: Recomendações** [Em linha]. Centro editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008, actual. 2008. [Consult. 9 Janeiro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.spci.pt/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>>
- SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE – **Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage** [Em linha]. Society of Critical Care Medicine, 1999, actual. 2002 [Consult. 9 Janeiro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.learnicu.org/Docs/Guidelines/AdmissionDischargeTriage.pdf>>
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (UCP): INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE: ENFERMAGEM – **Mestrado em Enfermagem de natureza profissional: Regulamento Geral**. Lisboa: UCP, 2009. 14 p.
- ZINGG, Walter; PITTET, Didier – Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. **International Journal of Antimicrobial Agents**. ISSN 0924-8579. Vol. 34 (2009), p.38-42.

## **5. ANEXOS**

## **ANEXO I – Escala de Bristol**








## **Infecção por *Clostridium difficile***

A incidência de infecções por *Clostridium difficile* tem vindo a aumentar, sendo a sua prevenção uma preocupação constante das CCI e dos Serviços das Unidades de Saúde.

Como forma de uniformizar critérios no diagnóstico e isolamento destes doentes procedeu-se à adaptação da escala fecal de Bristol (impresso para registo das dejectões do doente), seguindo as directivas do Ministério de Saúde do Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008). Nesta, o enfermeiro deve preencher a data da dejectão e suas características, registar se foi efectuada colheita de fezes e quando enviada para o laboratório.

Anexa-se a adaptação da Escala de Bristol e do impresso do registo de dejectões a ser utilizada, sempre que os profissionais de saúde considerarem pertinente.

O Laboratório de Microbiologia só processa as fezes do tipo 7, uma vez que nos outros tipos os resultados dão sempre negativos para a pesquisa das toxinas A e B.

Escala Fecal de Bristol	
Tipos	Características
Tipo 1	 <p>Fezes rígidas, separadas em pequenos caroços, do tamanho de nozes (difícil de passar)</p>
Tipo 2	 <p>Fezes em forma de salsicha mas de forma irregular</p>
Tipo 3	 <p>Fezes em forma de salsicha mas com fendas na sua superfície</p>
Tipo 4	 <p>Fezes em forma de salsicha, com uma textura suave e macia</p>
Tipo 5	 <p>Fezes em pedaços suaves (de fácil passagem)</p>
Tipo 6	 <p>Fezes moles</p>
Tipo 7	 <p>Fezes totalmente aguadas</p>

**Fonte:** DEPARTMENT OF HEALTH, HEALTH PROTECTION AGENCY - *Clostridium difficile* infection: How to deal with the problem. Best Practice Guidance, [Dezembro](#) de 2008.

Vinheta do Doente

**Data admissão no Hospital:** \_\_\_\_\_

<b>Data da Colheita / Dejecção</b>	<b>Data de Envio para Laboratório</b>	<b>Características das Fezes (Tipo)</b>	<b>Observações</b>

**ANEXO II – Inquéritos de Prevalência**

## **Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)**

### **Programas de Vigilância Epidemiológica (VE)**

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), mais conhecidas por infecções nosocomiais, são um dos eventos adversos com maior relevância nos cuidados de saúde. Nos países europeus estima-se que a taxa de prevalência das IACS ronde 5% a 10%, sendo que, 30% dessas IACS poderiam ser evitadas. As IACS são responsáveis pelo aumento do tempo de internamento, da morbidade e mortalidade, representando um pesado ónus económico para recursos de saúde limitados.

A Vigilância Epidemiológica (VE) das IACS permite identificar os microrganismos mais frequentes, assim como os serviços de maior risco e informação relevante, no que respeita ao uso de antibioterapia e cuidados com a colocação e manutenção de dispositivos invasivos.

A VE tem sido eficaz na redução das IACS na medida em que, os profissionais de saúde, ao conhecerem as taxas de infecção do seu contexto profissional, ficam mais sensibilizados para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infecção.

Dos vários programas de VE existentes a nível europeu, e no qual Portugal participa, encontra-se o Inquérito de Prevalência. Este é uma forma de, rapidamente, se conseguir obter dados sobre as IACS que, permitam planear e implementar medidas de controlo de infecção, direccionadas para os contextos de cada unidade de saúde.

Foram realizados dois Inquéritos Nacionais de Prevalência nos últimos anos. Um em Março de 2009, antes do início da campanha de Higiene das Mãos e outro, um ano depois, em Março de 2010. O relatório nacional do Inquérito de Prevalência de 2009 revela que a taxa de prevalência das IACS é de 11,03% e a taxa de prevalência das Infecções da Comunidade é de 22,39% sendo, os Serviços de Cuidados Intensivos, Unidades de Transplante e Nefrologia aqueles que apresentam maiores taxas de prevalência de IACS (45.7%, 30.88% e 24.63%, respectivamente).

Relativamente ao Hospital de Curry Cabral, E.P.E. a taxa de prevalência das IACS, em 2009, foi de 15,54% e em 2010, aumentou para 16,95% (não dispomos ainda do relatório nacional do Inquérito de Prevalência de 2010).

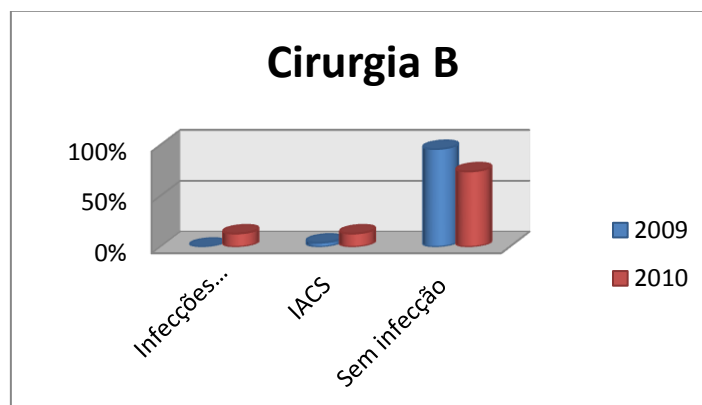
Para que os profissionais fiquem com uma ideia dos resultados do seu serviço, nos últimos Inquéritos de Prevalência, foram recolhidos alguns dados, no que respeita às taxas de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e da comunidade, assim como as características dos doentes com IACS (idade, sexo, local da infeção, microrganismo isolado e factores de risco). Embora os dados obtidos pelos inquéritos de prevalência mostrem apenas uma fotografia daquele dia específico, não sendo de todo representativos da realidade do contexto da unidade de saúde, a sua divulgação pretende ser uma forma de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância das medidas de prevenção e controlo de infeção (Anexo 1).

Outro programa de Vigilância Epidemiológica existente é a Vigilância das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS). Este programa permite que cada hospital conheça a sua taxa de INCS e quais os microrganismos mais frequentes, assim como os factores de risco (ex. presença de cateteres, ...). Este trabalho é elaborado em estreita colaboração com o Serviço de Microbiologia que, envia para a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) todas as hemoculturas positivas. Estes resultados são, posteriormente, analisados com os dados do processo do doente no sentido de perceber se estamos perante uma IACS, uma infeção da comunidade ou apenas uma colonização. Todos estes dados irão ser introduzidos numa base de dados online do PNCI (Programa Nacional de Controlo de Infeção), sendo, posteriormente, trabalhados a nível nacional pela DGS e localmente pela CCI.

Para que consigamos calcular a taxa de INCS e as taxas de INCS relacionadas com cateter vesical, cateter central e ventilação mecânica é necessário a colaboração dos serviços para o preenchimento do Formulário Calendário. Este impresso permite conhecer os dias de exposição dos doentes aos factores de risco extrínsecos, de forma a se poder calcular as taxas de INCS específicas e o índice de exposição ao factor de risco. Em anexo envia-se o formulário calendário (já enviado por email aos Enfermeiros Chefes (versão Excel) e uma breve explicação sobre o seu preenchimento (Anexo 2). Dado que o HCC estuda o evento adverso “flebite”, foi acrescentado a este formulário uma coluna para registo de “cateter venoso periférico”.

**ANEXO A – Inquéritos de Prevalência 2009 e 2010**

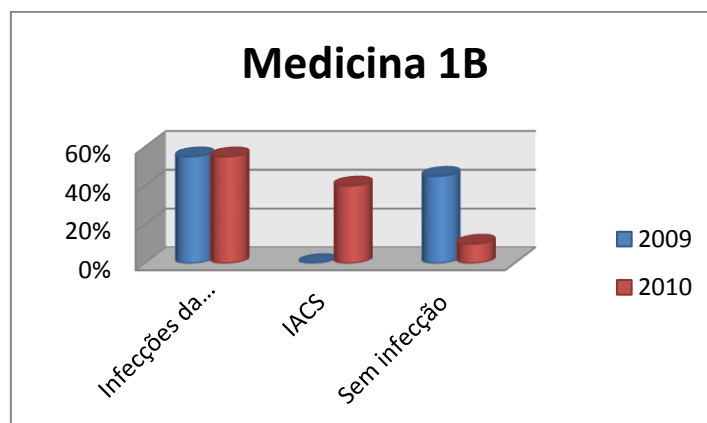
## Cirurgia B



	2009	2010
<b>Infeções da comunidade</b>	0%	13%
<b>IACS</b>	4%	13%
<b>Sem infecção</b>	96%	74%
<b>N.º total de doentes</b>	24	23

		2009	2010
<b>Caracterização IACS</b>		<b>N.º doentes</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	-	2
	Masculino	1	1
<b>Idade</b>	60 - 69 anos	-	1
	70 - 79 anos	1	2
<b>Local da infecção</b>	Pele e Tecidos moles	-	1
	Infecção do Local Cirúrgico	1	2
<b>Microrganismo isolado</b>	MRSA	1	-
	<i>Staphylococcus epidermis</i>	-	1
	Sem isolamento	-	2
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	1	3
<b>Número de doentes com IACS</b>		1	3

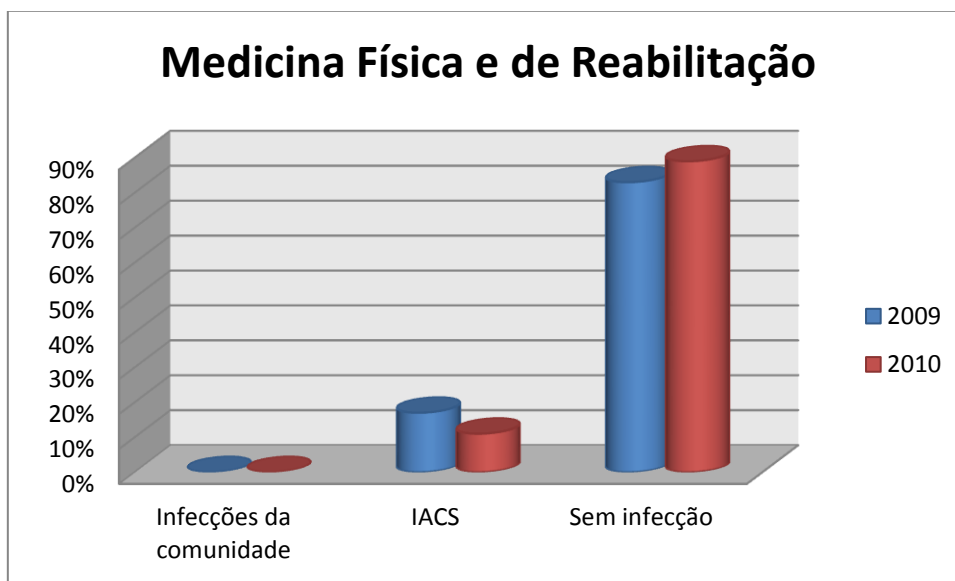
## Medicina 1B



	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	55%	55%
<b>IACS</b>	0%	40%
<b>Sem infecção</b>	45%	10%
<b>N.º total de doentes</b>	22	20

Caracterização IACS		2010
		N.º doentes
<b>Sexo</b>	Feminino	6
	Masculino	2
<b>Idade</b>	70 - 79 anos	4
	80 - 89 anos	3
	90 - 99 anos	1
<b>Local da infecção</b>	Vias urinárias	2
	Vias respiratórias	3
	Hematogénea	1
	Pele e tecidos moles	2
<b>Microrganismo isolado</b>	MRSA	1
	<i>Proteus mirabilis</i>	1
	Sem isolamento	6
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	6
	Cateter urinário	3
	CVC	1
	Alimentação entérica	2
	Terap. imunossupressora	1
	Nenhum	1
<b>Número de doentes com IACS</b>		<b>8</b>

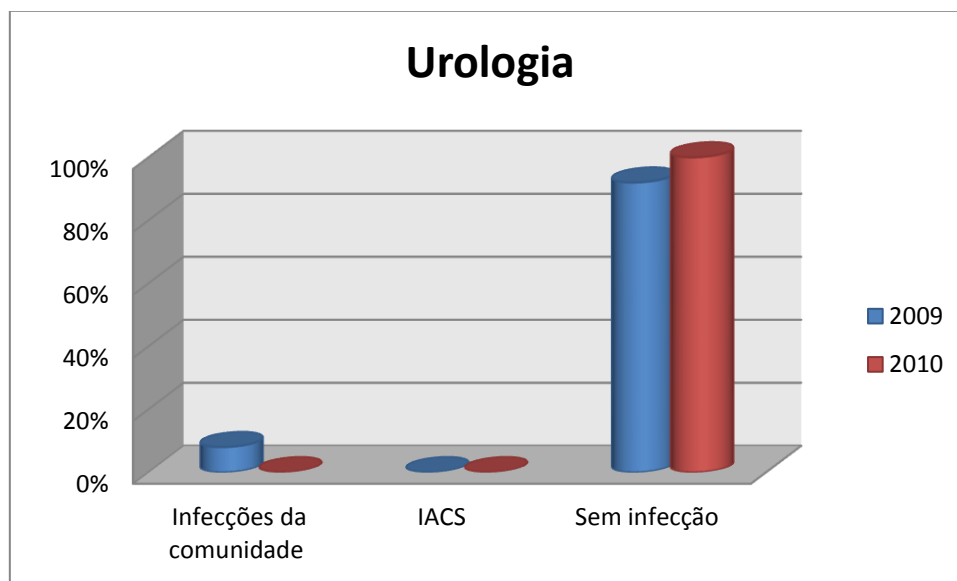
## Medicina Física e de Reabilitação



	2009	2010
<b>Infeções da comunidade</b>	0%	0%
<b>IACS</b>	17%	11%
<b>Sem infecção</b>	83%	89%
<b>N.º total de doentes</b>	18	18

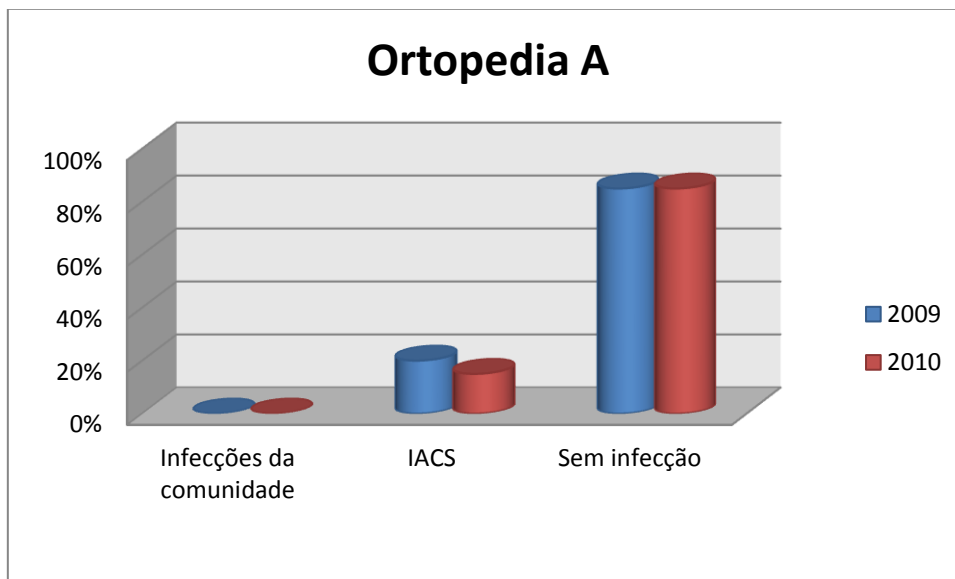
		2009	2010
<b>Caracterização IACS</b>		<b>N.º doentes</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	1	2
	Masculino	2	-
<b>Idade</b>	20 – 29 anos	-	1
	50 - 59 anos	1	-
	60 - 69 anos	1	-
	80 - 89 anos	1	1
<b>Local da infecção</b>	Vias urinárias	3	2
<b>Microorganismo isolado</b>	<i>Escherichia coli</i>	1	1
	<i>Candida albicans</i>	-	1
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	-
	Sem isolamento	1	-
<b>Factores de Risco</b>	Cateter urinário	2	-
	Cateter venoso periférico	2	-
	Nenhum	1	2
<b>N.º doentes com IACS</b>		3	2

# Urologia



	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	8%	0%
<b>IACS</b>	0%	0%
<b>Sem infecção</b>	92%	100%
<b>N.º total de doentes</b>	12	16

## Ortopedia A

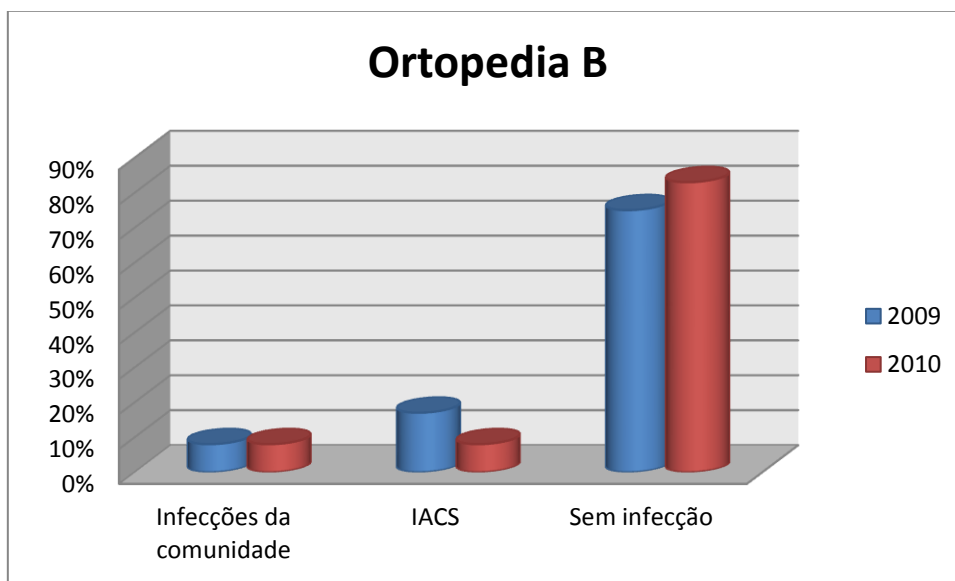


	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Infecções da comunidade</b>	0%	0%
<b>IACS</b>	20%	15%
<b>Sem infecção</b>	85%	85%
<b>N.º total de doentes</b>	40	34

Ortopedia A		2009	2010
Caracterização IACS		N.º doentes	
Sexo	Feminino	6	5
	Masculino	-	-
Idade	60 - 69 anos	-	1
	70 - 79 anos	1	3
	80 - 89 anos	2	1
	90 - 99 anos	3	-
Local da infecção	Vias respiratórias	3	2
	Infecção do local cirúrgico	5	3
Microrganismo isolado	MRSA	2	1
	MSSA	-	2
	<i>Escherichia coli</i>	2	1
	<i>Proteus mirabilis</i>	1	1
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	1
	<i>Serratia liquefaciens</i>	1	-
	<i>Enterococcus faecalis</i>	2	1
	Sem isolamento	2	2
Factores de risco	Cateter venoso periférico	4	2
	CVC	2	-
	Cateter urinário	2	2
	Terapêutica Imunossupressora	-	2
<b>N.º doentes com IACS</b>		<b>6*</b>	<b>5</b>

\* Em 2009 foi diagnosticado a 1 doente 3 IACS com o isolamento de 4 microrganismos diferentes

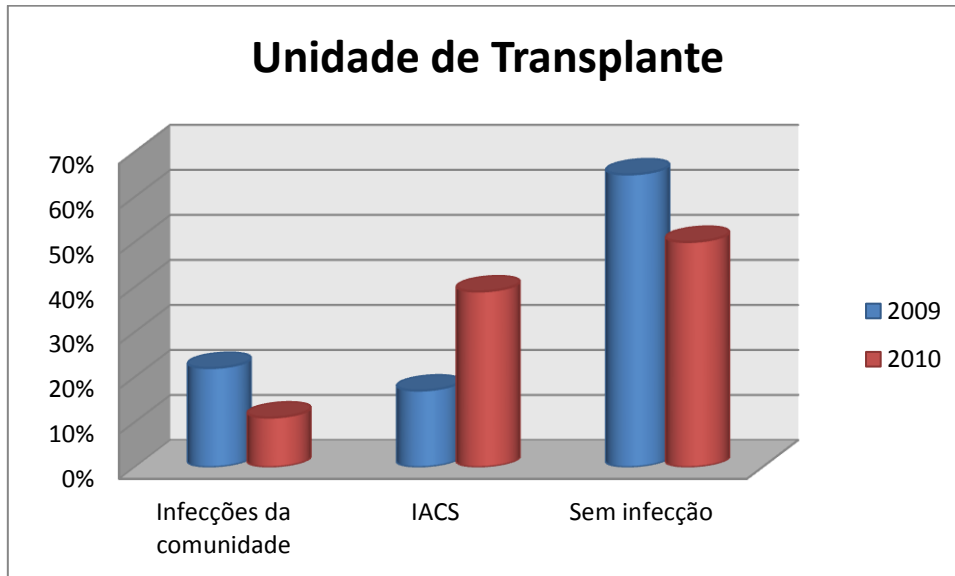
## Ortopedia B



	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	8%	8%
<b>IACS</b>	17%	8%
<b>Sem infecção</b>	75%	83%
<b>N.º total de doentes</b>	12	12

Caracterização IACS		2009	2010
		N.º doentes	
<b>Sexo</b>	Feminino	-	-
	Masculino	2	1
<b>Idade</b>	50 – 59 anos	-	1
	80 - 89 anos	2	-
<b>Local da infecção</b>	Respiratória	1	-
	Óssea	1	1
<b>Microrganismo isolado</b>	<i>Enterococcus faecalis</i>	1	-
	MRSA	1	-
	<i>Streptococcus sp</i>	-	1
	Sem isolamento	1	-
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	2	-
	Cateter urinário	1	-
	Nenhum	-	1
<b>N.º de doentes com IACS</b>		2	1

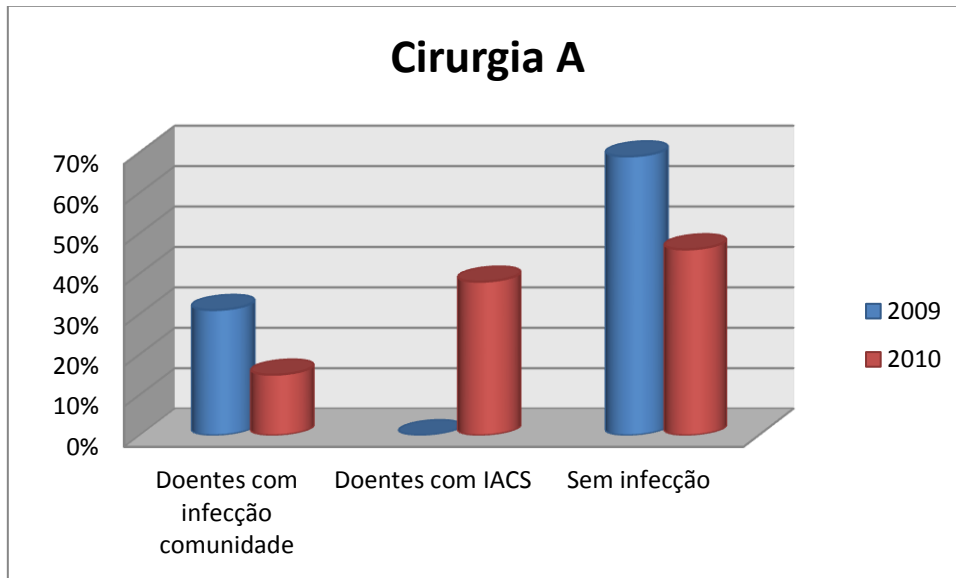
## Unidade de Transplante



	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	22%	11%
<b>IACS</b>	17%	39%
<b>Sem infecção</b>	65%	50%
<b>N.º total de doentes</b>	23	18

Unidade de Transplante		2009	2010
Caracterização IACS		N.º doentes	
Sexo	Feminino	1	2
	Masculino	2	5
Idade	20 - 29 anos	-	2
	40 - 49 anos	2	1
	50 - 59 anos	1	1
	60 - 69 anos	-	2
	70 - 79 anos	-	1
Local de infecção	Vias urinárias	-	5
	Vias respiratórias	1	1
	Infecção do Local cirúrgico	2	-
	Hematogénea	1	1
Microorganismo isolado	<i>Enterococcus faecalis</i>	1	1
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	-	2
	<i>Staphylococcus C. neg.</i>	-	1
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	1
	MRSA	2	
	Sem isolamento	1	2
Factores de risco	Cateter venoso periférico	-	5
	Cateter urinário	3	1
	CVC	3	1
	Alimentação entérica	2	1
	Terapêutica imunossupressora	3	7
<b>N.º doentes com IACS (* 1 só doente tinha 2 IACS)</b>		<b>3*</b>	<b>7</b>

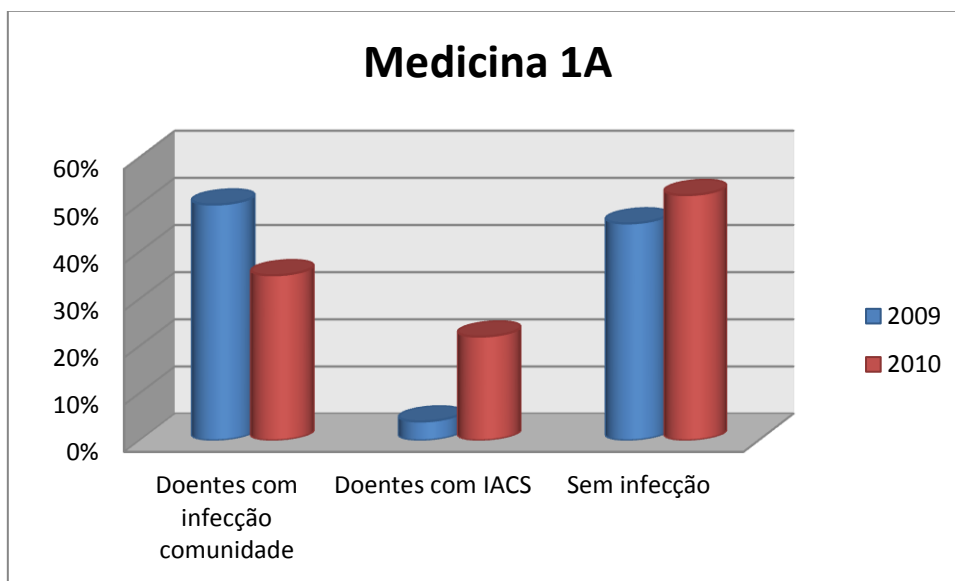
# Cirurgia A



	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	31%	15%
<b>IACS</b>	0%	38%
<b>Sem infecção</b>	69%	46%
<b>N.º total de doentes</b>	26	26

Caracterização IACS		2010
		N.º doentes
<b>Sexo</b>	Feminino	7
	Masculino	3
<b>Idade</b>	30 - 39 anos	1
	50 - 59 anos	2
	60 - 69 anos	5
	70 - 79 anos	2
<b>Local da infecção</b>	Vias urinárias	3
	Infecção do local cirúrgico	5
	Pele e tecidos moles	1
	Não identificado	1
<b>Microrganismo isolado</b>	<i>Escherichia coli</i>	1
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	1
	Sem isolamento	8
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	9
	Cateter urinário	3
	CVC	1
	Alimentação parentérica	1
<b>N.º doentes com IACS</b>		<b>10</b>

# Medicina 1A

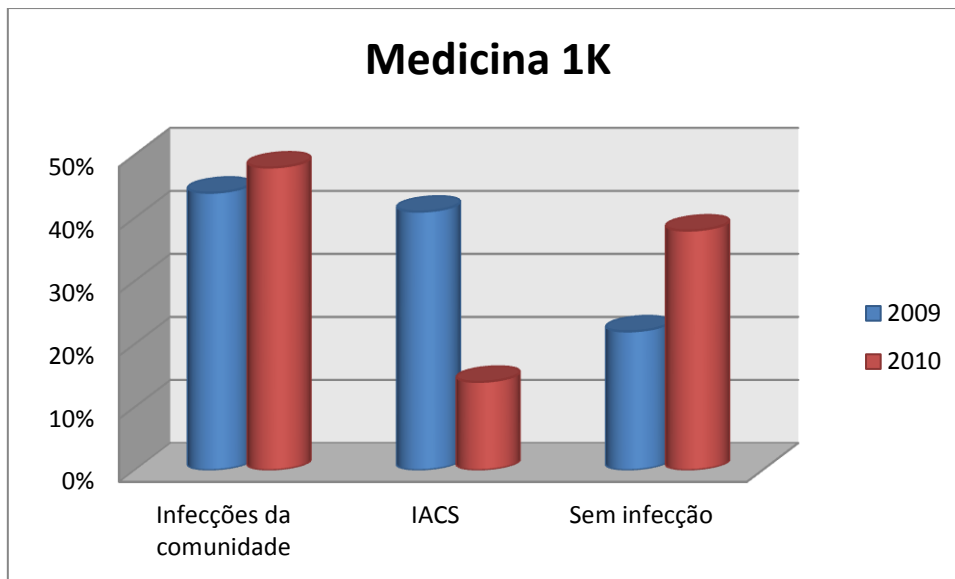


	2009	2010
<b>Infeções da comunidade</b>	50%	35%
<b>IACS</b>	4%	22%
<b>Sem infecção</b>	46%	52%
<b>N.º total de doentes</b>	26	23

Caracterização IACS		2009	2010
		N.º doentes	
<b>Sexo</b>	Feminino	-	3
	Masculino	1	1
<b>Idade</b>	60 - 69 anos	-	1
	70 - 79 anos	-	1
	80 - 89 anos	1	2
<b>Local da infecção</b>	Vias urinárias	1	3
	Vias respiratórias	-	1
	Hematogénea	-	1
<b>Microorganismo isolado</b>	<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	1
	<i>Proteus mirabilis</i>	-	1
	MSSA	-	1
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	1
	Sem isolamento	-	1
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	1	2
	Cateter urinário	-	3
	Alimentação entérica	-	4
	CVC	-	1
<b>N.º doentes com IACS</b>		1	4*

\* um doente tinha 2 IACS

# Medicina 1K

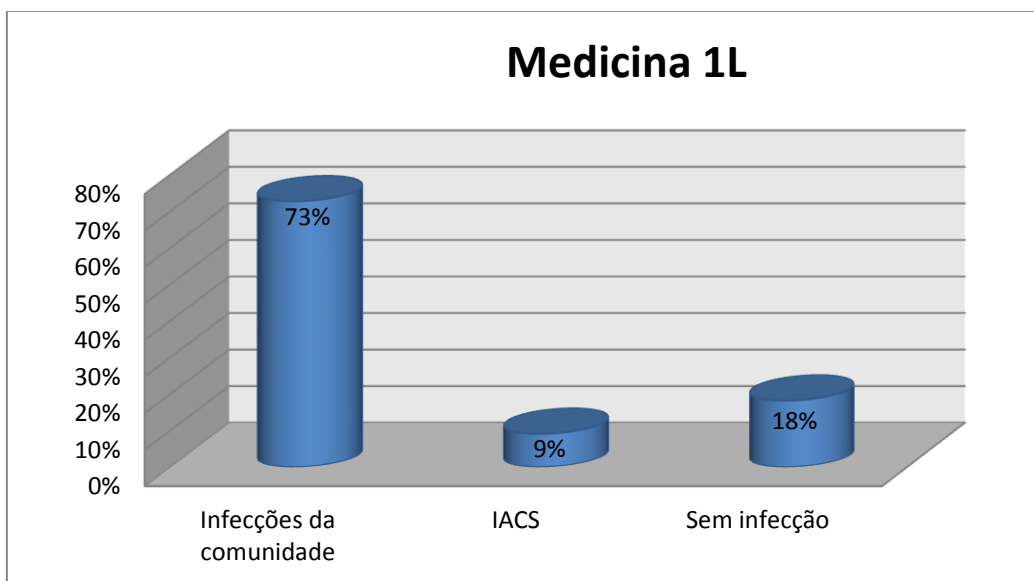


	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Infecções da comunidade</b>	44%	48%
<b>IACS</b>	41%	14%
<b>Sem infecção</b>	22%	38%
<b>N.º total de doentes</b>	27	29

Medicina 1K		2009	2010
Caracterização IACS		N.º doentes	
Sexo	Feminino	4	2
	Masculino	5	2
Idade	50 - 59 anos	1	1
	70 - 79 anos	3	1
	80 - 89 anos	4	2
	90 - 99 anos	1	-
Local da infecção	Vias urinárias	6	1
	Vias respiratórias	5	3
Microrganismo isolado	<i>Escherichia coli</i>	1	1
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	1
	<i>Candida sp.</i>	1	-
	MSSA	1	-
	<i>Haemophilus influenza</i>	1	-
	Sem isolamento	8	2
Factores de risco	Cateter venoso periférico	5	4
	CVC	2	-
	Cateter urinário	5	2
	Alimentação entérica	5	-
	Terapêutica imunossupressora	-	2
<b>N.º doentes com IACS</b>		<b>9*</b>	<b>4</b>

\* em 2009 houve 2 doentes a quem foram diagnosticados 2 IACS

# Medicina 1L

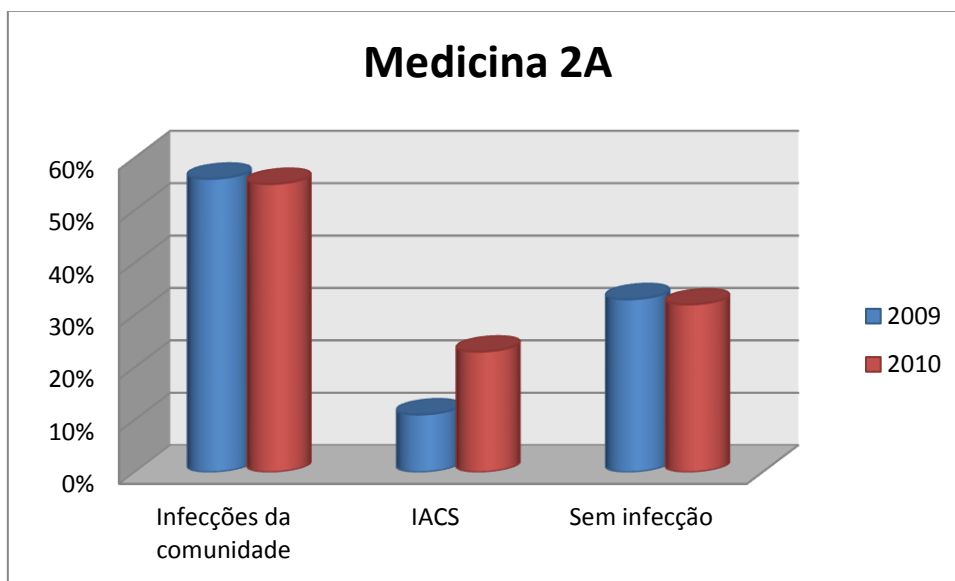


**2010**

<b>Infecções da comunidade</b>	<b>73%</b>
<b>IACS</b>	<b>9%</b>
<b>Sem infecção</b>	<b>18%</b>
<b>N.º total de doentes</b>	<b>11</b>

		<b>2010</b>
<b>Caracterização IACS</b>		<b>N.º doentes</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	0
	Masculino	1
<b>Idade</b>	70 - 79 anos	1
<b>Local da infecção</b>	Não identificado	1
<b>Microrganismo isolado</b>	Sem isolamento	1
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	1
	Cateter urinário	1
	CVC	1
<b>N.º doentes com IACS</b>		<b>1</b>

## Medicina 2A

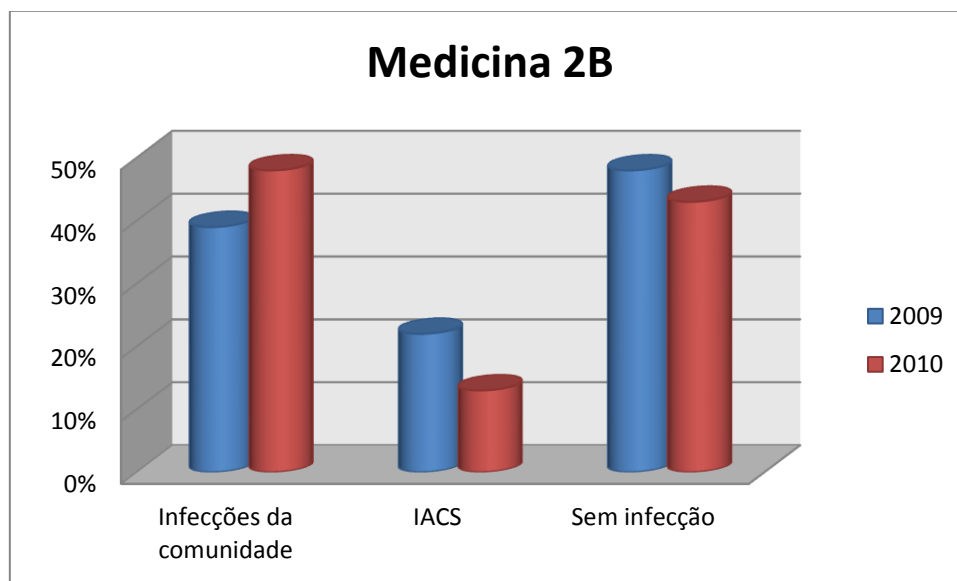


	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	56%	55%
<b>IACS</b>	22%	23%
<b>Sem infecção</b>	33%	32%
<b>N.º total de doentes</b>	27	31

Medicina 2A		2009	2010
<b>Caracterização IACS</b>		N.º doentes	
<b>Sexo</b>	Feminino	-	-
	Masculino	3	4
<b>Idade</b>	40 - 49 anos	1	-
	60 - 69 anos	1	-
	70 - 79 anos	1	2
	80 - 89 anos	-	2
<b>Local da infecção</b>	Vias respiratórias	2	2
	Vias urinárias	-	3
	Tecidos moles	1	
	Aparelho Cardiovascular	-	1
	Hematogénea	-	1
<b>Microrganismo isolado</b>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	-	1
	<i>Candida albicans</i>	-	1
	Sem isolamento	3	6
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	3	4
	Cateter urinário	1	2
	Alimentação entérica	1	1
	CVC	-	1
	Terapêutica imunossupressora	-	1
<b>N.º doentes com IACS</b>		<b>3</b>	<b>4*</b>

\* em 2010 dois doentes tinham 2 IACS

## Medicina 2B

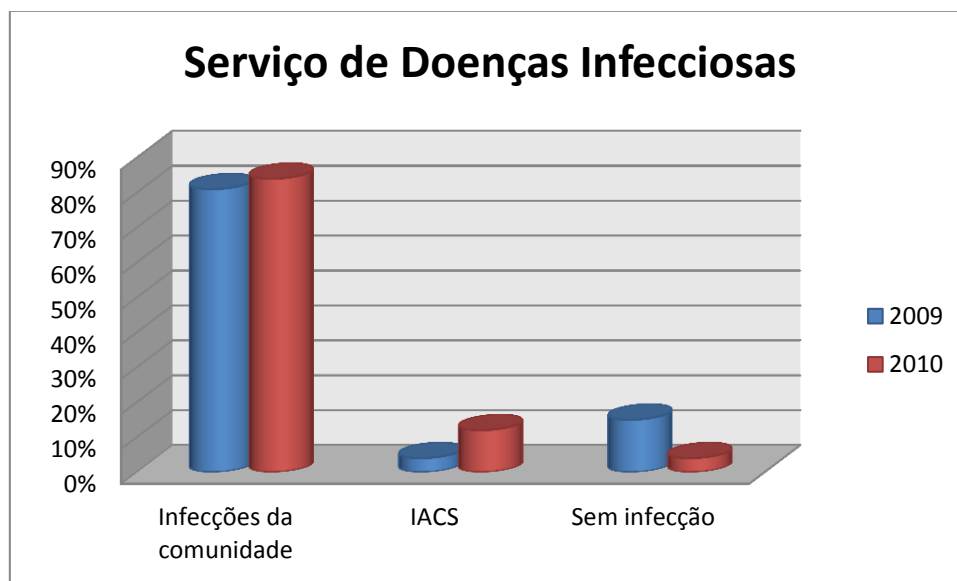


	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	39%	48%
<b>IACS</b>	13%	13%
<b>Sem infecção</b>	48%	43%
<b>N.º total de doentes</b>	23	23

		2009	2010
<b>Caracterização IACS</b>		<b>N.º doentes</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	3	2
	Masculino	-	-
<b>Idade</b>	60 - 69 anos	1	1
	80 - 89 anos	2	-
	90 - 99 anos	-	1
<b>Local da infecção</b>	Vias urinárias	1	2
	Vias respiratórias	-	1
	Ap. Gastrointestinal	1	-
	Cavidade oral	1	-
<b>Microrganismo isolado</b>	<i>Clostridium difficile</i>	1	-
	Sem isolamento	2	3
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	3	2
	Cateter urinário	1	2
	Alimentação entérica	-	1
<b>N.º doentes com IACS</b>		3	2*

\* um doente tinha 2 IACS

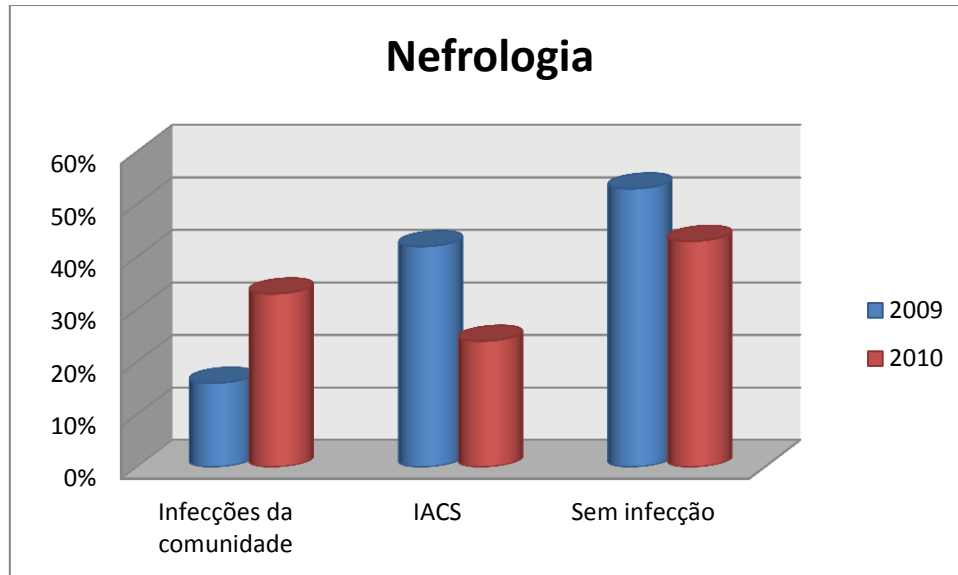
## Serviço de Doenças Infecciosas



	2009	2010
<b>Doentes com infecção comunidade</b>	81%	84%
<b>Doentes com IACS</b>	4%	12%
<b>Sem infecção</b>	15%	4%
<b>N.º total de doentes</b>	27	25

Serviço Doenças Infecciosas		2009	2010
<b>Caracterização IACS</b>		<b>N.º doentes</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	-	3
	Masculino	1	-
<b>Idade</b>	50 – 59 anos	-	1
	60 - 69 anos	-	1
	70 - 79 anos	-	1
	90 - 99 anos	1	-
<b>Local da infecção</b>	Vias urinárias	1	-
	Vias respiratórias	-	2
	Hematogénea	-	1
<b>Microrganismo isolado</b>	MRSA	1	-
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	1
	<i>Shigella s.p</i>	-	1
	Micr. Não identificado	-	1
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	1	1
	Cateter urinário	1	1
	Alimentação entérica	1	-
	Nenhum	-	1
<b>N.º doentes com IACS</b>		<b>1</b>	<b>3</b>

# Nefrologia

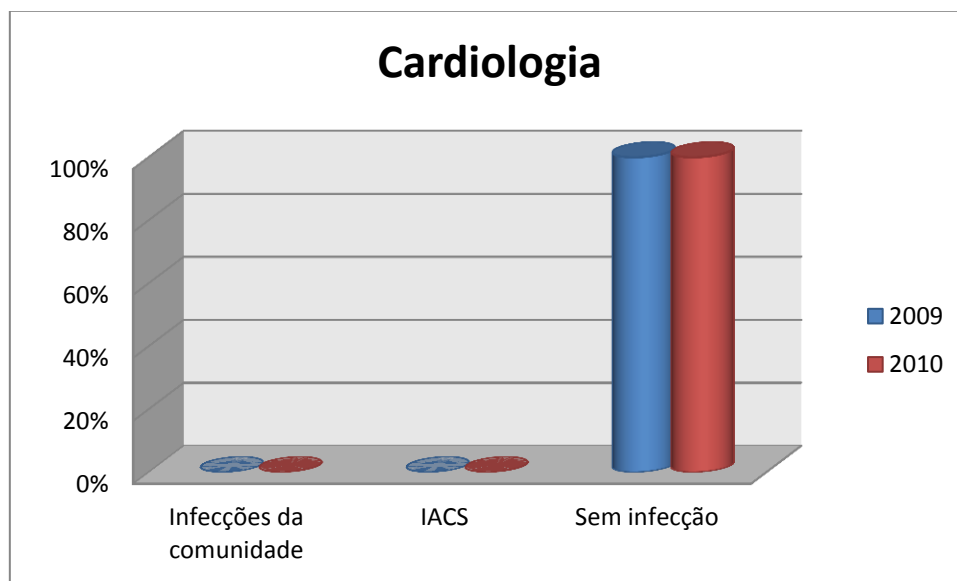


	2009	2010
<b>Doentes com infecção comunidade</b>	16%	33%
<b>Doentes com IACS</b>	42%	24%
<b>Sem infecção</b>	53%	43%
<b>N.º total de doentes</b>	19	21

Nefrologia		2009	2010
<b>Caracterização IACS</b>		<b>N.º doentes</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	3	2
	Masculino	3	3
<b>Idade</b>	50 – 59 anos	-	1
	60 - 69 anos	1	3
	70 - 79 anos	3	1
	80 - 89 anos	2	-
<b>Local da infecção</b>	Vias respiratórias	1	3
	Vias urinárias	1	1
	Ap. Cardiovascular	2	-
	Hematogénea	1	-
	Pele e Tecidos moles	-	1
	Infecção do Local cirúrgico	3	-
<b>Microrganismo isolado</b>	<i>Escherichia coli</i>	1	-
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	-
	MRSA	3	-
	Sem isolamento	3	5
<b>Factores de risco</b>	CVC	5	5
	Cateter urinário	1	1
	Cateter venoso periférico	1	-
<b>N.º doentes com IACS</b>		<b>6*</b>	<b>5</b>

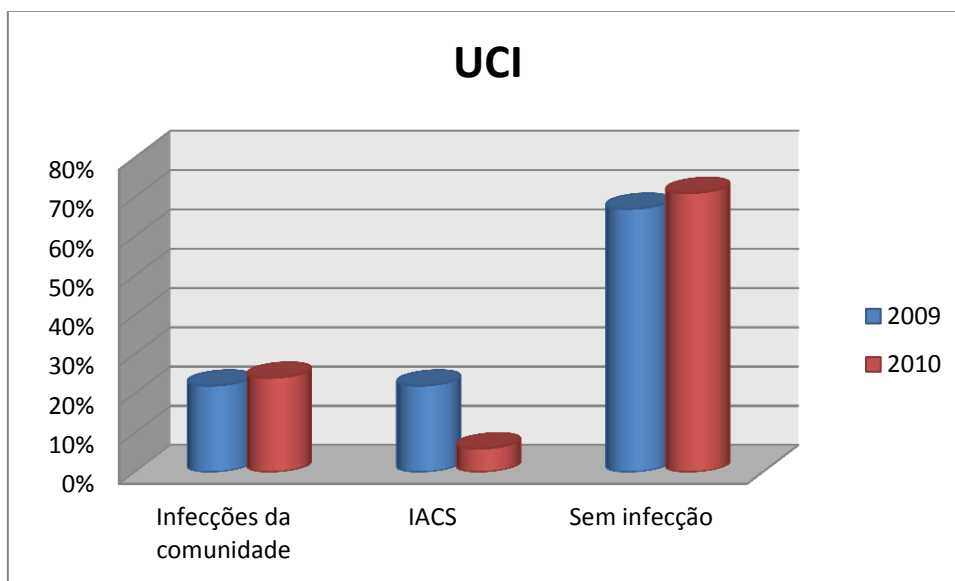
\* 1 só doente tinha 3 IACS

## Cardiologia



	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	0%	0%
<b>IACS</b>	0%	0%
<b>Sem infecção</b>	100%	100%
<b>N.º total de doentes</b>	4	6

## Unidade de Cuidados Intensivos



	2009	2010
<b>Infecções da comunidade</b>	22%	24%
<b>IACS</b>	22%	6%
<b>Sem infecção</b>	67%	71%
<b>N.º total de doentes</b>	18	17

		2009	2010
<b>Caracterização IACS</b>		<b>N.º doentes</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	1	-
	Masculino	1	1
<b>Idade</b>	70 - 79 anos	1	-
	80 - 89 anos	1	1
<b>Local da infecção</b>	Vias respiratórias	3	1
	Hematogénea	1	-
<b>Microorganismo isolado</b>	MRSA	1	-
	<i>Enterococcus faecalis</i>	1	-
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	-
	Sem isolamento	1	1
<b>Factores de risco</b>	Cateter venoso periférico	1	-
	Cateter urinário	2	1
	Alimentação entérica	2	1
	Ventilação invasiva	2	1
	CVC	1	1
<b>N.º doentes com IACS</b>		2*	1

\* um doente tinha 3 IACS

**ANEXO B- Formulário Calendário**

## Formulário Calendário



Formulário Calendário N.º de ficha \_\_\_\_\_

Mês	/ Ano 20	Código do Hospital	Código do Serviço
Dia do Mês	N.º de doentes com 1 ou mais CVC	→N.º doentes com Ventilação Assistida Invasiva	→N.º de doentes com Algália
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Pretende-se que o **preenchimento** deste formulário seja **diário**, preferencialmente à **mesma hora**. Por exigência da DGS o seu preenchimento é **obrigatório**. O Serviço que não o efectuar terá de ser excluído do estudo.

O seu preenchimento é de extrema importância. Tem por objectivos:

- Dados demográficos (dias internamento, doentes admitidos, demora média)
- Dados referentes a exposição dos doentes a factores de risco extrínsecos significativos para o aparecimento de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS):
  - Doentes com cateteres intravasculares centrais (CVC) – que nos vai dar o numero de dias de exposição ao CVC
  - Doentes submetidos a ventilação assistida
  - Doentes submetidos a cateterização vesical (algaliação)

A colheita destes dados vai permitir calcular:

- Proporção de INCS por 1000 doentes de risco
- Taxa de INCS (densidade de incidência) por 1000 dias de internamento,
- Taxa de INCS relacionadas com o cateter (por 1000 dias de CVC)
- Índice de exposição a dispositivos invasivo (ex. cateterização)

Para uma melhor compreensão do seu preenchimento clarificam-se alguns conceitos:

- **N.º de doentes com um ou mais cateteres intravasculares centrais (CVC)** – número de doentes com um ou mais cateteres intravasculares centrais que estão colocados em cada dia do mês e inclui: CVC de inserção periférica, CVC de inserção cutânea, CVC tunelizáveis (Hickman ou Broviac), CVC de inserção cirúrgica (ex. Porth-cath), cateteres arteriais (Swan-Ganz), CVC utilizados em hemodiálise (não incluir os “shunts” para hemodiálise)
- **N.º de doentes com ventilação assistida invasiva** – com dispositivo que permita a respiração assistida ou controlada contínua, através de traqueotomia ou de entubação endotraqueal. Não inclui os doentes que estiveram ventilados durante a anestesia geral.
- **N.º de doentes com cateterização vesical** – n.º de doentes com cateter vesical (algália), em drenagem contínua de urina.

**ANEXO III – Sessão de Formação: Inquéritos de Prevalência**

Análise dos resultados do  
Hospital de Curry Cabral, E.P.E.

## INQUÉRITOS DE PREVALÊNCIA 2009 E 2010


Patrícia Fernandes  
Aluna do Curso de Pós-Specialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

### Inquéritos de Prevalência

- Programas de Vigilância Epidemiológica
- Obter rapidamente dados das IACS

↓

- Planear e implementar medidas de controlo de infeção
- Limitações




### Prevalência das IACS

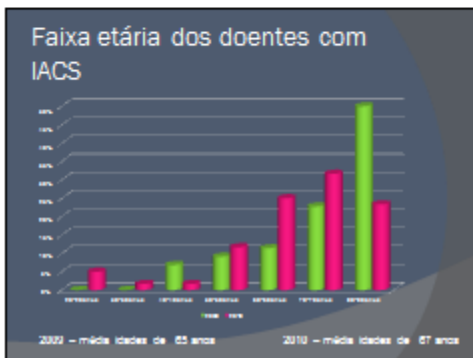
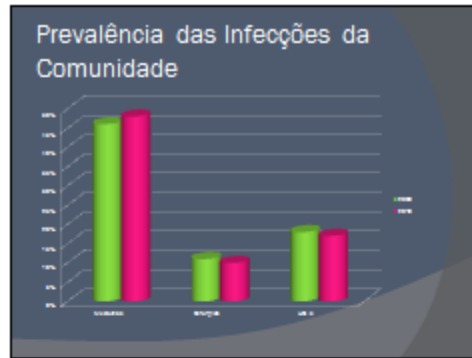
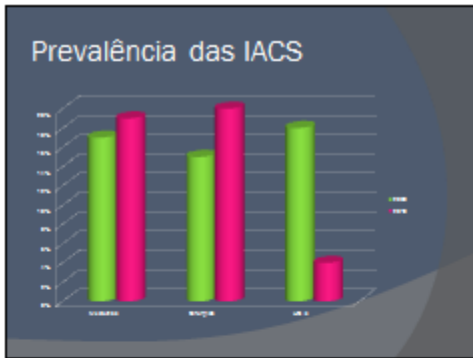
Nacional	2003	2009
IACS	9,92%	11,03%
Info Comunidade	25,48%	22,39%

HCC	2009	2010
IACS	15,54%	16,95%
Info Comunidade	32,84%	34,18%

↑

Campanha Higiene das Mãos



### Análise dos Dados

Medicina	Cirurgia	UCI
Medicina 1	Ortopedia	UD
Medicina 2	Oftalmologia	Cardiologia
S. Doenças Infecciosas	Urologia	
M. Física e Reabilitação	Unidade de Transplante	
Neurologia		





"Nada é difícil se for dividido  
em pequenas partes."  
*Henry Ford*

**ANEXO IV – Norma: Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos  
Intravasculares**

## **PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES**

### **1. DEFINIÇÃO**

Medidas a implementar na colocação, manutenção e remoção de dispositivos intravasculares.

### **2. OBJECTIVOS**

Prevenir a transmissão de agentes infecciosos ao utente através dos dispositivos intravasculares.

### **3. PROCEDIMENTOS/RECOMENDAÇÕES**

#### **3.1. CATETER VENOSO CENTRAL**

- Material:**
- anti-séptico (propanol+ cloreto de benzalcónico)
  - máscara cirúrgica, barrete, bata esterilizada e luvas esterilizadas
  - campo esterilizado com orifício
  - campo esterilizados sem orifício
  - pinça de Kocher
  - porta-agulhas
  - lâmina de bisturi
  - seda 2/0 com agulha lanceolada
  - lidocaína 2%
  - agulhas SC, IM e diluição
  - seringas de 10cc
  - 2 taças esterilizadas
  - soro fisiológico 100cc
  - cateter venoso central
  - penso para cateter

<b>Procedimentos</b>	<b>Justificação</b>
<b>1.</b> Explicar ao utente/acompanhante o procedimento	<b>1.</b> Diminui a ansiedade, obtém o consentimento e a colaboração
<b>2.</b> Preparar o material necessário	<b>2.</b> Economiza tempo.

- Seleccionar o tipo de cateter, técnica e local de inserção prevendo o tipo e duração de terapia intravenosa que represente o menor risco de complicações.

#### **Categoria IA**

(os catéteres de teflon ou poliuretano estão associados a um menor risco de complicações infecciosas do que os catéteres de polivinilo ou de polietileno)

- Em doentes com necessidade de acesso vascular contínuo ou frequente (mais de 30 dias), preferir catéteres tunelizáveis ou catéteres centrais de inserção periférica. **Categoria II**
- Utilizar um CVC com o mínimo de acessos ou lúmens essenciais para o tratamento ao doente. **Categoria IA**  
(os catéteres multi-lúmen estão mais susceptíveis à infecção devido a um maior trauma no local de inserção e porque os múltiplos acessos aumentam o número de manipulações).
- Utilizar um CVC com “cuff” para diálise se o período de acesso temporário se prever prolongado (superior a 3 semanas). **Categoria IB**
- Utilizar uma fístula ou prótese em vez de um CVC como acesso permanente para diálise. **Categoria IB**
- Reservar um dos lúmens do CVC exclusivamente para alimentação parentérica.

#### **Categoria IB**

<b>Procedimentos</b>	<b>Justificação</b>
<b>3.</b> Definir o local de punção	<b>3.</b> Para se poder posicionar o utente correctamente
<b>4.</b> Proceder à higienização das mãos (com água e sabão ou SABA)	<b>4.</b> Previne a contaminação

- Ter em conta os riscos e os benefícios de colocar o dispositivo no local recomendado para reduzir as complicações infecciosas, contra o risco de complicações mecânicas (ex. pneumotórax, punção da artéria subclávia, trombose, embolia gasosa,...). **Categoria IA**
- Nos adultos, preferir a veia subclávia às veias jugulares e femorais. **Categoria IA** (Na veia jugular interna estão associados maior risco de infecção do que os catéteres na subclávia e femoral. Nos adultos, os catéteres na femoral apresentam uma elevada taxa de colonização e estão associados a uma maior risco de trombose profunda)
- Colocar os cateteres utilizados para hemodiálise e ferese na veia jugular ou femoral em vez da veia subclávia para evitar a estenose venosa. **Categoria IA**
- Utilizar sempre técnica correta na desinfecção das mãos. Desinfetar as mãos sempre que necessitar de aceder ao local de inserção, bem como antes e após de inserir, substituir, aceder ou fazer o penso de um dispositivo intra-vascular. **Categoria IA**

Procedimentos	Justificação
<p><b>5.</b> Posicionar o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em posição de Trendlenbourg e com rotação da cabeça para o lado contrário de onde se vai posicionar, no caso de punção na veia jugular</li> <li>• Em decúbito dorsal com colocação de rolo na região sub-escapular, para punção da veia subclávia</li> <li>• Em decúbito dorsal para punção da femoral</li> </ul>	<p><b>5.</b> Proporciona o conforto possível e facilita o acesso ao local de punção</p>
<p><b>6.</b> Proceder à lavagem cirúrgica das mãos</p>	<p><b>6.</b> Previne a infecção</p>
<p><b>7.</b> Colocar barrete, máscara, bata e luvas esterilizadas (médico); calçar luvas (enfermeiro)</p>	<p><b>7.</b> Protecção pessoal e prevenção das infecções nosocomiais</p> <p>O uso de barreiras protectoras máximas (barrete, máscara, luvas,</p>

	bata) reduz significativamente a incidência de infecções relacionadas com o cateter, quando comparado com as precauções básicas (luvas e campo esterilizados)
<b>8.</b> Proceder à desinfecção da pele com solução anti-séptica de base alcoólica e deixar secar	<b>8.</b> Previne a infecção. Os microrganismos que circundam o local de inserção são a causa mais comum de infecção relacionada com o cateter.

- Desinfectar a pele com um anti-séptico apropriado, de preferência uma solução anti-séptica de base alcoólica. **Categoria IA**
- Não aplicar solventes orgânicos (acetona, éter) na pele antes de inserir os cateteres ou nas mudanças de penso **Categoria IA**
- Permitir que o anti-séptico actue no local antes de iniciar a inserção do cateter. Se utilizar iodopovidona aquosa deve deixar secar durante 2 minutos ou mais. **Categoria IB**  
(as soluções anti-sépticas de base alcoólica são as mais recomendadas porque aliam os benefícios da rapidez de acção, com a actividade residual e espectro bacteriano).
- O uso de luvas não dispensa a necessidade de lavagem das mãos. **Categoria IA**
- Não utilizar por rotina desbridamento como método de inserção de cateteres. **Categoria IA**

<b>Procedimentos</b>	<b>Justificação</b>
<b>9.</b> Colocar campo esterilizado grande com buraco	<b>9.</b> Para assegurar a técnica asséptica
<b>10.</b> Inserir CVC	<b>10.</b> Permite acesso vascular

<b>Procedimentos</b>	<b>Justificação</b>
<b>11.</b> Adaptar sistema com soro para perfusão ou colocar obturador após lavagem dos lúmens	<b>11.</b> Permite garantir a permeabilidade do cateter
<b>12.</b> Fixar o CVC com pontos à pele	<b>12.</b> Previne a exteriorização do cateter
<b>13.</b> Desinfectar a pele com solução asséptica	<b>13.</b> Previne a infecção
<b>14.</b> Aplicar penso estéril (de preferência, transparente)	<b>14.</b> Previne a infecção e permite visualizar sinais de infecção  Não há diferenças entre o penso transparente e o penso de gaze estéril
<b>15.</b> Retirar as luvas e proceder à lavagem das mãos	<b>15.</b> Previne a infecção
<b>16.</b> Registrar data, hora, local de inserção, tipo de cateter e intercorrências em notas de evolução e folha de planificação de cuidados	<b>16.</b> Permite documentar as intervenções de enfermagem e assegurar a continuidade de cuidados

### **3.2. CATETER VENOSO PERIFÉRICO**

- Material:**
- luvas não estéreis
  - garrote látex individualizado
  - resguardo
  - cateteres venosos periféricos com protecção de picada
  - compressas esterilizadas
  - anti-séptico (propanol+ cloreto de benzalcónico ou álcool a 70°)
  - adesivo hipo-alérgico e/ou penso fixador de cateter

<b>Procedimentos</b>	<b>Justificação</b>
1. Explicar ao utente/acompanhante o procedimento	1. Diminui a ansiedade, obtém o consentimento e a colaboração
2. Preparar o material necessário (selecione o calibre do cateter com base no objectivo da sua colocação e tempo de utilização)	2. Economiza tempo

- Designar profissionais treinados e com competência para inserir cateteres e para supervisionar os profissionais menos experientes. **Categoria IA**
- Em adultos, preferir um membro superior ao um membro inferior, para a introdução de um cateter venoso periférico. **Categoria IA**
- Seleccionar o tipo de cateter, técnica e local de inserção prevendo o tipo e duração de terapia intravenosa que represente o menor risco de complicações. **Categoria IA**

(os catéteres de teflon ou poliuretano estão associados a um menor risco de complicações infecciosas do que os catéteres de polivinilo ou de polietileno)

<b>Procedimentos</b>	<b>Justificação</b>
3. Proceder à lavagem higiénica das mãos	3. Previne a infecção nosocomial
4. Posicionar o doente e colocar resguardo	4. Proporciona o conforto possível; contenção de fluido orgânico
5. Seleccionar a veia (colocar garrote, se necessário)	5. Proporciona a escolha do melhor acesso possível (cateterizar na zona mais distal do braço, evitando zonas de flexão. Preferir o membro não dominante)
6. Desinfectar a pele com movimentos circulares do centro para a periferia e deixar secar.	6. Previne a infecção; maximiza o efeito do anti-séptico

- O uso de luvas limpas não dispensa a necessidade de lavagem das mãos.

**Categoria IA**

- Utilizar sempre técnica correta na desinfecção das mãos. Desinfetar as mãos sempre que necessitar de aceder ao local de inserção, bem como antes e após de inserir, substituir, aceder ou fazer o penso de um dispositivo intra-vascular.

**Categoria IA**

- Desinfetar a pele com um anti-séptico apropriado, de preferência uma solução anti-séptica de base alcoólica. **Categoria IA**

<b>Procedimentos</b>	<b>Justificação</b>
<b>7.</b> Colocar garrote, cerca de 5-10 cm acima do local de punção	<b>7.</b> Favorece a dilatação da veia melhorando o acesso à mesma
<b>8.</b> Calçar luvas não estéreis	<b>8.</b> Protecção pessoal e prevenção da infecção nosocomial
<b>9.</b> Traccionar a pele abaixo do local de inserção	<b>9.</b> Permite a ancoragem da veia diminuindo a sua mobilidade
<b>10.</b> Inserir o cateter na veia com o bisel para cima e com um ângulo aproximado de 15°-20° (as veias frágeis requerem um ângulo de inserção inferior). A entrada da agulha na veia é indicada pela presença de sangue na câmara de refluxo	<b>10.</b> Permite a entrada na veia
<b>11.</b> Avançar o cateter cerca de 5mm	<b>11.</b> Assegura que a extremidade da cânula também entra na veia
<b>12.</b> Baixar o ângulo de inserção até ao nível da pele, de forma a corresponder à profundidade e direcção da veia	<b>12.</b> Evita a perfuração da parede posterior da veia
<b>13.</b> Recuar a agulha parcialmente, em vários tempos, à medida que é feita a	<b>13.</b> Assegura que a cânula permanece

progressão total da cânula, observando o refluxo do sangue	na veia à medida que avança
<b>14.</b> Retirar o garrote	<b>14.</b> Diminui o sangramento/hemorragia
<b>15.</b> Aplicar pressão digital no local correspondente à extremidade da cânula	<b>15.</b> Evita o sangramento e salpicos de sangue
<b>16.</b> Remover a agulha colocando-a imediatamente no contentor de perfurantes	<b>16.</b> Previne picadas acidentais
<b>17.</b> Adaptar o dispositivo luer lock apropriado (sem presença de ar)	<b>17.</b> Minimiza o risco de desconexão, mantendo o circuito em sistema fechado
<b>18.</b> Fixar o cateter com penso sem provocar pressão excessiva, tracção ou garrotagem	<b>18.</b> Mantém o acesso em segurança, evita complicações
<b>19.</b> Confirmar a permeabilidade da veia	<b>19.</b> Evita o extravasamento para o espaço extra-vascular
<b>20.</b> Retirar as luvas e proceder à lavagem higiénica das mãos	<b>20.</b> Previne a infecção nosocomial
<b>21.</b> Registar em plano de trabalho todos os dados pertinentes.	<b>21.</b> Documenta as intervenções de enfermagem.

### 3.3. RECOMENDAÇÕES NA MANUTENÇÃO, REMOÇÃO DOS CATETERES E PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE FLUIDOS INTRAVENOSOS

<b>Princípios gerais da manutenção dos dispositivos intravasculares</b>	
Utilizar sistemas de monitorização hemodinâmica de uso único, em vez de transdutores reutilizáveis.	<b>Categoria IB</b>
Usar sempre luvas limpas ou estéreis na remoção de pensos dos cateteres intravasculares.	<b>Categoria IC</b>
Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema.	<b>Categoria IA</b>
Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados.	<b>Categoria IB</b>
Manter técnica asséptica durante os cuidados ao cateter intravascular.	<b>Categoria IA</b>
Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção, quer sejam gaze, pensos transparentes ou semi-permeáveis.	<b>Categoria IA</b>
Substituir o penso do local de inserção sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontre húmido, descolado, repassado ou quando for necessário inspeccionar o local de inserção.	<b>Categoria IA</b>
Substituir os pensos do CVC de inserção percutânea a cada 2 dias se forem de gaze ou pelo menos a cada 7 dias se forem pensos transparentes, excepto nos doentes pediátricos.	<b>Categoria IB</b>
Não utilizar pomadas ou creme com antibiótico no local de inserção (excepto no catéteres de diálise) devido ao grande potencial de desenvolverem infecções fúngicas ou resistências aos antibióticos.	<b>Categoria IA</b>
Utilizar pomada antisséptica de iodopovidona no local de inserção do cateter de hemodiálise após a colocação e no final de cada sessão de diálise, desde que não haja contra-indicações por parte do fabricante.	<b>Categoria II</b>

<b>Administração, preparação e substituição de fluidos intravenosos e sistemas de administração e monitorização</b>	
Não utilizar por rotina filtros em linha com o objectivo de controlo de infecção.	<b>Categoria IA</b>
Substituir sistemas de administração intravenosos (IV), incluindo torneiras e prolongamentos com uma frequência não superior às 72 horas, a menos que se suspeite ou esteja documentada infecção relacionada com cateter, e sempre que o cateter seja substituído.	<b>Categoria IA</b>
Completar as infusões dos fluidos de nutrição parentérica contendo lípidos em 24 horas.	<b>Categoria IB</b>
Completar as emulsões lipídicas em 12 horas. Se o volume a administrar não o permitir, o tempo de perfusão não deve ultrapassar as 24 horas.	<b>Categoria IB</b>
Completar as infusões de sangue e derivados em 4 horas.	<b>Categoria II</b>
Substituir os prolongamentos utilizados na administração de propofol em cada 6-12 horas, dependendo do seu uso e de acordo com as recomendações do fabricante.	<b>Categoria IA</b>
Substituir as tampas de acesso vascular sem agulha (obturador) com uma frequência não superior às 72 horas ou de acordo com as recomendações do fabricante.	<b>Categoria II</b>
Em adultos, substituir os cateteres venosos periféricos em cada 72-96 horas, para minimizar o risco de flebite. Se os acessos venosos são limitados e não há evidência de sinais de flebite ou infecção, o cateter pode se manter desde que, seja feita uma observação mais frequente do local.	<b>Categoria IB</b>
Preparar os fluidos parentéricos em câmara de fluxo laminar.	<b>Categoria IB</b>
Não reunir as sobras contidas nos frascos pequenos de uso único para utilização posterior.	<b>Categoria IA</b>
No caso de utilizar apresentações multidose, desinfectar o diafragma de borracha com álcool a 70° antes de introduzir um dispositivo dentro do frasco.	<b>Categoria IA</b>
Não utilizar os frascos multidose se a esterilidade estiver comprometida.	<b>Categoria IA</b>
Substituir os transdutores de uso único e todos os outros componentes do sistema a intervalos de 96 horas.	<b>Categoria IB</b>

<b>Remoção/Substituição do Cateter</b>	
Remover qualquer cateter intravascular assim que já não seja necessário.	<b>Categoria IA</b>
Remover os cateteres venosos periféricos quando o doente apresenta sinais de flebite ou quando há sinais de mau funcionamento.	<b>Categoria IA</b>
Quando não é possível garantir que foi mantida a técnica asséptica durante a sua introdução (ex. situações de emergência) substituir o cateter o mais cedo possível e no prazo de 48 horas.	<b>Categoria II</b>
Substituir todos os cateteres se o doente se apresentar hemodinamicamente instável e se suspeitar de infecção relacionada com o(s) cateter(es).	<b>Categoria II</b>
Não substituir por rotina CVCs, cateteres centrais de inserção periférica, de hemodiálise ou artérias pulmonares, nem cateteres venosos periféricos, como método de prevenção da infecção.	<b>Categoria IB</b>
Não utilizar a técnica de substituição por fio-guia em doentes que se suspeite de infecção relacionada com o cateter. Usar apenas esta técnica para substituir um cateter não funcionante.	<b>Categoria IB</b>
Não administrar por rotina antibióticos antes da inserção ou durante o uso de dispositivos intravasculares para prevenir a colonização do cateter ou a bacteriémia.	<b>Categoria IB</b>

#### 4. ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

Muitas das Infecções Nosocomiais da Corrente sanguínea (INCS) estão associadas ao uso de dispositivos intravasculares, como é o caso do CVC, com taxas de bacteriémia significativamente mais elevadas nos que não têm nenhum dispositivo.

As taxas de INCS relacionadas com o cateter dependem de vários factores que podem ser factores relacionados com a dimensão da organização, serviço, tipo de cateter. Aliados a esses factores existem também factores de risco intrínseco do doente (gravidade da doença) e factores de risco extrínsecos, relacionados com o cateter em si (colocação electiva vs colocação urgente; local de colocação (jugular vs subclávia).

Os resultados da Vigilância Epidemiológica das INCS publicado pelo PNCI, referente ao ano 2002, revelou 7.1 INCS/1000 doentes internados, dos quais 77.8% das INCS foram consideradas primárias (em que 19.3% estavam relacionadas com o CVC).

As INCS levam então a uma elevada morbidade e aumento dos custos com o número de dias de internamento sendo, a Demora Média de 35,3 dias para os doentes com INCS contra 8.9 dias de demora média no global. Dos serviços com maior número de INCS temos as UCIs polivalentes seguindo-se dos serviços de medicina.

Os microrganismos mais frequentes são o *Staphylococcus aureus* com 23.4% (dos quais metade são meticilino-resistentes), *Staphylococcus coagulase negativo* (18.2%), *Escherichia coli* (12.7%) e *Pseudomonas aeruginosa* (9.6%).

As principais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são as mãos dos profissionais, a microflora da pele do doente, a contaminação da ponta do cateter durante a sua inserção, a colonização das conexões do cateter,...

Para um bom cumprimento das recomendações referidas neste documento, é necessário a consulta das seguintes normas

- Norma de utilização de EPIs
- Norma de higienização das mãos
- Norma de colheita de sangue para hemocultura
- Norma de prevenção de infecção associada a dispositivos médicos

**ANEXO V – Norma: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**

## PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

### 1. DEFINIÇÃO

Considera-se infecção do local cirúrgico quando ocorre no local da cirurgia nos 30 dias após a mesma ou, até 1 ano quando é colocada uma prótese. A maioria das infecções do local cirúrgico (70%) são superficiais e envolvem apenas a pele. As restantes são mais graves e podem envolver tecidos, órgãos ou a prótese/material implantado.

### 2. OBJECTIVOS

Prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde através da adopção das recomendações emanadas pelo CDC.

Cada recomendação é categorizada segundo os critérios do CDC que são estabelecidas do seguinte modo:

- **Categoria IA** – fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos;
- **Categoria IB** – Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos;
- **Categoria IC** – Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações;
- **Categoria II** recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica;
- **Questão não resolvida** – Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

### 3. PROCEDIMENTOS/RECOMENDAÇÕES

#### 3.1. PRÉ-OPERATÓRIO

<b>Preparação do doente</b>	
Sempre que possível, tratar todas as infecções associadas antes da cirurgia.	<b>Categoria IA</b>
Evitar internamentos de pré-operatório prolongados.	<b>Categoria II</b>
Controlar a diabetes e deixar de fumar nos 30 dias que antecedem a cirurgia.	<b>Categoria IB</b>
Evitar a tricotomia. Caso seja necessário, usar máquina eléctrica e efectuar a tricotomia o mais próximo possível da cirurgia.	<b>Categoria IA</b>
Promover o banho do doente com antisséptico na véspera da cirurgia ou no próprio dia, pelo menos 2 horas antes.	<b>Categoria IB</b>
Aplicar antisséptico no local cirúrgico com movimentos concêntricos, do centro para a periferia. Cobrir uma área muito abrangente para o caso de ser necessário aumentar a incisão.	<b>Categoria II</b>
<b>Anti-sepsia das mãos/antebraços da equipa cirúrgica</b>	
Consultar a norma sobre a higienização das mãos (ver a lavagem cirúrgicas das mãos)	
<b>Profissionais com colonização ou infecção</b>	
Encorajar os profissionais, com sinais ou sintomas de doenças infecciosas transmissíveis, a consultar o Serviço de Saúde Ocupacional para determinar a necessidade de suspender a sua actividade até à sua recuperação.	<b>Categoria IB</b>
Obter a cultura de lesões exsudativas dos profissionais de saúde e só retomar ao trabalho após a cicatrização das mesmas.	<b>Categoria IB</b>
Não excluir por rotina os profissionais com <i>Staphylococcus aureus</i> ou <i>Streptococcus</i> do grupo A excepto, se houver suspeita que estes estejam na origem de surtos de infecção por estes agentes.	<b>Categoria IB</b>

<b>Profilaxia antimicrobiana</b>	
Administrar antibiótico profilático apenas quando indicado e seleccioná-lo de acordo com a sua eficácia contra os agentes mais frequentes para cada local.	<b>Categoria IA</b>
Administrar o antibiótico por via endovenosa, no acto da indução anestésica.	<b>Categoria IA</b>
Não usar vancomicina por rotina na profilaxia antimicrobiana, à excepção de situações específicas (ex. colocação de prótese na cirurgia cardíaca).	<b>Categoria IB</b>

### 3.2. INTRA-OPERATÓRIO

<b>Ventilação do Bloco Operatório</b>	
Manter pressão positiva nas salas cirúrgicas, relativamente aos corredores e áreas adjacentes.	<b>Categoria IB</b>
Manter um mínimo de 15-20 renovações de ar, com pelo menos 3 renovações de ar novo, por hora.	<b>Categoria IB</b>
Manter as portas da sala cirúrgica fechada, a não ser para passagem de equipamento, de profissionais e do doente.	<b>Categoria IB</b>
Limitar o número de pessoas presentes na sala.	<b>Categoria II</b>
<b>Limpeza e desinfeção das superfícies</b>	
Durante cada intervenção, remover toda a matéria orgânica vertida nas superfícies ou equipamento, usando um desinfectante.	<b>Categoria IB</b>
Não fazer limpeza/desinfeção especial após uma cirurgia contaminada. Usar os mesmos procedimentos.	<b>Categoria IB</b>
<b>Vestuário e campos cirúrgicos</b>	
Utilizar máscara que cubra totalmente a boca e o nariz nas áreas restritas e mantê-la colocada durante toda a intervenção.	<b>Categoria IB</b>
Utilizar barrete que cubra todo o cabelo e cobertura para a barba, em todas as áreas	

restritas e não restritas.	<b>Categoria IB</b>
Não utilizar cobertura de sapatos com o objectivo de prevenir as infecções. Usar calçado próprio para o Bloco, calçado esse que deve ser sujeito a lavagem/desinfecção térmica diária em máquina.	<b>Categoria IB</b>
Utilizar batas e campo que sejam barreiras eficazes quando molhadas.	<b>Categoria IB</b>
Substituir os fatos quando molhados, contaminados por sangue ou outras matérias potencialmente infecciosas.	<b>Categoria IB</b>
Respeitar a técnica asséptica na colocação dos campos e não os reposicionar durante a intervenção.	<b>Categoria IB</b>
<b>Assepsia e técnica cirúrgica</b>	
Preparar o equipamento e soluções estéreis imediatamente antes da sua utilização.	<b>Categoria II</b>
Manipular os tecidos com suavidade, manter uma hemostase eficaz, minimizar o tecido desvitalizado e corpos estranhos e erradicar os espaços mortos no local cirúrgico.	<b>Categoria IB</b>
Quando houver contaminação do local cirúrgico fazer encerramento primário retardado ou deixar a incisão encerrar por segunda intenção.	<b>Categoria IB</b>
Se necessário a colocação de drenos, utilizar drenagem em circuito fechado. Colocar o dreno através de incisão separada da incisão operatória e removê-lo assim que possível.	<b>Categoria IB</b>

### 3.3. PÓS-OPERATÓRIO

<b>Cuidados à incisão</b>	
Proteger a incisão encerrada primariamente, com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas.	<b>Categoria IB</b>
Quando necessário fazer o penso, utilizar técnica asséptica.	<b>Categoria II</b>
Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infecção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento.	<b>Categoria II</b>

## 4. ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

A infecção do local cirúrgico é uma das infecções nosocomiais mais frequentes, conjuntamente com a pneumonia, infecção urinária e bacteriemia associada com o CVC.

Analisando os resultados dos inquéritos de prevalência em Portugal verificou-se que, a infecção do local cirúrgico representou valores de 20%, 16% e 13% nos anos de 1988, 1993 e 2003, respectivamente.

A contaminação da ferida operatória depende de factores endógenos (bactérias do próprio doente) ou exógenos (bactérias estranhas ao doente provenientes da equipa cirúrgica, dispositivos médicos, equipamentos, ambiente). Também há que ter em conta os factores intrínsecos que predis põem a um maior risco de infecção tais como, diabetes, tabagismo, terapêutica com esteróides, estado nutricional (factores intrínsecos ao doente) e pela própria cirurgia (factores intrínsecos à cirurgia).

Para uma melhor compreensão das recomendações emanadas pelo CDC é necessário clarificar alguns conceitos.

A infecção do local cirúrgico classifica-se:

- **Incisional/superficial** – ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia envolvendo apenas a pele e o tecido celular subcutâneo. Apresenta um dos seguintes critérios:
  - Drenagem purulenta da incisão;
  - Microrganismo isolado em cultura do local de incisão;
  - Sinais e sintomas de infecção (dor, tumefacção local, rubor e calor).

- **Incisional profunda** – Ocorre 30 dias após a cirurgia ou até 1 ano se forem aplicados implantes ou próteses. Envolve os planos profundos da incisão (aponevrose e músculo) e apresenta um dos seguintes critérios:
  - Drenagem purulenta da incisão;
  - Deiscência espontânea da incisão ou deliberada pelo médico no caso de o doente apresentar febre (38°C), dor localizada ou à palpação;
  - Abscesso ou outra evidência de infecção.
  
- **Órgão/espço** – Ocorre 30 dias após a cirurgia ou até 1 ano se forem aplicados implantes ou próteses. Envolve qualquer local que tenha sido manipulado durante a intervenção (à excepção da incisão) e apresenta um dos seguintes critérios:
  - Drenagem purulenta por dreno, colocado no órgão/espço;
  - Microrganismo isolado mediante colheita asséptica no órgão/espço;
  - Existência de abscesso ou outra evidência envolvendo o órgão/espço.

As feridas cirúrgicas podem ser classificadas, de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da mesma, durante a intervenção. Utilizando a classificação de Alteimer as feridas cirúrgicas classificam-se:

- **Limpa** – resultante de cirurgia electiva, não traumática, não infectada e sem transgressão da técnica cirúrgica. Não há penetração do tracto respiratório, digestivo, genito-urinário nem cavidade orofaríngea;
- **Limpa-contaminada** - Há penetração do tracto respiratório, digestivo, genito-urinário em condições controladas mas, sem contaminação;
- **Contaminada** - Há penetração do tracto respiratório, digestivo, genito-urinário, na presença de infecção ou graves transgressões da técnica asséptica;
- **Suja ou infectada** – Feridas traumáticas com tecido desvitalizado, corpos estranhos, contaminação fecal.

**ANEXO VI – Norma: Prevenção da Infecção do Trato Urinário**

## **PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETERIZAÇÃO VESICAL (ALGALIAÇÃO)**

### **1. DEFINIÇÃO**

Introdução de um cateter vesical (algália) através da uretra até à bexiga.

**Infecção do trato urinário associada a cateterização vesical** (CDC) – ocorrência de sinais e sintomas clínicos locais ou distantes, atribuídos à presença da bactérias tanto no trato urinário, como na via sistémica (o trato urinário é a fonte). A presença de piúria não significa, por si só, infecção.

**Infecção urinária nosocomial** (CDC) – aquisição de bacteriémia significativa no decurso do internamento (após 24 horas), independentemente das manifestações clínicas e do facto do doente ter ou não cateter vesical.

### **2. OBJECTIVOS**

Prevenir a transmissão de agentes infecciosos ao utente através da cateterização vesical.

### **3. PROCEDIMENTOS/RECOMENDAÇÕES**

As recomendações para a prevenção da infecção do trato urinário no doente com cateterização vesical devem abranger 5 áreas de intervenção:

- Avaliação da necessidade de cateterização vesical
- Selecção do tipo de cateter vesical
- Inserção asséptica do cateter vesical
- Manutenção da cateterização vesical
- Remoção do cateter vesical

Cada recomendação é categorizada segundo os critérios do CDC que são estabelecidas do seguinte modo:

- **Categoria IA** – fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos;
- **Categoria IB** – Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos;
- **Categoria IC** – Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações;
- **Categoria II** recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica;
- **Questão não resolvida** – Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

### 3.1. INSERÇÃO DO CATETER VESICAL

- Material:**
- Cateter vesical ou algália de tipo e finalidade adequada ao doente
  - Seringa de 20cc
  - Água destilada 20cc
  - Luvas não estéreis
  - Esponjas, água e sabão
  - Compressas estéreis
  - Luvas esterilizadas
  - Solutos estéril (água, soro fisiológico) ou anti-séptico
  - Campo estéril
  - Lubrificante gel anestésico em embalagem individual
  - Saco colector estéril, com válvula anti-refluxo e torneira de despejo
  - Suporte para saco colector

<b>Procedimento</b>	<b>Justificação</b>
1. Explicar o procedimento ao doente e/ou pessoa significativa.	1. Envolve o doente na realização da técnica, diminuindo a ansiedade e obtendo a sua colaboração.
2. Proporcionar privacidade.	2. Respeita a intimidade do doente.

- A cateterização vesical só deve ser realizada por pessoas devidamente treinadas (profissionais de saúde, familiares ou o próprio doente), que conheçam correctamente a técnica asséptica de inserção do cateter vesical. **Categoria IB**
- Deve haver indicações clínicas muito específicas para a inserção de um cateter vesical (não deve ser colocado apenas por uma situação de incontinência urinária), devendo ser removido o quanto antes (ver tabela 1 - Indicações para colocação de um cateter vesical). **Categoria IB**
- Inserir cateter vesical em doentes cirúrgicos, apenas se necessário, e não como rotina. **Categoria IB**
- Em doentes operados que necessitaram de cateterização vesical, remover o cateter o mais cedo possível (nas primeiras 24 horas se não houver contra-indicação). **Categoria IB**
- Ponderar alternativas à cateterização vesical de acordo com a situação clínica do doente. Em doentes do sexo masculino ponderar cateteres externos (“pen-rose”), em doentes com lesão medular ponderar cateterização intermitente em vez de cateterização vesical prolongada. **Categoria II**

<b>Procedimento</b>	<b>Justificação</b>
3. Posicionar o doente em decúbito dorsal expondo a região genital.	3. Facilita a execução da técnica.
4. Lavar as mãos (lavagem higiénica ou desinfecção com solução alcoólica) e calçar luvas não estéreis	4. Previne a infecção associada aos cuidados de saúde.
5. Fazer a lavagem dos genitais com água e sabão.	5. Reduz a flora microbiana.
6. Remover as luvas e lavar as mãos	6. Previne a infecção associada aos

(lavagem higiénica ou desinfeção com solução alcoólica).	cuidados de saúde.
7. Calçar luvas estéreis e limpar a região peri-uretral com anti-séptico ou soluto estéril.	7. Reduz a flora microbiana.
8. Colocar campo estéril.	8. Manter técnica asséptica.
9. Instilar dentro da uretra o gel lubrificante aguardando cerca de 5 minutos: Homem – seringa 11cc Mulher – seringa de 6 cc	9. Permitir a completa acção anti-séptica e anestésica e facilita a introdução do cateter vesical

- Proceder à desinfeção higiénica das mãos (com soluções anti-sépticas de base alcoólica) antes e depois de manipular o cateter vesical e/ou sistema de drenagem e antes de calçar luvas esterilizadas para realizar a inserção do cateter.

**Categoria IB**

- Utilizar luvas estéreis, compressas e esponjas, um anti-séptico ou solução estéril para limpeza peri-uretral. **Categoria IB**
- Lubrificar o cateter e a uretra com gel anestésico, em embalagem individual.

**Categoria IB**

- Inserir o cateter vesical com técnica asséptica e manter o sistema de drenagem em circuito fechado. **Categoria IB**

Procedimento	Justificação
10. Com a mão dominante segurar o cateter vesical e introduzi-lo, lentamente e de forma conseqüente na uretra. No homem, desfazer o ângulo peniano e recobrir a glândula com o prepúcio.	10. Diminui o traumatismo da mucosa, previne falsos trajectos e facilita a progressão do cateter
11. Conectar o cateter vesical ao saco colector.	11. Evita derramamento de urina e institui circuito fechado.
12. Verificar o funcionamento da drenagem através do refluxo de urina para	12. Permite certificar o correcto posicionamento do cateter.

o saco colector em sistema fechado.	
<b>13.</b> Encher o balão de acordo com as especificações do fabricante, certificando o seu correcto posicionamento através de uma suave fricção.	
<b>14.</b> Providenciar o posicionamento adequado do cateter vesical fixando-a com adesivo (consoante o estado de consciência do doente). Homem – região superior da coxa, na região infra-abdominal Mulher – face interna da coxa	<b>14.</b> Assegura o adequado posicionamento e fixação do cateter vesical, evitando o traumatismo do meato e favorece a drenagem e mobilização do doente
<b>15.</b> Colocar o saco no suporte sem dobragens do sistema ou tracções.	<b>15.</b> Favorece a drenagem e a mobilização do doente.
<b>16.</b> Explicar ao doente (caso o seu estado o permita) os cuidados a ter com o cateter vesical, tais como: higiene, manutenção e evitar complicações (ex. tracções do cateter, dobragens do sistema, etc.).	<b>16.</b> Promove o auto-cuidado e diminui a ansiedade do doente, obtendo a sua colaboração.
<b>17.</b> Retirar as luvas e proceder à lavagem higiénica das mãos.	<b>17.</b> Previne a infecção associada aos cuidados de saúde.
<b>18.</b> Registrar data, hora, calibre do cateter, características da urina e intercorrências em notas de evolução e folha de planificação.	<b>18.</b> Documentar as intervenções de enfermagem realizadas.

- Em doentes com disfunção de esvaziamento da bexiga preferir a cateterização vesical intermitente à colocação de cateter supra-púbico. **Categoria II**
- Excepto situações específicas (ex. obstrução cateter vesical), lavagens/irrigações/instilações na bexiga não são recomendadas. **Categoria II**
- Se previsto a obstrução do cateter vesical, utilizar um cateter vesical (3 vias) que permita a irrigação contínua, para prevenir a obstrução. **Categoria II**

- Os cateteres de silicone são preferíveis aos cateteres de outro material, para reduzir o risco de incrustações nas situações de cateterização prolongadas, em doentes com obstruções frequentes. **Categoria II**
- Excepto indicações clínicas específicas (ex. doentes com bacteriúria após a remoção de cateter vesical de uma cirurgia urológica), não utilizar antibioterapia profiláctica em doentes que requerem cateterização vesical por curto período ou prolongada. **Categoria IB**
- Nas cateterizações intermitentes (doentes que necessitam de cateterização vesical intermitente, de forma crónica), a técnica limpa de inserção do cateter é uma alternativa aceitável e mais prática do que uma técnica estéril. **Categoria IA**
- Realizar a cateterização vesical intermitente, em intervalos regulares, para evitar a distensão da bexiga. **Categoria IB**

### 3.2. MANUTENÇÃO DA DRENAGEM VESICAL

Procedimento	Justificação
1. Efectuar a lavagem higiénica das mãos.	1. Prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde.
2. Calçar luvas não estéreis.	2. Cumprir as precauções básicas.
3. Higienizar os órgãos genitais do doente, sempre que necessário utilizando sabão neutro, enxugar e secar bem.	3. Reduz a flora microbiana e previne infecções.
4. Manter o saco colector abaixo do nível da bexiga.	4. Facilita o fluxo urinário.
5. Retirar as luvas e proceder à lavagem higiénica das mãos	5. Previne a infecção associada aos cuidados de saúde.
6. Registrar data, hora, características da urina e intercorrências em notas de evolução.	6. Documentar as intervenções de enfermagem realizadas.

- Utilizar as precauções básicas durante qualquer manipulação do cateter e sistema de drenagem. **Categoria IB**
- Manter o saco de drenagem abaixo do nível da bexiga e colocar o saco em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação da válvula de despejo. **Categoria IB**

- Despejar o saco de drenagem para um recipiente limpo e individualizado; evitar o contacto a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo; evitar a contaminação do sistema e fuga de urina durante o esvaziamento. **Categoria IB**
- Não há vantagem de utilizar anti-sépticos/soluções antimicrobianas nos sacos de drenagem, nem irrigar a bexiga com antimicrobianos (por rotina), para prevenir infecção urinária. **Categoria II**
- Não substituir o saco de drenagem por rotina. Substituir apenas em situações de infecção, obstrução ou se o sistema de circuito fechado estiver comprometido. **Categoria II**
- Se ocorrer técnica da técnica asséptica ou desconexão entre o cateter-saco de drenagem este deve ser substituído com técnica asséptica. **Categoria IB**
- Não limpar a região peri-uretral com anti-sépticos para prevenir a infecção, enquanto o doente tiver cateter vesical. Os cuidados de higiene pessoal diários (no chuveiro ou no leito) são suficientes. **Categoria IB**
- Se ocorrer obstrução do cateter e se a causa possível for o tipo de cateter utilizado, substituí-lo. **Categoria IB**
- Para colheitas de urina de grande volume, utilizar o saco de drenagem. **Categoria IB**
- Não é necessário clampar o cateter antes de remover. **Categoria II**

### 3.3. COLHEITA DE URINA PARA ANÁLISE LABORATORIAL

#### Técnica asséptica

- Material**
- Luvas não estéreis
  - Agulha
  - Seringa 10cc
  - Frasco esterilizado

<b>Procedimento</b>	<b>Justificação</b>
1. Efectuar a lavagem higiénica das mãos.	1. Prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde.
2. Calçar luvas não estéreis.	2. Cumprir as precauções básicas.
3. Clampar a algália (cerca de 10 minutos).	3. Reter a urina na bexiga.
4. Desinfectar com álcool a 70°, a zona do tubo da algália e puncionar (extremidade inferior da algália e antes da bifurcação utilizada para o enchimento do balão).	4. Prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde.
5. Puncionar com agulha e seringa esterilizada em ângulo agudo, em relação ao eixo longitudinal do cateter.	5. Evitar a contaminação do produto.
6. Aspirar e transferir a urina para o frasco esterilizado.	6. Colher o produto para realização de exame.
7. Remover as luvas e efectuar a lavagem higiénica das mãos.	7. Cumprir as precauções básicas.
8. Rotular e enviar o produto para o laboratório.	8. Assegurar identificação correta do produto e realização do exame.
9. Registrar data, hora, características e procedimento em notas de evolução.	9. Documentar as intervenções de enfermagem realizadas.

### 3.4. COLHEITA PARA OUTROS DOSEAMENTOS

#### Técnica limpa sem quebrar o circuito fechado

<b>Procedimento</b>	<b>Justificação</b>
1. Efectuar a lavagem higiénica das mãos.	1. Prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde.
2. Calçar luvas não estéreis.	2. Cumprir as precauções básicas.
3. Colocar um recipiente individualizado debaixo do saco colector de urina, sem tocar na parte terminal da torneira.	3. Prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde.

4. Abrir a torneira e derramar a quantidade de urina pretendida.	4. Recolher o produto.
5. Encerrar a torneira, limpando a última gota com papel absorvente descartável.	5. Evitar o derramamento e contaminação do meio ambiente.
6. Remover as luvas utilizadas e proceder à lavagem higiénica das mãos.	6. Cumprir as precauções básicas.
7. Proceder à rotulagem do produto e enviá-lo para o laboratório.	7. Assegurar a identificação correta do produto e realização do exame.
8. Registar data, hora, características e procedimento em notas de evolução.	8. Documentar as intervenções de enfermagem realizadas.

#### 4. ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

No Inquérito de Prevalência de 2003 e 2009 verificou-se que as infeções urinárias são a segunda infeção nosocomial mais frequente correspondendo a 21,3% e 24%, respectivamente, do total de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Os resultados do programa de Vigilância Epidemiológica (2002) revelaram que 6.5% dos episódios de bacteriémia nosocomial tiveram como provável origem, as vias urinárias.

A cateterização vesical é:

- **Curta duração** – 7-10 dias (agente infeccioso mais comum é *Escherichia coli*)
- **Média duração** – até 28-30 dias
- **Longa duração** – mais de 30 dias (agentes infecciosos mais frequentes são a *Providencia stuartii*, *Morganella morgani*, *Candida*, ...)

As bactérias podem entrar na via urinária pelas vias:

- **Extra-luminal** – através da inoculação directa das bactérias na bexiga, aquando da inserção da algália ou, posteriormente, ascendendo do períneo por acção capilar na mucosa contígua à parede externa da algália
- **Intra-luminal** – os microrganismos ascendem no lúmen do cateter devido a: falhas na manutenção do circuito fechado de drenagem da urina, não cumprimento das normas no despejo dos sacos colectores ou contaminação dos mesmos.

<b>Factores de risco Intrínseco</b>	<b>Factores de risco Extrínseco</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade avançada</li> <li>• Sexo (diferenças anatómicas)</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Imunodeficiência</li> <li>• Desnutrição</li> <li>• Insuficiência Renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade de cuidados na cateterização</li> <li>• Duração da cateterização</li> <li>• Manutenção do circuito fechado de drenagem</li> <li>• Despejo dos sacos de drenagem</li> <li>• Tempo de internamento</li> </ul>

<b>Indicações para Cateterização Vesical</b>	
<b>Indicações para cateterização vesical</b>	<b>Indicações inapropriadas para cateterização vesical</b>
Situações agudas de obstrução e/ou retenção urinária;	Como substituto dos cuidados de enfermagem em lares/residências, em doentes com incontinência urinária;
Necessidade de avaliação rigorosa do débito urinário em doentes críticos;	Como forma de obter uma colheita de urina asséptica num doente colaborante;
Peri-operatório de determinadas cirurgias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirurgias urológicas ou de estruturas adjacentes;</li> <li>• Cirurgia prolongada;</li> <li>• Doentes que irão necessitar de grande volume de soros ou diuréticos durante cirurgia;</li> <li>• Necessidade de monitorização do débito urinário no intra-operatório;</li> </ul>	Num pós-operatório prolongado sem indicações específicas;
Necessidade de auxiliar a cicatrização de feridas/úlceras da região sagrada e/ou perineal em doentes incontinentes;	
Doentes com necessidade de imobilização prolongada (lesões medulares instáveis, poli-traumatizados, ...);	
Para aumentar/melhorar o conforto de um doente em situação de fim de vida;	

**Lumens recomendados** - 12 a 14 Ch/Fr Mulheres

- 14 a 16 Ch/Fr Homens

**Tipos de cateter/algália e suas finalidades:**

- Algália recta de ponta cilíndrica (couveler) utilizada para extracção de coágulos vesicais
- Algália de ponta curva (bequille) utilizada para a extracção de coágulos vesicais ou, quando há dificuldade na progressão do cateter
- Algália de duplo lúmen auto-fixável, ponta cilíndrica (Foley) utilizada para drenagem
- Algália de triplo lúmen auto-fixável (bequille ou couveler) utilizada para irrigação contínua ou intermitente
- Algália de Malecott
- Algália de Pezzer

**Cateter/algália de esvaziamento**

- Neleton
- Lofric

**Questões não resolvidas**

Tem-se assistido a várias modificações nas recomendações emanadas pelo CDC, no que respeita a cateterização vesical. As recomendações de 2003 sugeriam a lavagem dos genitais com água e sabão seguido da limpeza do meato urinário com água ou soro fisiológico, não havendo evidência de que a água ou o soro fisiológico devessem ser estéreis. Já as recomendações emanadas em 2009 sugerem a limpeza da região peri-uretral com soluto estéril ou soluto anti-séptico. No entanto, permanecem ainda muitas questões não resolvidas que necessitam de evidência científica. São algumas delas:

- Benefício do uso de um stent uretral, como alternativa a um cateter vesical, em determinados doentes com obstrução;

- Riscos e benefícios do cateter supra-púbico, como alternativa ao cateter vesical, em doentes que requerem cateterização, por curto ou longos períodos, mas já com complicações relacionadas com a cateterização vesical
- Efeito dos cateteres impregnados com agentes anti-séptico/antimicrobianos na redução do risco de infecção do trato urinário.
- Uso de anti-sépticos urinários para prevenir a infecção do trato urinário em doentes que necessitam de cateterização vesical por curtos períodos.
- Uso de soluções anti-sépticas vs água estéril ou soro fisiológico estéril na limpeza da região perineal, antes da inserção do cateter.
- Benefício da separação dos doentes com cateterização vesical para prevenir a colonização dos sistemas de drenagem de urina.

**ANEXO VII – Auditoria às Práticas de Inserção, Manutenção e Remoção do  
Cateter Venoso Periférico**

**AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE INSERÇÃO E  
MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO  
PERIFÉRICO**

## O que se pretende

Uma das formas de monitorizar o cumprimento das normas do Controlo de Infecção é através da implementação de auditorias internas regulares às práticas de cuidados. Com a realização destas auditorias pretende-se identificar desvios em relação às normas e recomendações e implementar medidas correctivas.

## Fórmula cálculo para o cumprimento das recomendações

Para avaliar o **índice de qualidade** (Score) correspondente ao cumprimento de cada conjunto de critérios (Colocação, manutenção e remoção do cateter venoso periférico), deve-se dividir o número de respostas Sim, pelo número de respostas aplicáveis (soma de respostas sim e respostas não)

$$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{ \% Score}$$

N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)

Para se calcular o **Índice Global de Qualidade (IGQ)**:

$$\frac{\text{Soma de todas as respostas Sim}}{\text{N.º total de critérios}} \times 100 = \text{ \% IGQ}$$

N.º total de critérios

Data da avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome dos auditores: \_\_\_\_\_

<b>Colocação do Cateter Venoso Periférico</b>			
	Sim	Não	N/A
1) O enfermeiro lava as mãos antes de iniciar o procedimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Calça luvas não estéreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Utiliza um anti-séptico de base alcoólica para desinfeção da pele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Depois de desinfectada a pele não volta a tocar no local de punção com as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Após a punção coloca a agulha no contentor de perfurantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Adapta o sistema de soro ou bioconector, mantendo o circuito fechado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Utiliza penso estéril para cobrir o local de inserção, quer seja gaze, penso transparente ou semi-permeável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Após o procedimento retira as luvas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Procede à lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><u>N.º respostas Sim</u> x 100 =</b> <b>N.º respostas aplicáveis</b>			

<b>Manutenção do Cateter Venoso Periférico</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Mantém técnica asséptica durante os cuidados ao cateter intravascular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Desinfecta os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Mantém os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> Substitui o penso do local de inserção sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontra húmido, descolado, repassado ou, quando for necessário inspeccionar o local de inserção (consultar registos de enfermagem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Os pensos do CVC são substituídos a cada 2 dias, se forem de gaze ou pelo menos a cada 7 dias, se forem pensos transparentes (consultar registos de enfermagem sobre a data de colocação/substituição do penso e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Substitui os sistemas de administração intravenosos (IV), incluindo torneiras e prolongamentos com uma frequência não superior às 72 horas (ou sempre que se suspeite de infecção relacionada com o cateter) (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição dos sistemas e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> Os prolongamentos utilizados na administração de propofol são substituídos em cada 6-12 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> As tampas de acesso vascular sem agulha (obturador) são substituídas com uma frequência não superior às 72 horas (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição do obturador e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10)</b> O cateter não permanece mais de 72-96 horas (excepto se o doente não tiver mais acessos) (consultar registos de enfermagem para identificar a data de colocação do cateter e, no caso de este permanecer há mais de 96 horas, verificar se há justificação para a não substituição do mesmo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Remoção do Cateter Venoso Periférico</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> O enfermeiro usa luvas não estéreis na remoção de pensos do cateter venoso periférico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> O cateter venoso periférico é removido, assim que deixar de ser necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> O cateter venoso periférico é removido assim que o doente apresenta sinais de flebite ou mau funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> Quando há suspeita de que a técnica asséptica não foi mantida durante a inserção do cateter, este é substituído no prazo de 48 horas (consultar registos de enfermagem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><u>N.º respostas Sim</u> x 100 =</b> <b>N.º respostas aplicáveis</b>			

**ANEXO VIII – Auditoria às Práticas de Inserção, Manutenção e Remoção do  
Cateter Venoso Central**

**AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE INSERÇÃO E  
MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO  
CENTRAL**

## O que se pretende

Uma das formas de monitorizar o cumprimento das normas do Controlo de Infecção é através da implementação de auditorias internas regulares às práticas de cuidados. Com a realização destas auditorias pretende-se identificar desvios em relação às normas e recomendações e implementar medidas correctivas.

## Fórmula cálculo para o cumprimento das recomendações

Para avaliar o **índice de qualidade** (Score) correspondente ao cumprimento de cada conjunto de critérios (Colocação, manutenção e remoção do cateter venoso central), deve-se dividir o número de respostas Sim, pelo número de respostas aplicáveis (soma de respostas sim e respostas não)

$$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{ \% Score}$$

N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)

Para se calcular o **Índice Global de Qualidade (IGQ)**:

$$\frac{\text{Soma de todas as respostas Sim}}{\text{N.º total de critérios}} \times 100 = \text{ \%IGQ}$$

N.º total de critérios

Data da avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome dos auditores: \_\_\_\_\_

<b>Colocação do Cateter Venoso Central</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
1) O médico que procede à inserção do cateter realiza, previamente, a lavagem cirúrgica das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) O médico utiliza barrete, máscara, bata e luvas esterilizadas na colocação do CVC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) O enfermeiro que colabora com o médico, na inserção do cateter, lava as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) O enfermeiro calça luvas não estéreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) É feita a desinfecção da pele com solução anti-séptica de base alcoólica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) É colocado um campo com buraco, a envolver o local de punção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) É colocado um sistema para perfusão de soro/medicação ou colocado um obturador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) O cateter é fixado à pele com pontos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) É feita a desinfecção da pele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) É colocado um penso estéril (de gaze ou transparente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) O médico, após o procedimento, retira as luvas e procede à lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) O enfermeiro, após o procedimento, retira as luvas e procede à lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Manutenção do Cateter Venoso Central</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Antes de aceder ao sistema os acessos são desinfectados com álcool a 70°.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Quando não estão a ser utilizados, os acessos das torneiras são mantidos fechados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Em qualquer cuidado ao CVC é assegurada técnica asséptica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> O penso do local de inserção é mudado sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontra húmido, descolado, repassado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Os pensos do CVC de inserção percutânea são substituídos a cada 2 dias, se forem de gaze ou pelo menos a cada 7 dias, se forem pensos transparentes (consultar registos de enfermagem sobre a data de colocação/substituição do penso e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Os sistemas de administração intravenosos (IV), incluindo torneiras e prolongamentos, são substituídos com uma frequência não superior às 72 horas (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição dos sistemas e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Os fluidos de nutrição parentérica perfundem em 24 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> Os prolongamentos utilizados na perfusão de propofol são substituídos em cada 6-12 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10)</b> Os obturadores são substituídos no prazo de 72 horas (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição do obturador e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Remoção do Cateter Venoso Central</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Se o doente se apresentar hemodinamicamente instável e/ou se houver suspeitar de infecção relacionada com o(s) cateter(es), este é removido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Não é utilizada a técnica de substituição por fio-guia em doentes com suspeita de infecção relacionada com o cateter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Não se substitui, por rotina, CVCs como método de prevenção da infecção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> O CVC é removido assim que deixa de ser necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

**ANEXO IX – Auditoria às Práticas de Cateterização Vesical**

## **AUDITORIA**

# **AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE CATETERIZAÇÃO VESICAL**

## O que se pretende

Uma das formas de monitorizar o cumprimento das normas do Controlo de Infecção é através da implementação de auditorias internas regulares às práticas de cuidados. Com a realização destas auditorias pretende-se identificar desvios em relação às normas e recomendações e implementar medidas correctivas.

## Fórmula cálculo para o cumprimento das recomendações

Para avaliar o **índice de qualidade** (Score) correspondente ao cumprimento de cada conjunto de critérios (Colocação, manutenção e remoção do cateter vesical), deve-se dividir o número de respostas Sim, pelo número de respostas aplicáveis (soma de respostas sim e respostas não)

$$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{ \% Score}$$

N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)

Para se calcular o **Índice Global de Qualidade (IGQ)**:

$$\frac{\text{Soma de todas as respostas Sim}}{\text{N.º total de critérios}} \times 100 = \text{ \% IGQ}$$

N.º total de critérios

Data da avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome dos auditores: \_\_\_\_\_

<b>Colocação do Cateter Vesical</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Lavagem das mãos (higiénica ou desinfectação alcoólica) antes do procedimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Lavagem dos genitais com água e sabão (com luvas não estéreis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Lavagem das mãos (após a remoção das luvas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> Utilização de luvas esterilizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Limpeza da região peri-uretral com soluto estéril (água ou soro) ou anti-séptico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Utilização de gel anestésico, em embalagem individual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Enchimento do balão com água destilada estéril.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> Fixação do cateter vesical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> Colocação do saco colector em suporte próprio de forma a manter o saco abaixo do nível da bexiga e sem tocar no chão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =$			

<b>Manutenção do Cateter Vesical</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> É feita a lavagem das mãos sempre que é manipulado o cateter vesical e/ou sistema de drenagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> As recomendações para a prevenção da infecção urinária no doente com cateterização vesical já foram discutidas pela equipa de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> As colheitas de urina são feitas sem quebra do circuito fechado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> O circuito de drenagem urinário adoptado é o circuito fechado – a urina é despejada pela torneira do saco colector e não há manipulação da junção cateter/saco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> O saco colector é despejado para um jarro/urinol individualizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Depois do despejo, a torneira é limpa com celulose para evitar contaminação da urina para o chão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Nos despejos dos sacos, entre cada doente, as luvas são substituídas e as mãos são lavadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> A higiene do meato urinário é feita diariamente e sempre que necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> Nas cateterizações de curta duração, o saco colector é mantido até à mudança/substituição do cateter (excepto se houver obstrução ou disjunção).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10)</b> Se for necessário substituir o saco colector a junção cateter/saco é desinfectada com álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11)</b> A substituição do cateter vesical é feita de acordo com a situação clínica do doente e as recomendações do fabricante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12)</b> Os procedimentos relacionados com o cateter vesical e sistema de drenagem são registados em notas de enfermagem (quem insere o cateter, calibre do cateter, data, tipo e calibre do cateter e volume de água do balão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =$			

<b>Remoção do Cateter Vesical</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> É feita assim que possível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Antes de retirar o cateter o enfermeiro lava as mãos e calça luvas não estéreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Desinsufla o balão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> É feita a limpeza da região peri-uretral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Retira o cateter vesical suavemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Vigia a eliminação vesical espontânea e promove o reforço da ingestão e/ou aporte hídrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

**ANEXO X – Sessão de Formação aos Assistentes Operacionais**

## Ambiente Seguro

HIGIENIZAÇÃO DO AMBIENTE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE



Junho de 2010

## Objectivos

- Conhecer os conceitos relacionados com IACS (infecções associadas aos cuidados de saúde) e ambiente seguro;
- Identificar/Conhecer/Implementar boas práticas de higienização do ambiente;
- Uniformizar procedimentos sobre higienização e descontaminação do equipamento e material.

## Infecções associadas aos cuidados de saúde

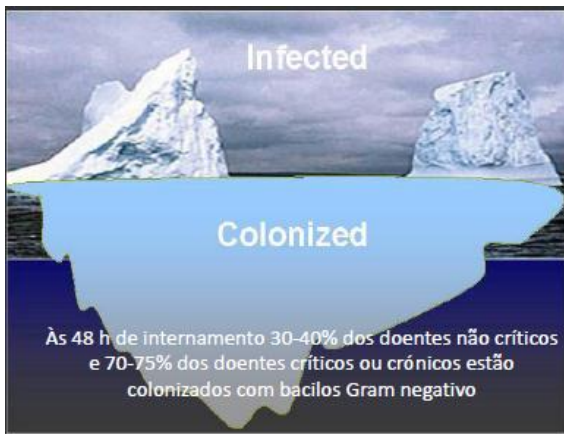
Infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados pelos profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade



## Infecções associadas aos cuidados de saúde

- 5% - 10% dos doentes internados adquirem uma infecção hospitalar
- No Serviço Cardiologia/UCIC,.....





### Factores de Risco para a INFECCÃO

Higienização do ambiente

Tipo de Procedimentos

Limpeza, desinfeção e esterilização dos dispositivos médicos

Comportamento dos profissionais

Susceptibilidade do hospedeiro



### Ambiente Seguro

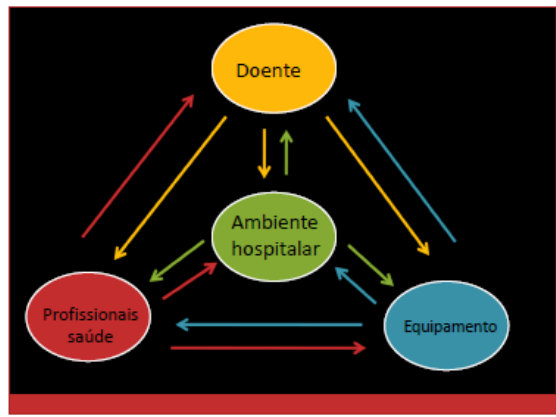
- Espaço que nos rodeia e no qual as pessoas (doentes, visitas e profissionais) não correm risco de infeção ou outros riscos;
- Práticas ou procedimentos de eliminação, remoção ou destruição da contaminação existente no ambiente e que pode atingir um hospedeiro susceptível.

## Ambiente Seguro

- Animado (doentes, visitas, profissionais)



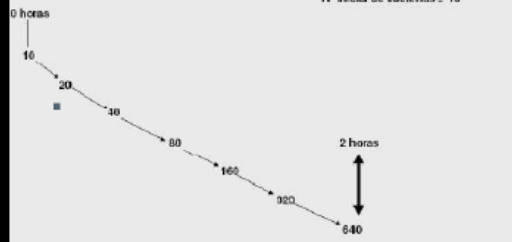
- Inanimado (estrutura arquitectónica, instalações e equipamentos, superfícies ambientais,....)



## Crescimento de bactérias e fungos


### Crescimento exponencial

Tempo de duplicação = 20 minutos  
Nº inicial de bactérias = 10



### Como manter um ambiente seguro

- **LIMPAR** – remove a sujidade e microrganismos
- **DESINFECTAR** – remove a maioria dos microrganismos excepto as formas esporuladas
- **ESTERILIZAR** – remove todos os microrganismos e também as formas esporuladas



### O que fazer?



### Classificação de Spaulding

- **Não crítico**
  - Contacto com a pele íntegra doente ou não contacta sequer com doente
  - LAVAGEM
- **Semi-crítico**
  - Contacto com as mucosas doente
  - LAVAGEM + DESINFECÇÃO
- **Crítico**
  - Contacto com o tecido estéril doente
  - LAVAGEM + DESINFECÇÃO + ESTERILIZAÇÃO

### Exemplos

Bacias de Higiene	Arrastadeiras e Urinóis
	
Pele íntegra doente	Mucosas doente
<b>LAVAGEM</b>	<b>LAVAGEM + DESINFECÇÃO</b>

### Exemplos

Ferros cirúrgicos da sala cirúrgica, tabuleiros de pensos



Pele estéril doente

**LAVAGEM + DESINFECÇÃO + ESTERILIZAÇÃO**

### Que produtos utilizar?

Detergentes

"Presept"

"Dismozon"



Lixívia

Álcool

"Sterilium"

### Detergentes

- "Baktolin" (sabão para higiene das mãos e/ou higiene doentes)



- Detergente para o chão



### Desinfetantes

- Antissépticos (Aplicado tecido vivo e pele)
- Desinfetantes (Apenas para objectos inanimados)



### Para uma boa desinfecção

- Factores que afectam a eficácia da desinfecção:

- limpeza prévia
- presença de matéria orgânica ou inorgânica
- tipo e nível de contaminação
- tempo de exposição do desinfectante

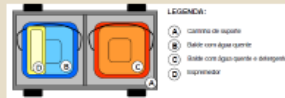


### Princípios básicos de um ambiente seguro

- Manutenção do ambiente **limpo e seco, livre de humidade**
- Limpeza do pó sempre com meios húmidos
- Existe uma maior concentração de microrganismos nas superfícies horizontais do que nas verticais

### Princípios básicos de um ambiente seguro

- Limpeza do chão sempre pelo método do **duplo balde** (um balde com água quente e detergente e outro só com água quente)

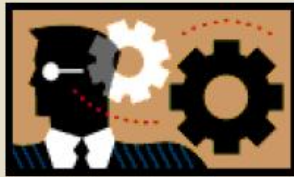


- Usar sempre **água quente** na limpeza de superfícies

### Princípios básicos de um ambiente seguro

- Remoção rápida de derrames e salpicos de sangue ou outra matéria orgânica
- O chão e as superfícies que não estão directamente com o doente não necessitam de aplicação de desinfectantes (água quente e detergente), excepto quando se verte sangue ou matéria orgânica

## Casos Práticos



## Derrame de sangue ou matéria orgânica



- Remover o fluido com celulose seca
- Com um toalhete embebido em lixívia colocar sobre o local e aguardar 5 min.
- Lavar com água quente e detergente
- 10ml lixívia para 100ml água (diluição de 1% cloro livre)

Atenção: Urina – vapores tóxicos

## Limpeza das bacias de higiene



- Lavar com água e detergente
- Secar bem
- Passar com toalhetes embebidos em álcool
- Depois de seco guardar as bacias viradas para baixo para não acumular pó

Atenção: Não guardar bacias molhadas

## Arrastadeiras / Urinóis



- Com toalhetes de celulose retirar o conteúdo e deitar no vidoário
- Colocar na máquina de desinfecção
- Depois de terminar o programa arrumar a arrastadeira

Atenção: não arrumar arrastadeiras / urinóis molhados

### Desinfecção Unidade do doente



- Limpar com toalhetes de Dismozon
- Ordem desinfecção:
  - Superfícies acima da cama
  - Colchão e cama
  - Superfícies abaixo da cama
- Deixar actuar durante 15 min

### Despejo do urimiter



- Lavar as mãos e calçar luvas não estéreis
- Adaptar o saco de despejo à válvula do urimiter
- Depois de despejado limpar a válvula com um toalhete de celulose seco.
- Colocar o saco de despejo no lixo do grupo III
- Retirar as luvas e lavar as mãos

Atenção: Mudar de luvas entre cada despejo

### Limpeza diária superfícies

- Unidades dos doentes
  - Bancada central
  - Teclados dos computadores
  - Bancada da medicação
- **Toalhetes Dismozon**
- **Álcool 70%**

### Limpeza e desinfecção da Sala Cirúrgica



### Cuidados Especiais

- Intervenções cirúrgicas



Elevado risco de infeção para o doente

- A prevenção de infeção durante procedimentos cirúrgicos depende de muitos factores. Um deles é a correta e cuidada higienização do ambiente cirúrgico

### Sala Cirúrgica

- Antes de iniciar a actividade cirúrgica é necessário proceder à limpeza da sala
  - Com um pano humedecido em álcool, limpar as superfícies horizontais (marquesa, mesas, ...)
- Após o procedimento remover os lixos, roupa e material contaminado da sala, em contentor fechado.
- Com um compressa, remover o excesso de matéria orgânica dos ferros cirúrgicos e colocá-los na caixa

### Sala Cirúrgica

- Limpar todas as superfícies (mesas, marquesa, salpicadas de sangue, intensificador de imagem,...) que poderão ter sido expostas à matéria orgânica.
- Todos os equipamentos que estiveram em contacto com o doente (ex. cabos do monitor) devem ser obrigatoriamente limpos.

Utilizar toalhetes com Dismozon

### Sala Cirúrgica

- Remover os líquidos orgânicos derramados com toalhete seco e depois com um toalhete embebido em lixívia (1%)
- Lavar o chão com água quente e detergente utilizando um «sistema» de duplo balde



### Sala Cirúrgica

- O material utilizado na limpeza da sala (balde, esfregona, bacia,...), depois de utilizado, deve ser limpo com água quente e detergente, seco e guardado em local próprio.
- Utilizar sempre **panos/toalhetes de uso único** para a limpeza da sala cirúrgica
- O material utilizado para a limpeza da sala cirúrgica não deve ser utilizado na Unidade

### Sala Cirúrgica

- No final da intervenção e da limpeza da sala, proteger o equipamento com campos cirúrgicos



- Manter a porta da sala cirúrgica sempre fechada

### Material Esterilizado



### Material Esterilizado

- Factores que podem conduzir à recontaminação
  - A quebra da integridade das embalagens.
  - A humidade.
  - Falta de higiene dos locais de acondicionamento.
  - O manuseamento inadequado.
  - Os prazos de validade desrespeitados.

### Cuidados a ter com o material esterilizado

- Lavar as mãos antes de receber o material.
- Não manipular material esterilizado com as mãos molhadas.
- Armazenar o material esterilizado em armário fechado, 30 cm acima do chão.

### Cuidados a ter com o material esterilizado

- Não sobrepor material esterilizado.
- Armário onde é armazenado o material deve ser limpo regularmente
  - × O chão e as superfícies horizontais externas ao armário – diariamente
  - × Interior armário – semanalmente (e sempre que visivelmente suja)

Dúvidas ?



**ANEXO XI – Questionário aos Enfermeiros sobre Controlo de Infecção**

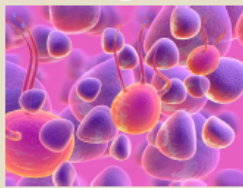
A elaboração deste questionário teve como objectivo fazer um diagnóstico/análise dos conhecimentos dos enfermeiros do Serviço sobre Controlo de Infecção. A sua resposta é confidencial.

Por favor, diga se as seguintes afirmações são **verdadeiras (V)** ou **falsas (F)**. Em caso de dúvida pode deixar em branco. Obrigada.

1) O controlo infecção hospitalar é da responsabilidade da Comissão de Controlo de Infecção (CCI).	<input type="checkbox"/>
2) A infecção cruzada é de causa exógena e tem como origem outros doentes ou profissionais.	<input type="checkbox"/>
3) Considera-se que a INCS (infecção associada aos cuidados de saúde) é secundária quando o microrganismo isolado na hemocultura é compatível com outra infecção nosocomial.	<input type="checkbox"/>
4) Utilizam-se medidas de precaução adicionais quando não se conhece a via de transmissão dos microrganismos.	<input type="checkbox"/>
5) Utilizam-se as precauções básicas apenas nos doentes infectados.	<input type="checkbox"/>
6) O objectivo da higienização das mãos é eliminar a flora transitória e diminuir a flora residente mãos.	<input type="checkbox"/>
7) O isolamento pode ser protector ou de contenção.	<input type="checkbox"/>
8) Na prestação de cuidados ao doente infectado com MRSA é suficiente a lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>
9) Após a prestação de cuidados ao doente infectado com <i>Clostridium difficile</i> deve ser feita a desinfecção das mãos com SABA (Sterilium).	<input type="checkbox"/>
10) Durante a inserção de um CVC deverá manter-se a técnica asséptica, incluindo o uso de barrete, máscara, bata estéril, luvas estéreis e campo esterilizado de grandes dimensões.	<input type="checkbox"/>
11) Na inserção de um cateter venoso periférico deve-se utilizar luvas esterilizadas.	<input type="checkbox"/>
12) Antes de administrar medicação deve-se proceder à desinfecção dos acessos da torneira com álcool a 70%.	<input type="checkbox"/>
13) Se ocorrer desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deverá ser rapidamente restabelecido após desinfectar a junção algalia – saco.	<input type="checkbox"/>
14) É suficiente efectuar apenas uma hemocultura por doente.	<input type="checkbox"/>
15) O envio da ponta de cateter para análise deve ser feito rapidamente, para que seja processado até um período de 30 min após a colheita.	<input type="checkbox"/>
16) No caso de não ser possível enviar imediatamente as hemoculturas para o laboratório, estas devem ser refrigeradas.	<input type="checkbox"/>
17) O risco de contaminação que o material representa para o doente é classificado 3 categorias: baixo, médio e alto risco.	<input type="checkbox"/>
18) A lavagem de materiais e superfícies com água e detergente remove 80% dos microrganismos e aumenta a eficácia dos outros métodos.	<input type="checkbox"/>
19) Álcool 70% é simultaneamente desinfectante e anti-séptico.	<input type="checkbox"/>
20) Após a saída do doente infectado com microrganismos multirresistentes, a limpeza da unidade e do material deve ser seguida de desinfecção química com solução de hipoclorito sódio a 0,1%.	<input type="checkbox"/>

**ANEXO XII – Sessão de Formação aos Enfermeiros sobre Controlo de Infecção**

## Prevenção das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde



Junho de 2010

## Objectivos

- Conhecer os conceitos relacionados com IACS (infecções associadas aos cuidados de saúde) e ambiente seguro;
- Identificar boas práticas de prevenção das IACS;
- Uniformizar procedimentos sobre as práticas diárias, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

## Módulos

- I Ambiente seguro e IACS
- II Política de detergentes e desinfectantes  
Higienização do ambiente  
Material Esterilizado
- III Precauções básicas
- IV Isolamento
- V Prevenção da infecção associada a dispositivos intravasculares e cateterização vesical

## I - Ambiente Seguro

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE



### Infecções associadas aos cuidados de saúde

Infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, ou pelos profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade



### Infecções associadas aos cuidados de saúde

- 5% - 10% dos doentes internados adquirem uma infecção hospitalar

- No Serviço Cardiologia/UCIC,..... IACS



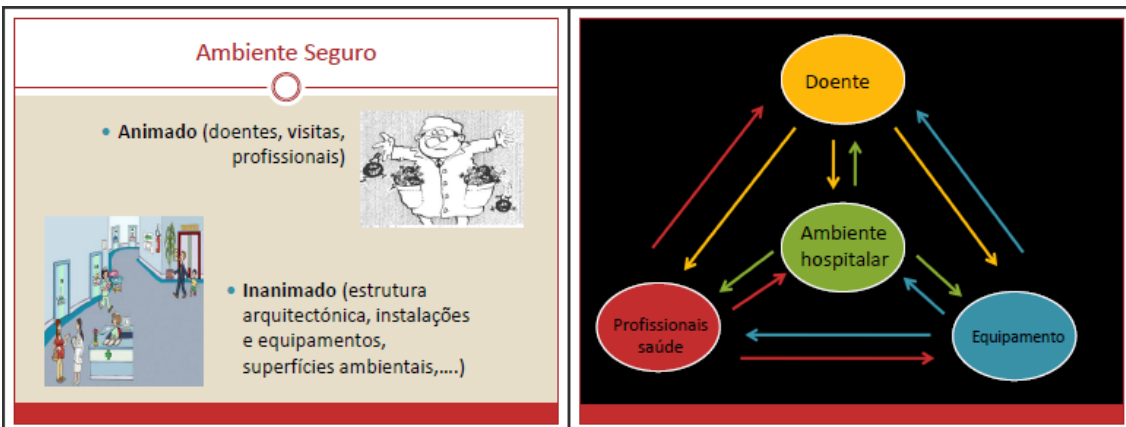
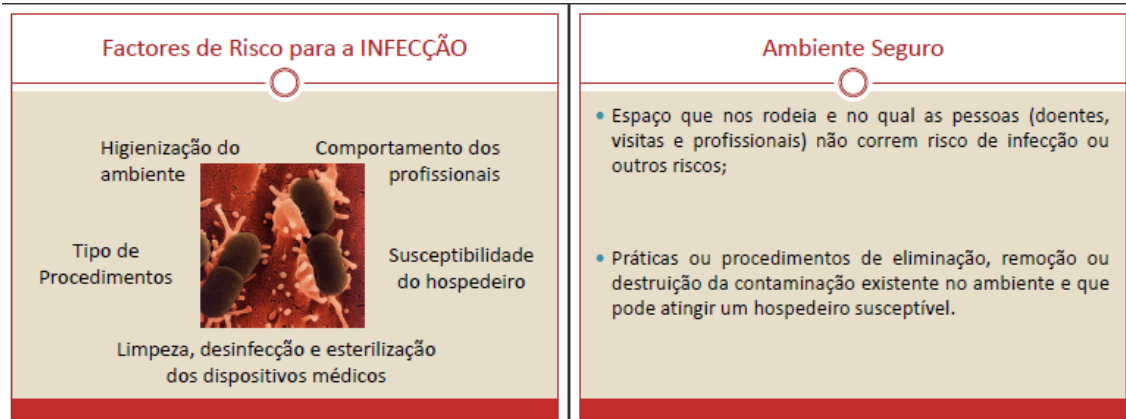
**Infected**

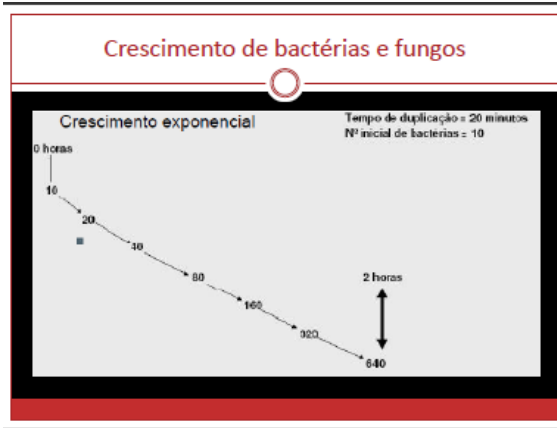
**Colonized**

Às 48 h de internamento 30-40% dos doentes não críticos e 70-75% dos doentes críticos ou crónicos estão colonizados com bacilos Gram negativo

### Transmissão de agentes infecciosos







### Como manter um ambiente seguro

- **LIMPAR** – remove a sujidade e microrganismos
- **DESINFECTAR** – remove a maioria microrganismos excepto as formas esporuladas
- **ESTERILIZAR** – remove todos os microrganismos e também as formas esporuladas

## Classificação de Spaulding

- **Não crítico**
  - Contacto com a pele íntegra doente ou não contacta sequer com doente
  - LAVAGEM
- **Semi-crítico**
  - Contacto com as mucosas doente
  - LAVAGEM + DESINFECÇÃO
- **Crítico**
  - Contacto com o tecido estéril doente
  - LAVAGEM + DESINFECÇÃO + ESTERILIZAÇÃO

## Detergentes

- “Baktolin” (sabão para higiene das mãos e/ou higiene doentes)



- Detergente para o chão

## Desinfetantes

- Antisépticos (Aplicado tecido vivo e pele)
- Desinfetantes (Apenas para objectos inanimados)



## Higienização do Ambiente

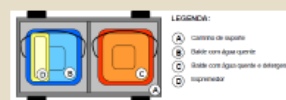


### Princípios básicos de um ambiente seguro

- Manutenção do ambiente **limpo e seco, livre de humidade**
- Limpeza do pó sempre com meios húmidos
- Existem uma maior concentração de microrganismos nas superfícies horizontais do que nas verticais

### Princípios básicos de um ambiente seguro

- Limpeza do chão sempre pelo método do **duplo balde** (um balde com água quente e detergente e outro só com água quente)



- Usar sempre **água quente** na limpeza de superfícies

### Princípios básicos de um ambiente seguro

- Remoção rápida de derrames e salpicos de sangue ou outra matéria orgânica (concentração de hipoclorito sódio a 1%)
- O chão e as superfícies que não estão directamente com o doente não necessitam de aplicação de desinfectantes (água quente e detergente), excepto quando se verte sangue ou matéria orgânica

### Casos práticos discutidos na formação dos AAM

- Derrame de sangue ou matéria orgânica
- Limpeza das bacias higiene
- Arrastadeiras / urinóis
- Desinfecção da Unidade do doente
  - Limpeza diária
  - Após alta / transferência
- Limpeza / Desinfecção diária Unidade
- Limpeza da Sala Cirúrgica

## Material Esterilizado



## Material Esterilizado

- Factores que podem conduzir à recontaminação
  - A quebra da integridade das embalagens.
  - A humidade.
  - Falta de higiene dos locais de acondicionamento.
  - O manuseamento inadequado.
  - Os prazos de validade desrespeitados.

## Cuidados a ter com o material esterilizado

- Lavar as mãos antes de receber o material.
- Não manipular o material esterilizado com as mãos molhadas.
- Armazenar o material esterilizado em armário fechado, 30 cm acima do chão.



## Cuidados a ter com o material esterilizado

- Não sobrepor material esterilizado.
- Armário onde é armazenado o material deve ser limpo regularmente
  - × O chão e as superfícies horizontais externas ao armário – diariamente
  - × Interior armário – semanalmente (e sempre que visivelmente suja)

## Precauções básicas



## Precauções básicas

Conjunto de medidas que devem ser cumpridas **sistematicamente**, por **todos os profissionais** que prestam cuidados de saúde, a **todos os doentes**, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso

## Precauções básicas

- Higienização das mãos
- Uso racional de barreiras protectoras
- Isolamento
- Controlo ambiental
- Prevenção de acidentes por picada/corte

## Higienização das mãos

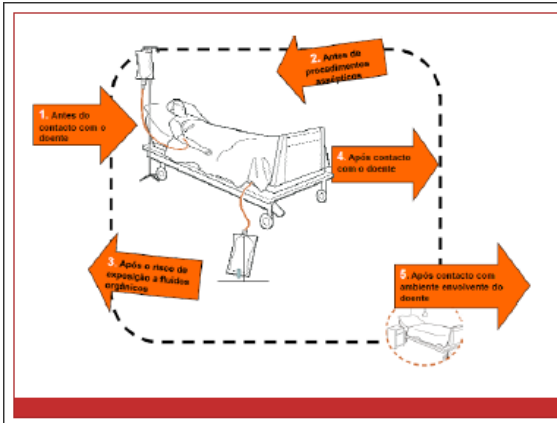


A higiene das mãos é a medida mais simples e eficaz para prevenir a transmissão entre doentes e profissionais.

### Importante não esquecer:

- Retirar as jóias dos pulsos e das
- Cobrir com penso impermeável os cortes ou zonas da pele não intacta das mãos;
- Aplicar creme emoliente da pele





## Barreiras protectoras

É da responsabilidade de cada profissional de saúde seleccionar as barreiras protectoras apropriadas em função do contacto previsto

- Avaliação do risco de transmissão de microrganismos para o doente
- Risco de contaminação da pele, mucosas e vestuário dos profissionais

Ao proteger o doente o profissional está também a proteger-se a si próprio

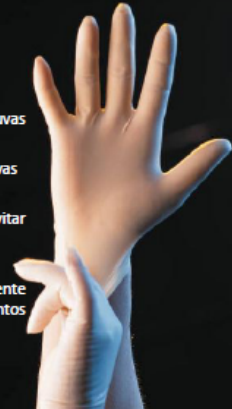


## Barreiras protectoras

- Luvas estéreis
  - Procedimentos que requerem assepsia
- Luvas limpas (não estéreis)
  - Manipulação sangue, fluidos corporais, excreções, secreções ou qualquer objecto contaminado.
  - Colocadas antes de tocar em membranas mucosas ou em pele não intacta.
  - Removidas imediatamente após a sua utilização




- Cuidados no uso de luvas
  - Lavar as mãos antes e depois de usar luvas
  - Não é necessário usar dois pares de luvas
  - Não lavar as mãos enluvadas para evitar mudar de luvas
  - Não utilizar as mesmas luvas de doente para doente e também em procedimentos diferentes no mesmo doente



Barreiras protectoras	Barreiras protectoras
<p><b>Bata</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger os profissionais e doentes, minimizando a contaminação do fardamento, vestuário ou da pele</li> </ul> 	<p><b>Máscaras e protectores oculares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimentos com a capacidade potencial de produção de salpicos ou de "aerossóis", de secreções ou excreções, sangue, outros fluidos corporais</li> <li>• Seleccionadas de acordo com as patologias e o tipo de filtragem necessária</li> </ul> 


**Máscaras**

- partículas de 0,1-0,3 µg com fluxo de ar de 28-32 litros / minuto - velocidade dos aerossóis projectados pela fala, com uma eficácia de filtração de, pelo menos 95%.



**Respiradores**

- em situações de risco de infecção por via aérea (ex. em manobras de alto risco inalatório, indução de expectoração, tratamentos com aerossol, broncoscopias)
- P1 – eficiência de filtragem 80%
- P2 – eficiência de filtragem > 90%



**BATA**

- Seleccionar a bata apropriada
- Abotoar pelas costas
- Vista abertura ou elástico atrás
- Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas:
  - a 1ª, sobre o resto do corpo
  - a 2ª, Bata curta




**MÁSCARA**

- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo
- Ajustar as partes superior e inferior
- Segurar a correia com as mãos ou elásticos
- Ajustar



**RESPIRADOR**

- Seleccionar o respirador
- Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo
- Ajustar a parte superior ao nariz
- Segurar a correia com as mãos ou elásticos
- Verificar se está bem colocado:
  - nariz - o respirador deve cobri-lo
  - boca - verificar se existem fugas de ar em redor do bico



**ÓCULOS/VISERA**

- Posicionar os óculos sobre os olhos e segurar por cima com as mãos ou elásticos
- Posicionar a correia sobre o nariz e segurar com as mãos
- Ajustar para se sentir confortável




**Colocar o EPI**

**LEVAS**

- Colocar as mãos na base
- Seleccionar o lado e tamanho da luva adequada
- Fazer um movimento de fora para dentro
- Fazer as duas mãos prender a palma da outra



**LUVAS**

**Primeira etapa:**

- Puxar no fundo do bolso interno
- Pegar do lado externo
- Segurar com a mão oposta

**Segunda etapa:**

- Metter o dedo do meio sem tocar pelo dedão da outra mão no meio-dedo
- Virar a luva do avesso quando uma luva sobre a outra
- Descarte de luvas para o contêiner designado

**ÓCULOS/VISERA**

- Retirar do crânio e do corpo do rosto sem tocar
- Pegar do lado interno
- Colocar em local apropriado para reprocessamento ou eliminação

**BATA**

- Desapegar do corpo
- Puxar do lado externo
- Virar do avesso
- Enrolar
- Descarte

**MASCARA**

- Desapegar do rosto
- Pegar do lado interno
- Enrolar
- Descarte

**RESPIRADOR**

- Levantar o armbite do fundo sobre o do outro
- Levantar o do outro
- Retirar do rosto
- Descarte

**Retirar o EPI**

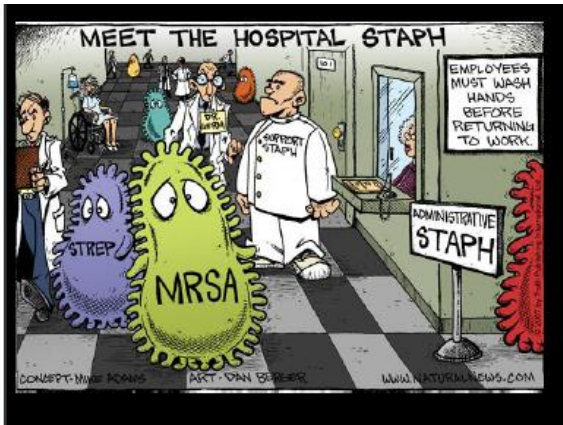
### Prevenção dos acidentes por corte / picada

**Vamos ao alvo da questão**

**a segurança começa em SI!**

- Garantir que o contêntor se encontra acessível à distância máxima de um braço.
- Contêntores em local acessível e seguro
- Não re-encapsular agulhas
- Descartar os cortantes imediatamente após o procedimento

## Isolamento



### Isolamento

- Além das precauções básicas existem recomendações adicionais – **Precauções Dependentes das Vias de Transmissão**

- Repartem-se por uma de três vias:

- Via aérea
- Gotículas
- Contacto (directo e indirecto)



### Precauções adicionais – Via aérea

- Partículas com dimensão < 5µm
- Pequenas dimensões – percorrem maiores distâncias e permanecem mais tempo suspensas no ar  
Ex. Tuberculose pulmonar, sarampo, varicela
- Isolamento em quarto individual com pressão negativa
- Respirador de alta eficiência (P2)



### Precauções adicionais - Gotículas

- Partículas > 5µm
- Maior peso – distâncias inferiores a 1 metro  
Exs. Gripe, meningite, pneumonia
- Preferencialmente quarto individual ou separação espacial
- Uso de máscara e protector ocular sempre que há necessidade de prestar cuidados a menos de 1 metro



### Precauções adicionais - contacto

- Contacto **directo**
- Contacto **indirecto**
- Infecções por bactérias multi-resistentes, tais como: MRSA, Enterococcus resistente à vancomicina (EVR), *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium difficile*,...
- Preferencialmente quarto individual;
- Higienização das mãos, bata/avental, luvas máscara;
- Individualização de materiais e equipamentos;
- Descontaminação regular do ambiente.



### *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA)

- Coloniza a pele mas é mais frequente na mucosa nasal  
20%-35% - portadores permanentes no nariz  
30%-70% - portadores intermitentes
- Disseminação por contacto
- Permanece muito tempo nas mãos dos profissionais ou em ambientes secos



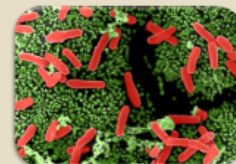
'At least the waiting lists are improving - I only had to wait two months to get MRSA'

### *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA)

- Isolamento de contacto (quarto individual preferencialmente)
- EPI – luvas, bata e máscara e protecção ocular (risco de salpicos)
- Individualizar material (arrastadeira, urinol, estetoscópio)
- Desinfecção diária da unidade do doente com álcool a 70%
- Após alta, desinfecção da unidade com hipoclorito sódio a 1%

### *Clostridium difficile*

- Bactéria presente na flora intestinal de 30% população
- Bacilo anaeróbio Gram-negativo
- Disseminação através de esporos
- Associada à administração de antibioterapia
- Amostra de fezes – presença de exotoxinas A e B
- Diarreia ligeira a severa
- Colite
- Perfuração cólon
- Sepsis



### *Clostridium difficile*

- Higiene das mãos (água e sabão)
- Higiene do ambiente (Hipoclorito sódio a 1%)
- **Atenção: não utilizar álcool a 70%**
  
- Isolamento em quarto individual (preferencialmente)
- Casa banho individual
- Individualizar material (arrastadeira, urinol, estetoscópio,...)

### *Acinetobacter baumannii*

- Bactéria Gram-negativa que coloniza persistentemente a pele
  
- Transmissão por contacto directo e indirecto
  
- Isolamento contacto (preferencialmente quarto individual)

## V - Prevenção da Infecção

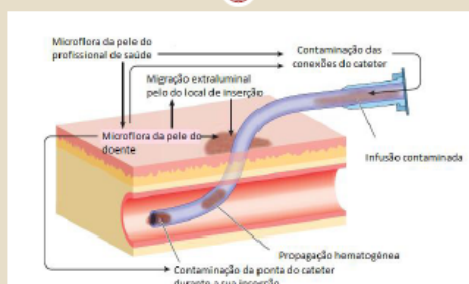
ASSOCIADA A DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES E  
CATETERIZAÇÃO VESICAL



### Infecções nosocomiais da corrente sanguínea

- Dados do HFF
  
- Dados UCIC e Cardiologia

## Fontes de contaminação



## Dispositivos intravasculares

- 7.1 INCS/1000 doentes internados, dos quais 77.8% das INCS foram consideradas primárias (em que 19.3% estavam relacionadas com o CVC).
- Os microrganismos mais frequentes são:
  - *Staphylococcus aureus* com 23.4% (dos quais metade são meticilino-resistentes),
  - *Staphylococcus coagulase negativo* (18.2%),
  - *Escherichia coli* (12.7%) e
  - *Pseudomonas aeruginosa* (9.6%).

## Recomendações

- Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema. **Categoria IA**
- Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção. **Categoria IA**
- Substituir sistemas de administração intravenosos (IV), com uma frequência não superior às 72 horas. **Categoria IA**

## Cateter Vesical

- 2.ª IACS mais frequente
- Prevalência da infecção urinária nos Inquéritos de Prevalência
  - 2003 - 21,3%
  - 2009 - 24%

Factores de risco intrínseco	Factores de risco extrínseco
Idade avançada	Qualidade de cuidados na cateterização
Sexo (diferenças anatómicas)	Duração da cateterização
Diabetes	Manutenção do circuito fechado de drenagem
Imunodeficiência	Despejo dos sacos de drenagem
Desnutrição	Tempo de internamento
Insuficiência Renal	

## Recomendações

- Ponderar alternativas à cateterização vesical. Categoria II
- Manter o saco de drenagem abaixo do nível da bexiga e colocar o saco em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação da válvula de despejo. Categoria IB
- Se ocorrer técnica da técnica asséptica ou desconexão entre o cateter-saco de drenagem este deve ser substituído com técnica asséptica. Categoria IB



## Dúvidas?

Uma **CULTURA DE SEGURANÇA**, é essencialmente, uma cultura onde **TODOS** estão conscientes do seu papel e da sua contribuição para a organização e são responsáveis pelas consequências das suas acções.



**ANEXO XIII – Sessão de Formação aos Enfermeiros sobre Eletrocardiografia**



Mestrado de Natureza Profissional  
Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Aritmias Cardíacas

Como interpretar um traçado eletrocardiográfico?

Patrícia Fernandes

Novembro de 2010

## Objectivos

- Identificar as principais características de um Ritmo Sinusal
- Identificar alterações no ECG sugestivas de SCA
- Conhecer os princípios básicos para a leitura de uma tira de ritmo

## Ritmo Sinusal



- **Onda P**  
despolarização auricular
- **Complexo QRS**  
despolarização ventricular
- **Onda T**  
repolarização ventricular



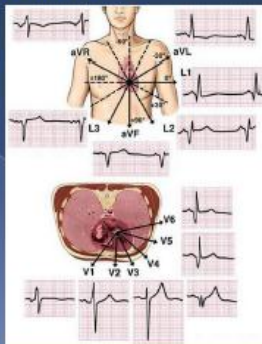
5 mm / 0.2 sec  
1 mm / 0.1 mV  
25 mm/sec

5 mm / 0.5 mV  
1 mm / 0.1 mV

0,12 a 0,2 seg  
< 0,12 seg

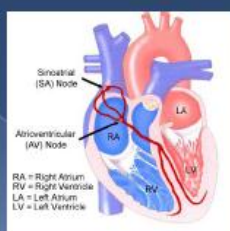
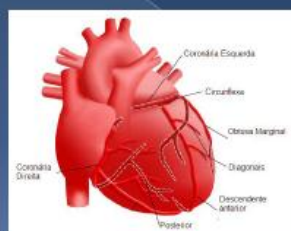
## Electrocardiograma 12 derivações

- Derivações precordiais  
V1, V2, V3, V4, V5, V6
- Derivações membros
  - > Unipolares  
(aVR, aVF, aVL)
  - > Bipolares  
(DI, DII, DIII)



## Electrocardiograma 12 derivações

- V1 e V2 – ventrículo direito
- V3 e V4 – parede anterior do VE
- V5 e V6 – parede anterior e lateral do VE
- II, III e aVF – parede inferior
- I, aVL, V5 e V6 – superfície lateral coração
- aVR - aurículas



## Síndrome coronário Agudo (SCA)

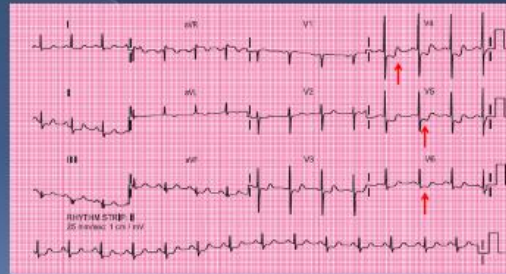
- Angina Instável
- EAM sem supra do segmento de ST
- EAM com supra do segmento de ST



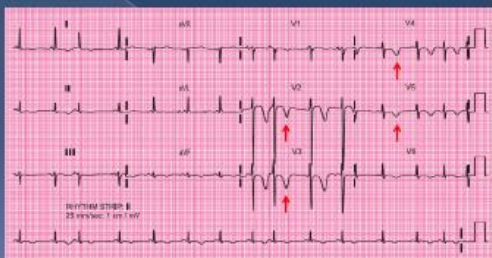
## Alterações no ECG nos SCA

- Alterações específicas
  - > Supradesnivelamento do segmento ST
  - > Bloqueio de ramo esquerdo de novo
  - > Ondas Q
- Alterações inespecíficas
  - > Inversão da onda T
  - > Infradesnivelamento do segmento ST

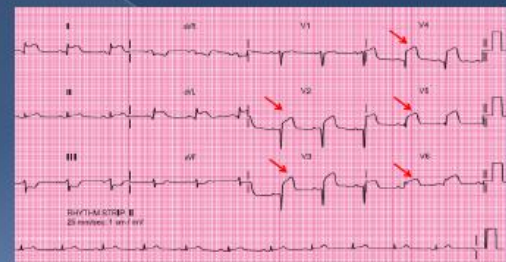
## Síndrome Coronário Agudo



## Síndrome Coronário Agudo



## Síndrome Coronário Agudo



## Como interpretar uma tira de ritmo?

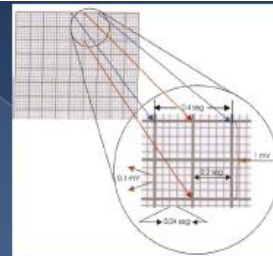
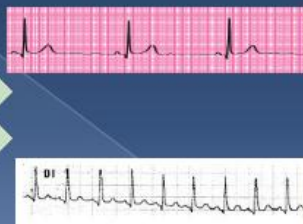
- Há actividade eléctrica?
- Qual a frequência ventricular (do QRS)?
- O ritmo é regular ou irregular?
- A duração do QRS é normal ou está alargada?
- Há actividade auricular?
- Qual a relação da actividade auricular com a actividade ventricular?

## 1) Há actividade eléctrica?



## 2) Qual a frequência ventricular?

- < 60 bpm • bradicardia
- > 100 bpm • taquicardia



Contar o n.º de quadrados grandes entre 2 QRS e dividir 300 por esse número



$300 / 4 = 75 \text{ bpm}$

### 3) O ritmo é regular ou irregular?

**Irregular**

Totamente irregular  
 Há uma variação cíclica nos intervalos R-R  
 Analisar com pormenor a relação entre as ondas P e QRS (6)  
 Fibrilhação Auricular

Ritmo de base regular com períodos de irregularidade  
 Extrasístole Ventricular      Extrasístole Supraventricular

### 4) A duração do QRS é normal ou está alargada?

QRS - 0,12 seg (3 □ peqs)

Supraventricular ← Estreito → Alargado → Ventricular

Taquicardia Supraventricular      Taquicardia Ventricular

### 5) Há actividade auricular?

← Sim      Não →

Ritmo Sinusal      Fibrilhação Auricular

Ritmo Flutter Auricular      Ritmo idioventricular

### 6) Qual a relação da actividade auricular com a actividade ventricular?

1:1  
 (A uma onda P corresponde um QRS, sempre com intervalo igual)

Intervalo PR > 0,20 seg (5 □ peqs)  
 BAV 1.º grau

Sem qualquer relação  
 BAV 3.º grau (BAV completo)

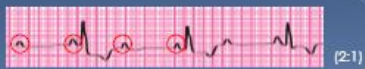
## 6) Qual a relação da actividade auricular com a actividade ventricular?

Relação variável ao longo do ECG entre a actividade auricular e a actividade ventricular

BAV 2.º grau – Mobitz I



BAV 2.º grau – Mobitz II



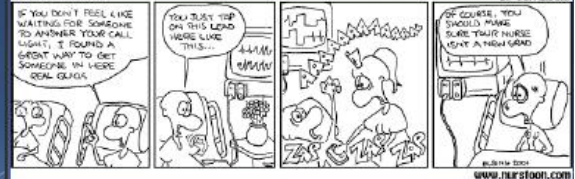
(3-1)



## Cuidamos de doentes...

Nurstoons

by Carl Elbins

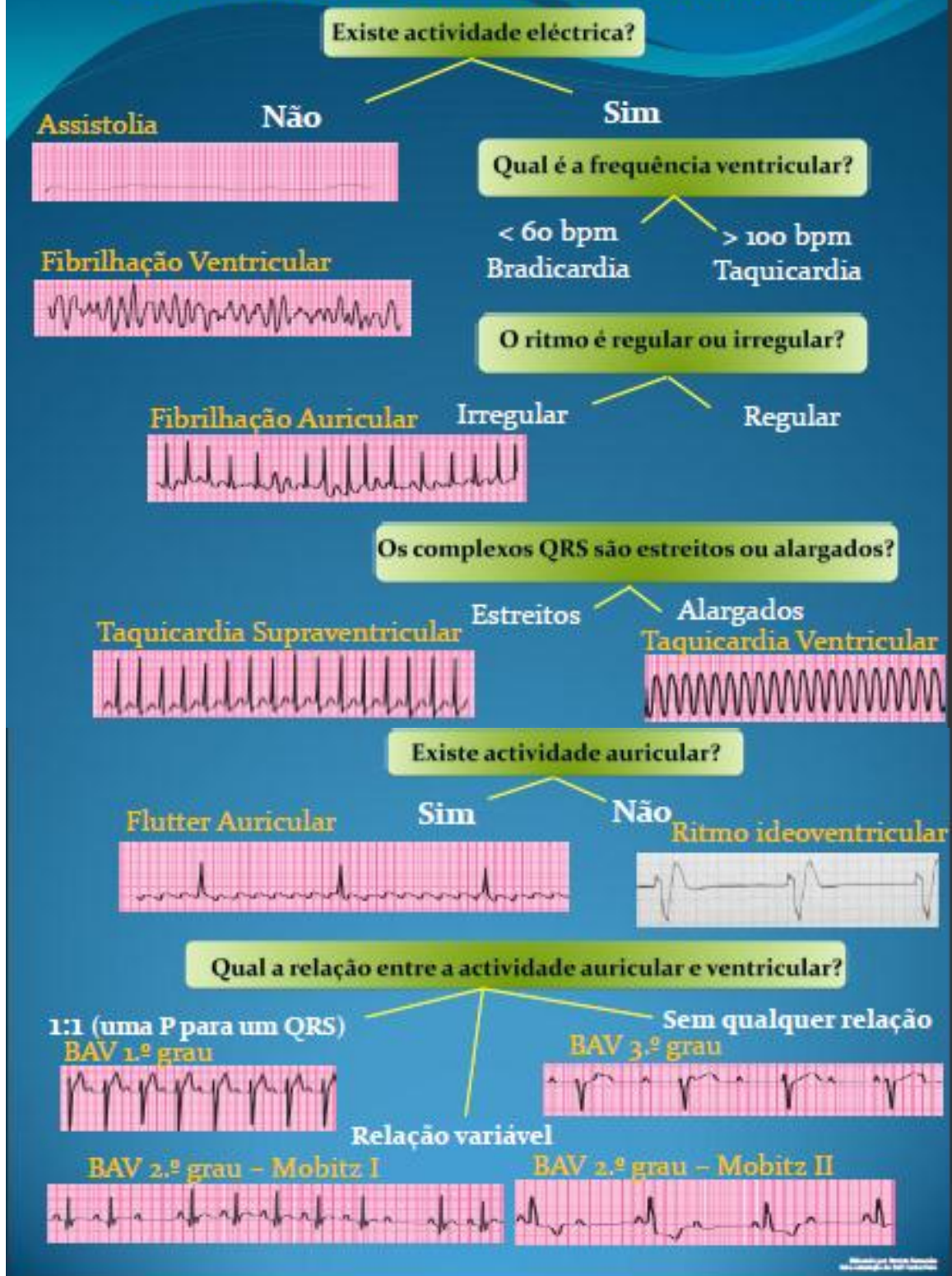


... não de monitores

© 2008

**ANEXO XIV – Poster sobre Traçados Cardíacos**

# Como interpretar um traçado electrocardiográfico?



**ANEXO XV – Guia de Acolhimento ao Doente e Família internado no SO**

#### Informações

Existem contactos telefónicos para onde poderá ligar para saber informações sobre o doente.

Ter um familiar doente, e ainda por cima internado no hospital, é motivo de grande ansiedade. Os familiares podem telefonar para saber informações. No entanto, pedimos que seja apenas um familiar a contactar o Serviço e que depois transmita as notícias aos restantes familiares.

Se quiser contactar o SO para saber informações do doente:

- 217 979 459 (Administrativa do SO)
- 217 805 342 (Número directo do SO)
- 21 7805 000 (Número Geral do Hospital de Santa Maria)
- 217 932 762 (Número da Urgência Central)
- 217 805 669 (Fax da Urgência Central)



## Guia de Acolhimento ao Doente e Família

### O seu familiar ficou internado em SO?

Serviço de Urgência Central

Este panfleto foi elaborado no sentido de uniformizar informação, disponibilizando aos doentes e seus familiares informações sobre o funcionamento do SO.

O SO constituído por 16 camas recebendo doentes das mais diversas áreas de especialidade médicas ou cirúrgicas. Semelhante a uma enfermaria, no SO trabalham profissionais de saúde que dispõem de infra-estruturas físicas e materiais para providenciar a melhor assistência ao doente.

Pretende-se que o internamento no SO seja o tempo necessário e suficiente para a estabilização clínica do doente, até à alta hospitalar, ou a sua transferência inter ou intra hospitalar.

#### **Admissão**

No acto da admissão no SO será explicado o funcionamento do serviço ao doente e seu familiar. Neste local o familiar não poderá acompanhar o doente mas, serão disponibilizadas todas as informações necessárias.

Por vezes pode ser pedido à família que traga exames que o doente já tenha feito, assim como informação da medicação habitual.

#### **Artigos de Uso Pessoal**

Por questões de segurança a roupa e pertences (carteira, telemóvel, relógio, ...) do doente são retirados e guardados. Se estiver algum familiar a acompanhá-lo este poderá guardar os objectos pessoais.

O hospital dispõe de todo o material necessário para a higiene e conforto do doente. Como no SO não dispomos de local para guardar os artigos de uso pessoal, o doente não pode ter consigo artigos, tais como pijama, escova de dentes, máquina de barbear, entre outros.

#### **Alimentação**

Aos doentes que se encontram internados no SO são providenciadas todas as refeições, de acordo com a sua dieta. Não traga alimentos quando vier visitar o seu familiar doente.

#### **Visitas**

As visitas são um factor importante na recuperação do doente.

A política de visitas no SO caracteriza-se pela sua flexibilidade. No entanto, quando o período de internamento é superior a 24 horas estabelecemos um período de visitas que começa às 16h30, embora este não seja rígido.

Devido às infra-estruturas do serviço, por cada doente, permitimos apenas a entrada de uma visita de cada vez.

No entanto, nem sempre estão reunidas as condições necessárias no Serviço para que entre e visite o seu familiar doente. Mesmo que não esteja relacionado com o seu familiar, devido às características físicas do serviço, poderão ocorrer situações em que terá de aguardar até ser possível entrar ou poderão mesmo pedir-lhe para sair durante a visita.

#### **Assistente Social**

O Serviço de Urgência dispõe de um assistente social, entre as 9 horas e as 23 horas que presta a assistência de acordo com a situação do doente

Se por algum motivo necessitar do apoio do assistente social, pode deslocar-se ao seu gabinete no Serviço de Urgência.

#### **Assistência Religiosa**

Neste Serviço são respeitadas todas as religiões. Se necessitar de apoio religioso solicite-o junto dos colaboradores do sector administrativo.

#### **Alta**

No momento da alta, a família é contactada telefonicamente.

Aquando da saída do serviço será fornecido ao doente o receituário, exames complementares que tenha realizado, a referenciação para seguimento em Consulta Externa e algumas recomendações.

**ANEXO XVI – Cartazes sobre Normas de Boas Práticas**



## Normas de Boas Práticas - Cateter Vesical

### INSERÇÃO DO CATETER VESICAL

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Calçar **luvas não estéreis** e lavar os **genitais** com água e sabão;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Calçar **luvas esterilizadas**;
- ✓ Limpar a região peri-uretral com **soluto estéril** (água ou soro) ou anti-séptico;
- ✓ Utilizar **gel anestésico**, em embalagem **individual**;
- ✓ Encher o **balão** com **água destilada estéril**;
- ✓ Colocar o saco colector abaixo do nível da bexiga e sem tocar no chão;

### MANUTENÇÃO DO CATETER VESICAL

- ✓ **Lavar as mãos** sempre se manipular o cateter vesical;
- ✓ **Colher urina** sem quebra do **circuito fechado**;
- ✓ Despejar o saco colector para um jarro/urinol individualizado e mudar de luvas entre cada despejo;
- ✓ Depois de despejar o saco limpar a torneira para evitar contaminação da urina para o chão;
- ✓ Fazer a **higiene do meato urinário** diariamente e sempre que necessário;
- ✓ Se necessário **substituir o saco colector** **desinfectar a junção** cateter/saco com álcool;

### REMOÇÃO DO CATETER VESICAL

- ✓ Remover o cateter quando já não for necessário;
- ✓ **Lavar as mãos** e calçar **luvas não estéreis**;
- ✓ **Desinsuflar o balão**;
- ✓ Limpar a região peri-uretral;
- ✓ **Remover o cateter vesical**;



## Normas de Boas Práticas Cateter Venoso Periférico

### INSERÇÃO DO CATETER

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Calçar **luvas não estéreis**;
- ✓ Utilizar um **anti-séptico** de base alcoólica para desinfecção da pele;
- ✓ Depois de desinfetada a pele, **não voltar a tocar no local de punção** com as mãos;
- ✓ Adaptar o sistema de soro ou bioconector mantendo o **circuito fechado**;
- ✓ Utilizar um **penso estéril** para cobrir o local de inserção do cateter;

### MANUTENÇÃO DO CATETER

- ✓ Manter a **técnica asséptica** durante os cuidados ao cateter;
- ✓ **Desinfetar os acessos das torneira** com **álcool a 70%** antes de aceder ao sistema;
- ✓ Manter os **acessos das torneira tapados**, quando não estão a ser utilizados;
- ✓ **Substituir o penso** sempre que este se encontre húmido, descolado ou repassado (pensos de gaze substituir a cada 2 dias e pensos transparentes a cada 7 dias);
- ✓ **Substituir sistemas** de soros a cada **72 horas**, assim como o bioconector;
- ✓ **Substituir os prolongamentos** de administração de **propofol** a cada **6-12 horas**;
- ✓ **Substituir o cateter venoso** a cada **72-96 horas**;

### REMOÇÃO DO CATETER

- ✓ Utilizar **luvas não estéreis** na remoção do cateter;
- ✓ Remover o cateter quando já não for necessário;
- ✓ **Remover o cateter** sempre que houver sinais de **flebite**;



## Normas de Boas Práticas Cateter Venoso Central

### INSERÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL

- ✓ O médico deve realizar a lavagem cirúrgica das mãos;
- ✓ O médico deve utilizar **barrete, máscara e luvas esterilizadas**;
- ✓ O enfermeiro que colabora na técnica de inserção do CVC deve lavar as mãos e calçar luvas não estéreis;
- ✓ **Desinfetar a pele com solução anti-séptica de base alcoólica**;
- ✓ Colocar um **campo com buraco**;
- ✓ Colocar um sistema de soro ou bioconector;
- ✓ **Fixar o cateter com pontos**;
- ✓ Colocar um **penso estéril**;

### MANUTENÇÃO DO CATETER

- ✓ Antes de aceder ao sistema **desinfetar os acessos com álcool a 70%**;
- ✓ **Manter os acessos fechados**, quando não estão a ser utilizados;
- ✓ Substituir o penso sempre que se encontra húmido, repassado ou descolado (substituir pensos de gaze a cada 2 dias ou pensos transparentes a cada 7 dias);
- ✓ **Substituir os sistemas de soros a cada 72 horas** assim como os bioconectores;
- ✓ **Substituir os sistemas de alimentação parentérica a cada 24 horas**;
- ✓ **Substituir os prolongamentos de administração de propofol a cada 6-12 horas**;

### REMOÇÃO DO CATETER

- ✓ Remover o CVC sempre que houver suspeita de infecção relacionada com o CVC;
- ✓ **Remover assim que deixar de ser necessário**;

Mestrado de Natureza Profissional  
Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Elaborado por: Patrícia Fernandes

**ANEXO XVII – Grelhas de Auditoria**



## **AUDITORIA**

# **AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL**

## O que se pretende

Uma das formas de monitorizar o cumprimento das normas do Controlo de Infecção é através da implementação de auditorias internas regulares às práticas de cuidados. Com a realização destas auditorias pretende-se identificar desvios em relação às normas e recomendações e implementar medidas correctivas.

## Fórmula cálculo para o cumprimento das recomendações

Para avaliar o **índice de qualidade** (Score) correspondente ao cumprimento de cada conjunto de critérios (Colocação, manutenção e remoção do cateter venoso central), deve-se dividir o número de respostas Sim, pelo número de respostas aplicáveis (soma de respostas sim e respostas não)

$$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{ \% Score}$$

N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)

Para se calcular o **Índice Global de Qualidade (IGQ)**:

$$\frac{\text{Soma de todas as respostas Sim}}{\text{N.º total de critérios}} \times 100 = \text{ \% IGQ}$$

N.º total de critérios

Data da avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome dos auditores: \_\_\_\_\_

<b>Colocação do Cateter Venoso Central</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
1) O médico que procede à inserção do cateter realiza, previamente, a lavagem cirúrgica das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) O médico utiliza barrete, máscara, bata e luvas esterilizadas na colocação do CVC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) O enfermeiro que colabora com o médico, na inserção do cateter, lava as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) O enfermeiro calça luvas não estéreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) É feita a desinfecção da pele com solução anti-séptica de base alcoólica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) É colocado um campo com buraco, a envolver o local de punção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) É colocado um sistema para perfusão de soro/medicação ou colocado um obturador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) O cateter é fixado à pele com pontos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) É feita a desinfecção da pele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) É colocado um penso estéril (de gaze ou transparente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) O médico, após o procedimento, retira as luvas e procede à lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) O enfermeiro, após o procedimento, retira as luvas e procede à lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Manutenção do Cateter Venoso Central</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Antes de aceder ao sistema os acessos são desinfectados com álcool a 70°.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Quando não estão a ser utilizados, os acessos das torneiras são mantidos fechados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Em qualquer cuidado ao CVC é assegurada técnica asséptica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> O penso do local de inserção é mudado sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontra húmido, descolado, repassado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Os pensos do CVC de inserção percutânea são substituídos a cada 2 dias, se forem de gaze ou pelo menos a cada 7 dias, se forem pensos transparentes (consultar registos de enfermagem sobre a data de colocação/substituição do penso e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Os sistemas de administração intravenosos (IV), incluindo torneiras e prolongamentos, são substituídos com uma frequência não superior às 72 horas (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição dos sistemas e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Os fluidos de nutrição parentérica perfundem em 24 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> Os prolongamentos utilizados na perfusão de propofol são substituídos em cada 6-12 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10)</b> Os obturadores são substituídos no prazo de 72 horas (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição do obturador e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Remoção do Cateter Venoso Central</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Se o doente se apresentar hemodinamicamente instável e/ou se houver suspeitar de infeção relacionada com o(s) cateter(es), este é removido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Não é utilizada a técnica de substituição por fio-guia em doentes com suspeita de infeção relacionada com o cateter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Não se substitui, por rotina, CVCs como método de prevenção da infeção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> O CVC é removido assim que deixa de ser necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =$			



## **AUDITORIA**

# **AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO**

## O que se pretende

Uma das formas de monitorizar o cumprimento das normas do Controlo de Infecção é através da implementação de auditorias internas regulares às práticas de cuidados. Com a realização destas auditorias pretende-se identificar desvios em relação às normas e recomendações e implementar medidas correctivas.

## Fórmula cálculo para o cumprimento das recomendações

Para avaliar o **índice de qualidade** (Score) correspondente ao cumprimento de cada conjunto de critérios (Colocação, manutenção e remoção do cateter venoso periférico), deve-se dividir o número de respostas Sim, pelo número de respostas aplicáveis (soma de respostas sim e respostas não)

$$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{ \% Score}$$

N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)

Para se calcular o **Índice Global de Qualidade (IGQ)**:

$$\frac{\text{Soma de todas as respostas Sim}}{\text{N.º total de critérios}} \times 100 = \text{ \% IGQ}$$

N.º total de critérios

Data da avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome dos auditores: \_\_\_\_\_

<b>Colocação do Cateter Venoso Periférico</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
1) O enfermeiro lava as mãos antes de iniciar o procedimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Calça luvas não estéreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Utiliza um anti-séptico de base alcoólica para desinfecção da pele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Depois de desinfetada a pele não volta a tocar no local de punção com as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Após a punção coloca a agulha no contentor de perfurantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Adapta o sistema de soro ou bioconector, mantendo o circuito fechado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Utiliza penso estéril para cobrir o local de inserção, quer seja gaze, penso transparente ou semi-permeável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Após o procedimento retira as luvas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Procede à lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Manutenção do Cateter Venoso Periférico</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Mantém técnica asséptica durante os cuidados ao cateter intravascular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Desinfecta os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Mantém os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> Substitui o penso do local de inserção sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontra húmido, descolado, repassado ou, quando for necessário inspeccionar o local de inserção (consultar registos de enfermagem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Os pensos do CVC são substituídos a cada 2 dias, se forem de gaze ou pelo menos a cada 7 dias, se forem pensos transparentes (consultar registos de enfermagem sobre a data de colocação/substituição do penso e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Substitui os sistemas de administração intravenosos (IV), incluindo torneiras e prolongamentos com uma frequência não superior às 72 horas (ou sempre que se suspeite de infecção relacionada com o cateter) (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição dos sistemas e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> Os prolongamentos utilizados na administração de propofol são substituídos em cada 6-12 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> As tampas de acesso vascular sem agulha (obturador) são substituídas com uma frequência não superior às 72 horas (consultar registos de enfermagem sobre a data de substituição do obturador e/ou norma interna do serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10)</b> O cateter não permanece mais de 72-96 horas (excepto se o doente não tiver mais acessos) (consultar registos de enfermagem para identificar a data de colocação do cateter e, no caso de este permanecer há mais de 96 horas, verificar se há justificação para a não substituição do mesmo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Remoção do Cateter Venoso Periférico</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
1) O enfermeiro usa luvas não estéreis na remoção de pensos do cateter venoso periférico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) O cateter venoso periférico é removido, assim que deixar de ser necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) O cateter venoso periférico é removido assim que o doente apresenta sinais de flebite ou mau funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Quando há suspeita de que a técnica asséptica não foi mantida durante a inserção do cateter, este é substituído no prazo de 48 horas (consultar registos de enfermagem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =$			



## **AUDITORIA**

# **AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE CATETERIZAÇÃO VESICAL**

## O que se pretende

Uma das formas de monitorizar o cumprimento das normas do Controlo de Infecção é através da implementação de auditorias internas regulares às práticas de cuidados. Com a realização destas auditorias pretende-se identificar desvios em relação às normas e recomendações e implementar medidas correctivas.

## Fórmula cálculo para o cumprimento das recomendações

Para avaliar o **índice de qualidade** (Score) correspondente ao cumprimento de cada conjunto de critérios (Colocação, manutenção e remoção do cateter vesical), deve-se dividir o número de respostas Sim, pelo número de respostas aplicáveis (soma de respostas sim e respostas não)

$$\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{ \% Score}$$

N.º respostas aplicáveis (Sim + Não)

Para se calcular o **Índice Global de Qualidade (IGQ)**:

$$\frac{\text{Soma de todas as respostas Sim}}{\text{N.º total de critérios}} \times 100 = \text{ \% IGQ}$$

N.º total de critérios

Data da avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Nome dos auditores: \_\_\_\_\_

<b>Colocação do Cateter Vesical</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> Lavagem das mãos (higiénica ou desinfectação alcoólica) antes do procedimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Lavagem dos genitais com água e sabão (com luvas não estéreis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Lavagem das mãos (após a remoção das luvas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> Utilização de luvas esterilizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Limpeza da região peri-uretral com soluto estéril (água ou soro) ou anti-séptico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Utilização de gel anestésico, em embalagem individual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Enchimento do balão com água destilada estéril.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> Fixação do cateter vesical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> Colocação do saco colector em suporte próprio de forma a manter o saco abaixo do nível da bexiga e sem tocar no chão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Manutenção do Cateter Vesical</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> É feita a lavagem das mãos sempre que é manipulado o cateter vesical e/ou sistema de drenagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> As recomendações para a prevenção da infecção urinária no doente com cateterização vesical já foram discutidas pela equipa de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> As colheitas de urina são feitas sem quebra do circuito fechado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> O circuito de drenagem urinário adoptado é o circuito fechado – a urina é despejada pela torneira do saco colector e não há manipulação da junção cateter/saco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> O saco colector é despejado para um jarro/urinol individualizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Depois do despejo, a torneira é limpa com celulose para evitar contaminação da urina para o chão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Nos despejos dos sacos, entre cada doente, as luvas são substituídas e as mãos são lavadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b> A higiene do meato urinário é feita diariamente e sempre que necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b> Nas cateterizações de curta duração, o saco colector é mantido até à mudança/substituição do cateter (excepto se houver obstrução ou disjunção).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10)</b> Se for necessário substituir o saco colector a junção cateter/saco é desinfectada com álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11)</b> A substituição do cateter vesical é feita de acordo com a situação clínica do doente e as recomendações do fabricante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12)</b> Os procedimentos relacionados com o cateter vesical e sistema de drenagem são registados em notas de enfermagem (quem insere o cateter, calibre do cateter, data, tipo e calibre do cateter e volume de água do balão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

<b>Remoção do Cateter Vesical</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
<b>1)</b> É feita assim que possível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Antes de retirar o cateter o enfermeiro lava as mãos e calça luvas não estéreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Desinsufla o balão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4)</b> É feita a limpeza da região peri-uretral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Retira o cateter vesical suavemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Vigia a eliminação vesical espontânea e promove o reforço da ingestão e/ou aporte hídrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			
<b>Total respostas aplicáveis (soma respostas S + N)</b>			
<b><math>\frac{\text{N.º respostas Sim}}{\text{N.º respostas aplicáveis}} \times 100 =</math></b>			

**ANEXO XVIII – Cartazes: Resíduos Hospitalares**

Resíduos hospitalares

# SACO PRETO

Grupos I e II - Resíduos Não Perigosos



**Lixo não contaminado**

**Papéis das mãos,**

**embalagens,...**

Resíduos hospitalares

# SACO BRANCO

Grupos III - Resíduos Perigosos



**Apenas resíduos  
contaminados com  
SANGUE**