



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

DA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A UM CUIDADO DE EXCELÊNCIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica

Susana Maria da Costa Cardoso

LISBOA, Abril 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

DA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO A UM CUIDADO DE EXCELÊNCIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica

Por: Susana Maria da Costa Cardoso

Sob orientação de Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, Abril 2011

RESUMO

Este relatório pretende ser o culminar de um processo evolutivo, através do qual procuro evidenciar como se construiu e desenvolveu todo o processo de aprendizagem e de mudança que visou a aquisição e desenvolvimento de competências, para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente dirigida para a assistência ao doente em estado crítico, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Respondendo ao plano de estudos referente á unidade curricular estágio na área de enfermagem Médico-cirúrgica foram desenvolvidos os seguintes módulos:

Módulo III – Comissão de Controlo de Infecção realizado no Hospital da Luz onde delineei como objectivo, desenvolver competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica numa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, tendo como foco de atenção a intervenção na prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, desenvolvendo fundamentalmente competências na área de formação e supervisão de cuidados.

Módulo I – Urgência, efectuado no Hospital de Cascais - com o objectivo, de desenvolver competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica para a melhoria dos cuidados ao doente de médio e alto risco e família em contexto de urgência, que teve como foco a prestação de cuidados de qualidade, organizados e planeados possibilitando uma abordagem holística, sustentada em cuidados globais directamente relacionados com a vigilância e/ou prevenção e controlo da infecção, onde predominou o desenvolvimento de competências clínicas especializadas, de gestão e de supervisão de cuidados.

Módulo II – Cuidados Intensivos - creditado, devido a experiencia relevante na área, uma vez que exerço funções numa unidade de cuidados intensivos há mais de 10 anos.

Considero que é através da reflexão sobre a prática que se desenvolvem aptidões, enriquecem conhecimentos e se fazem evoluir os comportamentos, todo este percurso foi fundamental para a aquisição e confirmação de competências enquanto enfermeira especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRACT

This report is intended to be the conclusion of an evolutionary process, through which I seek to highlight how it was built and developed the whole process of learning and change of habits that aimed at the acquisition and development of skills for the advance nursing assistance of elder and adult patients with severe illness, specifically aimed at the critical patient assistance, in the sphere of the Nursing Master's Degree Course with Specialization in Medical-Surgical Nursing.

In compliance with the study plan, relative to the internship unit in the field of Medical-surgical nursing, the following units were developed:

Unit III – Infection Control Committee carried out in Luz Hospital, here I outline as a propose, to develop skills in the Hospital Infection Control committee intervention field of the medical-surgical specialized nurse, aimed to the intervention in the prevention and control of the infection associated to the patient health care, developing skills mainly in the area of training and supervising of patient care.

Unit I – Urgency, run out in Cascais Hospital, with the objective of skill development in the field of Medical-surgical specialized nurse intervention for improvement of healthcare to high and intermediate risk patients and family assistance in the urgency context, ,which was aimed to the delivery of quality health care, organized and planed, enabling an holistic approach, supported in global care directly related with the surveillance and/or prevention and infection control, where prevail the developing of specialized clinical skills, management and supervision of health care.

Unit II — Intensive Care - accepted due to relevant experience in the area since I practice in intensive care unit for more than 10 years.

I consider that it is by reflection upon the practice that skills are developed, knowledge is enlarged and behaviors evolve. This entire path was essential for the acquisition and confirmation of competences as a Medical-Surgical specialized nurse.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que me apoiaram, na motivação, no empenho e na realização deste percurso.

Agradeço a todos os profissionais que no decorrer dos meus estágios sempre se mostraram disponíveis permitindo o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Um agradecimento especial às minhas orientadoras, Enfermeira Pontífice de Sousa e Enfermeira Paula Batista não só pela disponibilidade no adoptar deste projecto de conhecimento mas, muito em particular, pela reflexão em conjunto e pertinência nas suas propostas no caminho a seguir para a prossecução dos objectivos em causa.

Aos meus pais, à minha irmã, e ao Jorge um grande Obrigada.

.

SUMÁRIO

0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	6
1 - <u>DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS - ANÁLISE CRITICO REFLEXIVA</u>	10
1.1 – <u>COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR</u>	11
1.2 – <u>SERVIÇO DE URGÊNCIA</u>	24
2 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	37
3 - <u>REFERÊNCIAS</u>	40
ANEXOS	44
ANEXO I – <u>CURSO DE ESTERILIZAÇÃO – PROGRAMA</u>	45
ANEXO II - <u>PROCEDIMENTO- PRECAUÇÕES BÁSICAS DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE INFECÇÃO</u>	48
ANEXO III - <u>PROCEDIMENTO - PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTE DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR CONTACTO</u>	61
ANEXO IV – <u>PROCEDIMENTO- PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTE DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULA</u>	67
ANEXO V – <u>PROCEDIMENTO - PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTE DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR AEROSSOL</u>	71
ANEXO VI – <u>PROCEDIMENTO - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR</u>	76
ANEXO VII – <u>PROCEDIMENTO - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA A DISPOSITIVOS URINÁRIOS.</u>	94
ANEXO VIII – <u>PROCEDIMENTO - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA A DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES.</u>	100
ANEXO IX – <u>INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO PROCEDIMENTO PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA A DISPOSITIVOS URINÁRIOS.</u>	111
ANEXO X – <u>FORMULARIO DE DIVULGAÇÃO DA AUDITORIA.</u>	116
ANEXO XI – <u>FORMAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO</u>	120
ANEXO XII – <u>FORMAÇÃO - VERTENTE PRÁTICA</u>	159

ANEXO XIII – <u>FOLHETO – CUIDADOS COM A SONDA VESICAL/ ALGÁLIA</u>	162
ANEXO XIV – <u>PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE DOENTES CRITICOS</u>	165
ANEXO XV - <u>INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA</u>	175
ANEXO XVI – <u>APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS Á PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA</u>	177

0- INTRODUÇÃO

Hoje em dia, verifica-se um crescente aumento na exigência da prestação de cuidados de enfermagem, tanto pela complexidade dos cuidados a prestar como pelo contexto em que os enfermeiros exercem a sua actividade. A sociedade encontra-se cada vez mais informada e como tal, espera enfermeiros capazes de contribuírem para a resolução dos seus problemas e prestarem cuidados seguros e de elevada qualidade.

Neste sentido, os enfermeiros são responsáveis por assegurar e providenciar um aumento da qualidade, da acessibilidade, da equidade e da eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de quem cuidam.

A Ordem dos Enfermeiros, pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 Abril, no seu artigo 88º, reforça esta ideia quando refere que a excelência do exercício implica a necessidade do enfermeiro procurar nos seus actos a excelência para “ (...) garantir a qualidade (...) dos cuidados.”

No processo contínuo de desenvolvimento, emergem várias necessidades formativas que implicam uma busca ininterrupta pelo saber, saber ser ou estar e saber fazer.

Assim PACHECO (2004, p.45) diz que “(...) a especialização dos profissionais de saúde” tem um valor acrescido, “(...) uma vez que ao possuírem conhecimentos profundos e bem fundamentados, contribuem em grande parte para um atendimento mais dirigido e específico.”

Na mesma linha de pensamento a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007,p.17) refere que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta “ um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”

As competências específicas, por sua vez, são as que decorrem do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, e só através da certificação destas competências se pode assegurar que o enfermeiro especialista é detentor de todo um conjunto de conhecimentos, capacidades e aptidões que mobiliza em contexto de prática clínica.

Sendo o doente crítico e sua família o alvo de intervenção da especialidade Médico-cirúrgica, o plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, compreende a unidade curricular - estágio de enfermagem médico-cirúrgica composta por três módulos que visam o desenvolver de competências para a “assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e

idoso com doença grave, sendo especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA- regulamento geral 2009, p. 8).

Neste contexto, o presente relatório traduz o fim de uma etapa que se iniciou com a elaboração de um projecto de estágio, enquadrando, os locais de estágio, os respectivos objectivos/estratégias a implementar e competências a atingir.

Para a estruturação do referido projecto, foram programadas entrevistas informais com os enfermeiros responsáveis pelos serviços seleccionados com o intuito de recolher informações relevantes para traçar a linha orientadora do caminho a percorrer.

Deste modo, realizei o estágio em enfermagem médico-cirúrgica - módulo III – opcional – no qual se podia optar, por uma de três áreas, em função do projecto individual, pelo que a minha opção recaiu na Comissão de Infecção Hospitalar.

O meu interesse pelo controlo da infecção, surge perante a busca de parâmetros centrados na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde.

Esta área, sendo complexa e revestida de múltiplos conceitos é de extrema importância uma vez que as suas implicações são transversais a todos os serviços e dizem respeito a todos nós. É responsabilidade da Comissão de Controlo de Infecção implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança para que a prevenção e o controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde seja vista como parte integrante das actividades diárias, sendo assim uma mais-valia para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos utentes. (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2008)

Este estágio decorreu na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital da Luz e foi efectuado de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010.

A escolha da instituição prendeu-se com facto de esta, ser uma unidade privada e relativamente recente sendo considerada a linha da frente na inovação tecnológica, tendo equipamentos de última geração, utilizando sistemas de informação de vanguarda que garantem a segurança e eficácia dos cuidados de saúde prestados. É também considerada uma referência na política de boas práticas e gestão de risco, assumindo um compromisso de excelência, inovação e talento, assim o controle de infecção encontrando-se bem integrado nos objectivos da sua missão.

Numa segunda fase realizei o estágio em enfermagem médico-cirúrgica - módulo I – Serviço de Urgência, no Hospital de Cascais, este decorreu de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010.

A fundamentação da minha escolha recaiu no facto de este ser um hospital recentemente inaugurado com Implementação de programas de melhoria contínua suportados em sistemas de gestão de qualidade e, que assume o compromisso de melhorar continuamente a eficácia do seu sistema de gestão e a qualidade dos serviços prestados, encontrando-se numa fase de elaboração e implementação de protocolos e recomendações de boas práticas.

Dos três módulos o módulo II – Cuidados Intensivos, foi-me creditado por apresentar experiência relevante nesta área. Uma vez que a prática da enfermagem é sempre uma reflexão e acção que ocorrem em sincronia e que derivam da totalidade do saber e do conhecimento inerente ao exercício do dia-a-dia.

Como nos diz BENNER (2001,p.12) “ (...) a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento (...)” e é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado.

Considero que a análise e a reflexão das situações com que me deparo no meu dia-a-dia, levam a um aprofundamento do conhecimento em si mesmo e conduzem a um processo de aprendizagem e crescimento conduzindo a uma relação complexa entre a pessoa cuidada e a excelência do cuidar.

“A perícia, desenvolve-se através da experiência clínica (...) e tem muito haver com a intuição, (...) a limitação empírica da resolução intuitiva dos problemas é não poder ser ensinada e, sem ser pela experiência clínica, não pode ser apreendida (...)” (THELAN [et al.] 1994,p.4)

Na minha prática diária exerço funções de chefe de equipa sempre com recurso a competências clínicas, cognitivas, de negociação, de liderança, de supervisão, de gestão, assim como de formação.

Coordeno e oriento os elementos da equipa; assumindo a responsabilidades de serviço na ausência da chefe e das enfermeiras responsáveis; recebo e faço passagem de ocorrências; distribuindo os enfermeiros consoante a estabilidade hemodinâmica dos utentes; participo na integração de novos enfermeiros, efectuando o planeamento e avaliação dessas integrações; avalio, e oriento os cuidados prestados com vista á qualidade e excelência dos mesmos, colaborando com a equipa multidisciplinar na identificação e resolução dos problemas relacionados com o utente e família; participo na gestão de material e equipamento quer através de reposição dos mesmos quer através da definição das necessidades, planeamento e organização; pelo que ao longo dos anos adquiri e aperfeiçoei algumas características de liderança e supervisão tão importantes no papel de chefe de equipa.

Ainda no sentido de contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, elaborei algumas normas técnicas de procedimentos que visam a normalização dos procedimentos de toda a equipa.

Considero fundamental, a existência de uma relação positiva evidenciada entre o conhecimento, a experiência e a capacidade para raciocinar e resolver problemas. O processo de tomada de decisão está assim relacionado com o conceito de pensamento crítico, a capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar o que é essencial na resolução de problemas complexos cada vez mais frequentes na nossa prática.

Durante os estágios, realizei um portefólio, onde fui inserindo um resume diário das actividades realizadas, situações problema, dificuldades sentidas, estratégias implementadas, documentação pertinente, trabalhos efectuados e as reflexões críticas da prática.

Dar ênfase á qualidade exige reflectir sobre a prática, e esta não é mais que um reflexo directo na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Com a elaboração deste relatório pretendo abranger os seguintes objectivos: ilustrar o caminho percorrido; as actividades desenvolvidas nos campos de estágio; reflectir sobre as experiencias de aprendizagens desenvolvidas; identificar situações problema; apresentar estratégias de resolução e justificar o desenvolvimento de novas competências assim como, de competências já adquiridas.

A metodologia baseou-se na descrição das actividades desenvolvidas e na análise crítico reflexiva das mesmas com recurso a uma pesquisa bibliográfica válida e pertinente ao longo de todo o percurso.

Relativamente á estrutura apresentarei seguidamente um capítulo de desenvolvimento, onde considere importante constarem dois sub-capítulos, referentes a cada um dos módulos de estágio, com a descrição dos objectivos delineados, no projecto de estágio, análise das actividades e reflexão sobre as competências desenvolvidas.

Por último, algumas considerações finais colocando em anexo documentos referentes aos aspectos mais importantes referidos ao longo do desenvolvimento.

1- DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS - ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA

"Não basta dar os passos que nos devem levar um dia ao objectivo, cada passo deve ser ele próprio um objectivo em si mesmo, ao mesmo tempo que nos leva para diante."

(Goethe)

A necessidade de desenvolver e promover sistemas de qualidade é hoje assumida tanto internacionalmente, como nacionalmente, a Ordem dos Enfermeiros, considera a definição de estratégias que visem a melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros uma acção prioritária.

O Modelo de Desenvolvimento Profissional, integra o sistema de individualização das especialidades clínicas de enfermagem, que de acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010,p.4) “ apresenta – se como uma estratégia indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar á população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa / família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.”

Assim, as crescentes exigências do desenvolvimento profissional contínuo, indicam a necessidade de uma formação ao longo da vida que promova a qualidade, a excelência do exercício e que deste modo assegure a segurança de cuidados, este desenvolvimento preconiza o incremento de uma prática clínica baseada na evidencia onde a certificação de competências seja percebida como um pilar que garante cuidados diferenciados e de qualidade.

No contexto do desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente em estado crítico tentarei seguidamente para cada um dos contextos da prática clínica analisar os objectivos, as actividades desenvolvidas, as reflexões e as competências aprofundadas e desenvolvidas.

1.1– COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A realização do módulo II, referente à Comissão de Controlo de Infecção, decorreu de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, no Hospital da Luz.

Centrada na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança, surge o conceito de infecção associada aos cuidados de saúde, a Organização Mundial de Saúde refere que estas dificultam e atrasam o tratamento dos doentes e que também contribuem para o consumo acrescido de recursos, sendo uma causa não desprezível da mortalidade e morbilidade.

Assim, a infecção associada aos cuidados de saúde pode ser definida como “(...) infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.” (DIRECÇÃO- GERAL DA SAÚDE 03-2007, p. 4)

Considerando, o impacto das infecções hospitalares uma realidade, este representa assim um problema a que as instituições de saúde e os profissionais devem prestar particular atenção, os enfermeiros são os profissionais que devido ao número de horas de cuidados directos podem desempenhar um papel fundamental no campo da prevenção e controlo da infecção hospitalar. Só com uma atitude da prevenção e conhecimento de boas práticas se pode actuar no campo do controlo da infecção e na melhoria dos cuidados de saúde.

A Comissão de Controlo de Infecção é um órgão de assessoria técnica do Conselho de Administração, integrando: um núcleo executivo - que têm funções de planeamento, implementação e monitorização tanto dos objectivos como das metas que integram o Plano de Operacionalização, assim como de controlo da infecção das unidade de saúde; e um núcleo consultivo - composto por responsáveis de diversos serviços que se articulam com o núcleo executivo, como o disposto na Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde Nº 18/DSQC/DSC de 15/10/2007.

No Hospital da Luz o gabinete da Comissão de Controlo de Infecção encontra-se situado no piso 0 no sector destinado à Administração Clínica e do seu núcleo executivo fazem parte dois médicos de medicina interna, uma enfermeira e uma administrativa; ao seu núcleo consultivo pertencem responsáveis pela hotelaria, farmácia, centro de gestão, aprovisionamento e equipamentos, patologia clínica, medicina do trabalho e esterilização.

Esta Comissão tem definido como funções prioritárias:

- Proceder à elaboração de políticas e procedimentos de luta contra a infecção hospitalar;

- Controlar as condições de prestação de cuidados que envolvam especial risco nesta matéria;
- Realizar estudos de avaliação de risco e situação, propondo os planos de acção adequados à correcção das situações anormais detectadas;
- Colaborar na formação do pessoal nesta matéria;
- Responsabilizar-se pela divulgação interna das boas práticas relativamente à profilaxia e combate à infecção hospitalar.

Após reunião prévia com a enfermeira que integra a Comissão, esbocei objectivos que pretendiam dar resposta às minhas necessidades, uma vez que esta era uma área por mim pouco desenvolvida e às necessidades sentidas pela Comissão, assim passo a descreve-los individualmente.

Objectivo específico - Colaborar com a equipa da Comissão de Controlo de Infecção hospitalar nas suas actividades diárias, no âmbito da vigilância epidemiológica; formação/ informação; elaboração e divulgação de normas e recomendações de boas práticas, consultadoria e apoio, para a consecução das suas três grandes áreas de competência.

Este objectivo, visou o conhecimento da organização, do funcionamento do serviço e a integração nos projectos e actividades desenvolvidas pela Comissão de Controlo de Infecção.

De acordo com a DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, as grandes áreas de intervenção de uma Comissão de Controlo de Infecção são: a vigilância epidemiológica; formação/informação; elaboração e divulgação de normas e recomendações de boa prática; consultadoria e apoio. Englobando estas grandes áreas de intervenção, a Comissão de Controle de Infecção do hospital da Luz segue o preconizado pela Direcção-Geral da Saúde e trabalha para pôr em prática as medidas de intervenção que são sugeridas no Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. (2007)

Uma dessas medidas visa a vigilância epidemiológica, um elemento essencial que permite identificar os problemas e as prioridades, avaliando mesmo a eficácia do trabalho desenvolvido no âmbito do controlo de infecção.

Pretende-se que o seu registo seja contínuo, activo e sistemático, aspecto este, que permite estratificar os níveis de risco e reduzir as taxas de infecção nas unidades de saúde (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2008).

Esta grande área é complexa, e encontra-se revestida de múltiplos conceitos, envolvendo esforço e colaboração de muitos dos profissionais de uma instituição.

Deste modo inclui-se dentro da vigilância epidemiológica os estudos de prevalência, incidência assim como a vigilância das infecções associadas aos cuidados de saúde e o estudo dos microrganismos epidemiologicamente significativos.

Na Comissão de Controlo de Infecção da Luz são efectuados os dois tipos de estudos, estudos de prevalência, “ que medem o número de doentes que tiveram uma infecção num único dia (...), fornecendo uma fotografia da situação.” E estudos de incidência, que “ medem o numero de novos casos de infecção nosocomial ao longo do tempo (...)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003, p.2;3).

Os estudos de prevalência encontram-se revestidos de uma grande utilidade prática, na medida em que sensibilizam os profissionais e permitem avaliar os problemas em todos os serviços, para todas as infecções, em todos os doentes antes de se iniciar um programa focalizado de vigilância contínua.

Nesta área colaborei com a equipa do controlo de infecção no preenchimento do Inquérito de Prevalência de Infecção Nosocomial referente a Março de 2010, na plataforma da Direcção-Geral da Saúde.

Com esta participação, tomei conhecimento das dificuldades do processo e reflecti nas controvérsias inerentes a estes estudos, embora seja inegável a sua utilidade interna como referido a cima, e estes sejam preconizados pela Direcção-Geral de Saúde, e contemplados no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção, estão ainda revestidos de lacunas, uma vez que não se consegue efectuar uma comparação dos resultados a nível internacional nem mesmo a nível nacional, pela inexistência de uma definição concreta dos critérios usados para descrever as infecções e metodologia efectuada, problema este, que este ano tentou ser resolvido com a emanação de protocolos de actuação.

Creio que este será um caminho a seguir, uma vez que só tendo a certeza que os resultados querem dizer a mesma coisa em todos os hospitais é que se poderá suscitar comparações, contudo, ainda será um caminho a aperfeiçoar, pois no Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção de 2009 é ainda visível a confusão nos termos de infecção nosocomial, infecção associada aos cuidados de saúde e infecção da comunidade.

Sem esta distinção perfeitamente clara encontramos como infecções da comunidade, aquelas infecções, que não foram atribuídas aos cuidados do hospital em questão e verifica-se que aparecem descritas com infecções da comunidade microrganismos que são claramente hospitalares, como o *staphylococcus aureus* meticilina resistente. Tal como afirma WILSON (2003,p.53) “ (...) os tipos de infecção que os doentes adquirem no hospital são muito diferentes dos que contraem em casa.”

Este tipo de falhas condicionam sem dúvida a credibilidade dos dados relatados, outro aspecto a referir é a não uniformidade observada no acesso aos dados, pelo que se encontram

comparações com grandes *vieses* pois comparam-se dados de anos diferentes de países diferentes, o que na realidade não se deveria chamar de comparação.

A nível nacional, por outro lado temos que ter presente que só se podem comparar hospitais com o mesmo nível de gravidade de patologias, uma vez que doentes mais graves implicam maiores tempos de internamento logo maiores probabilidades de ficarem susceptíveis a infecções, aspecto este, ainda não estratificado. São múltiplas as condicionantes deste processo nas quais podemos reflectir, pelo que ainda temos um grande caminho a percorrer.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 contempla como objectivos obter ganhos em saúde utilizando instrumentos necessários, de modo a centrar a mudança no cidadão reorientando o sistema prestador de cuidados. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004)

Seguindo esta linha de pensamento e uma vez que se preconiza que este seja um utilizador participativo e responsável pelas suas opções na gestão da saúde e doença parece-me interessante o conceito que poderá emergir com a possibilidade de se escolher a instituição que apresente melhor resultados de saúde e melhor qualidade de cuidados.

Por outro lado, o hospital da Luz possui um sistema continuo de notificação em que o laboratório de microbiologia, notifica diariamente por email a Comissão de Controle de Infecção, do aparecimento de microrganismos epidemiologicamente significativos e o produto aonde foram encontrados.

Dando resposta aos dados recebidos, participei na revisão de processos clínicos, identificando as infecções consideradas nosocomiais, uma vez que são estas as que são resultado directo das práticas efectuadas, e as que mais interessam ao hospital estudar.

Devo salientar que nem sempre é fácil perceber no historial do doente onde foi contraída a infecção, e a que serviço se pode imputar a responsabilidade, contudo este hospital segue a regra de a imputar ao serviço aonde foi colhido o produto de que resultou a confirmação, esta estratégia resultou de um consenso, ponderado sobre a inefabilidade do mesmo, pelo que é analisado posteriormente a globalidade dos resultados tendo em conta gravidade do doente versus o serviço.

Os dados recolhidos, são então colocados num programa para análise estatística posterior, no sentido de avaliar as novas necessidades formativas, intensificação das existentes e verificar o impacto das medidas já tomadas.

Com base nos resultados microbiológicos é ainda efectuada uma gestão dos isolamentos de acordo com as especificações necessárias. Este aspecto permite estratificar os níveis de risco e reduzir as taxas de infecção na unidade de saúde. Desta análise, resulta igualmente a criação da lista de microrganismos de alerta do hospital.

Parece-me essencial a existência de uma efectiva articulação entre a Comissão de Controle de Infecção, o laboratório de microbiologia e os serviços, pois só assim se consegue gerar informação relevante em tempo útil para adequar as práticas dos cuidados.

É de realçar que dada a importância de ter o doente com as precauções de isolamento adequadas á via de transmissão do microrganismo, são os membros da Comissão de Controle de Infecção, que geram a informação para a execução do mesmo, assim como são os responsáveis pelo término das medidas, á primeira vista, parece uma sobrecarga de trabalho para a Comissão de Controle de Infecção, uma vez que os profissionais dos serviços deveriam ter conhecimentos para dar resposta a estas situações.

Todavia percebendo a efectiva sobrecarga de trabalho e após alguma reflexão sobre esta metodologia, reconheço que pela sua importância, esta medida não é mais que um mecanismo de gestão do risco, reduz o número de profissionais com diversas opiniões a prescrever sobre o mesmo aspecto, é por assim dizer uma abordagem estruturada de que resultam práticas mais seguras na minimização do risco.

Todos os resultados recolhidos através da vigilância epidemiológica são interpretados de modo a identificar as áreas com necessidade de intervenção, de forma a ser criado um plano de formação na prevenção e controlo da infecção, este processo torna-se assim eficaz na diminuição das infecções hospitalares.

Ideia esta reforçada por WILSON (2003,p.67) que nos diz que os dados recolhidos“ (...) podem contribuir para reforçar as boas práticas e identificar as áreas que devem ser melhoradas.”

Ainda no sentido de promover as boas práticas e garantir a melhoria da segurança clínica e da qualidade dos cuidados o hospital da Luz e a sua Comissão de Controle de Infecção utilizam sistemas de informação de vanguarda, o acesso a tais tecnologias abre enormes possibilidades às actividades da Comissão de Controlo de Infecção, contudo neste momento e insatisfeitos com o seu sistema informático preparam-se para novas adaptações.

O uso da informática coloca-nos perante a possibilidade de poder utilizar grandes quantidades de dados e informação, onde todos os acontecimentos ocorridos com os doentes ficam registados e disponíveis, podendo posteriormente ser analisados com qualidade e eficácia produzindo inúmeras informações úteis.

Particpei em algumas das diversas reuniões com técnicos informáticos, financeiros e outros para a criação dos novos sistemas e centros de custos com o objectivo de implementar protocolos de admissão capazes de detectar doentes portadores de microrganismos epidemiologicamente significativos, emitindo automaticamente avisos para o seu isolamento e a realização dos estudos de colonização.

Outro aspecto, tratado visava a criação de uma base de dados que irá travar a prescrição de antibióticos de forma indiscriminada, apresentando pré-definições, no âmbito da prescrição

com cruzamento com os protocolos hospitalares, limitação do número de dias de terapêutica e justificação da prescrição quando solicitada.

Dado que o uso excessivo na utilização de antibióticos de última geração é uma evidência, considero importante este tipo de iniciativas que promovam uma maior consciencialização dos profissionais, evitando assim o uso inadequado dos antibióticos.

Assim, tendo como objectivo incentivar os profissionais a aderirem a estas bases de dados, que não são mais que sistemas, que visam as boas práticas em saúde a Comissão de Controle de Infecção, concorreu ao Prémio de Boas Práticas em Saúde 2010, desenvolvido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar e Direcção-Geral da Saúde, pelo que pude participar na efectivação do projecto apresentado.

Embora insatisfeitos com o sistema informático actual, este é sem dúvida facilitador do trabalho da Comissão de Controle de Infecção, durante as referidas reuniões a que pude assistir apercebi-me que colocar os sistemas de informação ao serviço do controlo da infecção num hospital representa uma abordagem inovadora pelo conceito em si e pela exploração dos inúmeros recursos que estes podem proporcionar: avaliações, prescrições, alertas e comunicações electrónicas, indo assim de encontro ao conceito global da utilização das modernas tecnologias de informação e comunicação no serviço aos cidadãos.

Encaro todos estes sistemas como um contributo valioso para a melhoria dos resultados em saúde nas vertentes do acesso, equidade, efectividade e eficiência, sempre relacionada com novas formas de organização e administração dos serviços prestados.

A consultadoria e apoio é outra actividade do âmbito da Comissão de Controle de Infecção, aqui inclui-se o aconselhamento, na área do ambiente seguro, assim como em procedimentos de aquisição de novos produtos.

Em todas as unidades de saúde deve existir o conceito de ambiente seguro, espaço onde as pessoas não correm riscos de infecção ou de outro tipo, cabe assim, aos profissionais criar condições para evitar o crescimento e proliferação de microrganismos.

A equipa de controlo de infecção tem como função, fornecer aconselhamento numa vasta gama de problemas relacionados com o controlo de infecção, e na avaliação microbiológica do ambiente (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 02-2007), nesta vertente e após dúvidas na implementação de medidas de limpeza e desinfeção de um determinado tipo de cadeirões de um serviço, descobriu-se uma quebra de segurança na impermeabilização do revestimento dos respectivos cadeirões, ou seja estes deixaram de garantir a segurança aos doentes.

Este não foi um caso isolado, uma vez que já em Fevereiro de 2010 o Infarmed tinha emitido uma circular informativa que relatava incidentes com dispositivos utilizados em ambiente hospitalar, nesse caso colchões que constituíam um factor de transmissão de doenças infecciosas.

“A flora microbiana pode contaminar objectos, dispositivos e materiais que seguidamente irão contactar com locais susceptíveis do doente” (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE 2002, p.9)

Porem, facto que era do meu desconhecimento as fichas técnicas dos equipamentos/ materiais hospitalares não especificam o produto para se proceder á desinfeção dos mesmos, o que é um dos elementos mais importantes da higienização do ambiente hospitalar. Todos os equipamentos/ materiais têm que ser passíveis de desinfeção.

Particpei em reuniões para a resolução deste problema, que não foi fácil, uma vez que tinha que se garantir a eficácia dos métodos de limpeza e desinfeção dos materiais e conjugar estes aspectos com o conforto para os utilizadores.

Durante estas reuniões adquiri conhecimentos sobre a complexidade inerente á aquisição de equipamentos, de modo a cumprirem as especificações recomendadas e a importância de se consultar as respectivas fichas técnicas. Reflecti nas lacunas existentes no que respeita ao conhecimento sobre este tema e transpondo estes aspectos para o meu dia-a-dia, hoje julgo, ser essencial ter conhecimentos fundamentados nestas áreas, pois é habitual os enfermeiros descartarem-se de responsabilidades pois não conhecem, mas também não procuram conhecer as especificidades do material com que trabalham diariamente, na realidade como chefe de equipa tenho uma responsabilidade acrescida na supervisão e na consciencialização da equipa de enfermeiros e auxiliares de acção médica que comigo trabalham, tanto na preservação do equipamento como na garantia da segurança dos doentes, visitas e profissionais.

Neste sentido como NUNES (2006, p.3) nos refere “o agir é, simultaneamente, fundado pela autonomia (que se exerce ao agir) e pela responsabilidade – e se tomar decisões é assumir responsabilidades, também decorre de se ter responsabilidades.”

Cabe ainda á Comissão de Controle de Infecção dar pareceres técnicos e colaborar na selecção de materiais e equipamento, neste sentido e associado á problemática das infecções com *Clostridium difficile*, em que os esporos podem sobreviver meses em reservatórios no ambiente e as soluções desinfectantes de base alcoólica ou aquosa serem ineficazes na sua eliminação, e as diluições com hipoclorito de sódio nem sempre serem bem efectuadas, para as limpezas diárias conforme o recomendado, a Comissão, procurando uma estratégia que garantisse a correcta limpeza do ambiente, e igualmente se apresenta-se eficaz no combate ao *Clostridium difficile*, implementou a utilização de - Toalhetes de Clorohexidina com Vantocil (Sanisafe®) para limpeza diária das superfícies.

Com o intuito de verificar a sua adequação e aceitação nos serviços, assim como efectuar uma previsão de custos foi implementado um teste com os respectivos toalhetes em dois serviços com características diferentes. Ao longo do período experimental foram efectuadas várias avaliações informais junto dos profissionais (auxiliares de acção médica) para conhecer a sua opinião.

Era espectável que uma vez que esta limpeza implicava menos esforço e menor tempo de execução fosse facilmente aceite, o que se veio a confirmar.

No decorrer deste processo, considerando novamente a minha realidade profissional, os enfermeiros descumrem os processos de limpeza do ambiente desconhecendo o protocolo existente no serviço e as indicações dos fabricantes, não podendo corrigir o que está a ser mal executado, tendo por conseguinte igual responsabilidade na infecção cruzada daí decorrente e na avaria dos equipamentos.

A verdade é que apesar da execução dos processos de limpeza e desinfecção serem da responsabilidade dos auxiliares de acção médica cabe aos enfermeiros a supervisão e a garantia da qualidade de ambos os processos. Como tal, estes têm que ter conhecimentos da política de limpeza e desinfecção do ambiente hospitalar existente na instituição.

Uma adequada limpeza e desinfecção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infecções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies. Estes, foram aspectos que mereceram atenção na elaboração de normas e procedimentos de boa prática como mais adiante farei referência.

Neste momento considero que é da total responsabilidade dos enfermeiros garantir que todos os procedimentos estejam em conformidade, sendo a limpeza/desinfecção a base de todo o processo.

Inerente a este aspecto considero ainda importante abordar a temática da esterilização.

O serviço de esterilização, trabalha em cooperação com a Comissão de Controle de Infecção, uma vez que é em conjunto que se desenvolvem e monitorizam as políticas de limpeza e descontaminação do equipamento reutilizável, dos métodos de empacotamento e das condições de esterilização, entre outras.

Em contexto hospitalar, o serviço de esterilização é um dos sectores de apoio mais importantes e está ligado directamente ao controlo de infecção e à prestação de cuidados de qualidade ao doente. O processamento e reprocessamento de dispositivos médicos constitui um ponto de reflexão, uma vez que devem ser facultados ao doente e ao profissional materiais e equipamentos seguros e efectivos ou seja que não apresentem risco de infecção ou danos na sua estrutura que possam interferir com o seu funcionamento.

Não nos podemos esquecer que nos últimos anos com o reconhecimento da problemática da infecção hospitalar verificou-se a aquisição de equipamento mais automatizado, todavia a sofisticação verificada no material usado não teve em conta as possíveis dificuldades no seu reprocessamento, com necessidade de adaptações constantes para manter a qualidade e a segurança.

No decorrer desta prática clínica assisti ao curso de Esterilização (ANEXO I) aonde pude aprofundar conceitos, e reflectir na minha atitude enquanto enfermeira especialista, e enquanto chefe de equipa, uma vez que os riscos de aquisição de uma infecção dentro do hospital estão associados ao incumprimento das normas e frequência no uso de dispositivos médicos e procedimentos invasivos. (TURRINI, 2000)

Assim a esterilização, a desinfecção e a limpeza são apenas alguns aspectos a ter em conta na prevenção e controlo da infecção, sendo importante não esquecer que é o comportamento dos profissionais que vai determinar a eficácia destes métodos, não só no processo em si mas no modo de utilização do material e equipamento, na execução dos procedimentos e na prestação de cuidados ao doente

De todas as fases do processo de tratamento do material e equipamento as que mais me suscitaram momentos de reflexão, não por serem as mais importantes mas porque são as que fazem parte de muitos momentos do meu dia-a-dia profissional são o manuseamento e processamento do equipamento de uso clínico, pelo que cada vez mais me parece imprescindível o estabelecimento de regras para armazenar, transportar e manipular os dispositivos médicos utilizados. A limpeza, desinfecção e esterilização dos mesmos deve ser efectuada de forma correcta com os produtos indicados, uma vez que todos os dispositivos usados constituem um perigo potencial para os seus manipuladores, todo este processo deve ser controlado a fim de reduzir os riscos a ele associados.

Sendo o serviço onde trabalho um local onde se procede a técnicas extremamente invasivas, outro ponto importante é a verificação da validação do processo de esterilização.

Como refere WILSON (2003,p.299) “A descontaminação segura de doente para doente é um aspecto essencial do controlo de infecção.”

Estes aspectos são os que mais lacunas apresentam, muito por parte das falhas de comunicação entre a esterilização e os profissionais. Uma vez que é obrigação dos utilizadores dos dispositivos médicos a verificação de falhas e riscos de segurança dos mesmos, é necessário um maior esclarecimento e rigor na manipulação e uso dos dispositivos médicos, julgo que é através da responsabilização de cada um que se consegue promover as boas práticas, prevenindo a infecção promovendo a segurança do cuidar.

A elaboração de procedimentos e normas contribui sem qualquer dúvida para a melhoria dos cuidados, caminhando no sentido de uma melhor qualidade assim como na consolidação da uniformização de procedimentos, que irá contribuir igualmente para clarificação do papel do enfermeiro.

Os manuais de procedimentos devem constituir uma base para esclarecer e preparar os profissionais a adoptar modelos de actuação de controlo de infecção, quer para a sua segurança como para a do doente.

Neste sentido SALE (1998, p.54) refere que “ (...) uma norma é um instrumento para medir a qualidade dos cuidados, e, portanto parte integrante da garantia da qualidade.”

De acordo com DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007) são consideradas medidas de intervenção da Comissão de Controlo da Infecção elaborar normas e procedimentos de boas práticas, nas vertentes mais significativas para a prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde, e implementar auditorias internas às práticas melhorando a sua execução.

Todas as normas têm que ser baseadas em princípios científicos e como tal carecem de actualizações e avaliações contínuas, sempre tendo por base os novos trabalhos elaborados na área, em conformidade com este pressuposto da actualização do processo normativo, colaborei com a Comissão de Controlo da Infecção na finalização das seguintes normas:

- Precauções básicas de prevenção de transmissão de infecção; (ANEXO II)
- Precauções de isolamento dependente da via de transmissão – isolamento para transmissão por contacto; (ANEXO III)
- Precauções de isolamento dependente da via de transmissão – isolamento para transmissão por gotícula; (ANEXO IV)
- Precauções de isolamento dependente da via de transmissão – isolamento para transmissão por aerossol; (ANEXO V)
- Limpeza e desinfecção do ambiente hospitalar. (ANEXO VI)

Estas normas, são fundamentais para a correcta execução dos procedimentos de isolamentos e de limpeza, evitando muitas das infecções cruzadas que daí advêm.

Ainda dando seguimento às necessidades dos profissionais no que respeita á actualização do manual de procedimentos, elaborei as seguintes normas:

- Prevenção da infecção associada a dispositivos urinários. (ANEXO VII)
- Prevenção da infecção associada a dispositivos intravasculares. (ANEXO VIII)

A realização de pesquisas nos institutos internacionais creditados na investigação como o Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Infectious Diseases Society of America (IDSA); Journal of Hospital Infection, permitiram-me aperceber da grande dimensão de estudos científicos e da preocupação existente no esclarecimento/divulgação dos inúmeros progressos relacionados com a prevenção e controlo da infecção hospitalar.

Contudo, para que uma norma seja efectuada de acordo com as ultimas evidências científicas, muita pesquisa é necessária, muito do tempo é passado ao computador a ler, reler e mesmo a procurar evidências/recomendações de práticas que estão instituídas, ou que se lêem em algum artigo não fundamentado. É por assim dizer um trabalho moroso e por vezes pouco compensador pois nem sempre se consegue o que se procura.

Só através de uma pesquisa bem estruturada se consegue emitir uma norma bem fundamentada e actualizada.

Após a sua divulgação (com formação para o efeito) é considerada uma componente para a melhoria continua dos cuidados a realização de auditorias. Estas servem fundamentalmente para avaliar e manter a conformidade dos procedimentos; monitorizar os requisitos, prevenindo a ocorrência de falhas e garantir as boas práticas. Assim realizei um instrumento de validação da norma – Prevenção da infecção associada a dispositivos urinários (formulário de auditoria). (ANEXO IX)

Penso que apesar do peso que a palavra auditoria carrega, esta deve ser vista apenas como um processo de avaliar e identificar oportunidades de melhoria. Numa área como a saúde com novas evidências diárias não podemos temer os processos de melhoria, correcção ou de mudança.

Divulgar os resultados da auditoria no cumprimento do procedimento instituído é também um factor gerador de mudança de comportamentos, permitindo a cada serviço verificar quais os pontos geradores de erro. Neste sentido realizei um formulário para a divulgação dos resultados da respectiva auditoria. (ANEXO X)

A auditoria, não foi efectuada durante este estágio, porque, para validar procedimentos é necessário realizar primeiro acções de formação e esclarecimento englobando os aspectos referidos na norma, o que só posteriormente será agendado.

Objectivo específico - Desenvolver Competências na área da formação, no domínio da prevenção e controle da infecção associada aos cuidados de saúde, contribuindo para o desenvolvimento dos profissionais de saúde com vista á melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A Comissão de Controle de Infecção ” (...) tem a responsabilidade de promover a formação de todos os grupos profissionais das unidades de saúde “ (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE 2008, p.35)

Ainda de acordo com a DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (02-2007) os planos de formação e sensibilização dos profissionais devem incidir no cumprimento das regras de higienização das superfícies e equipamentos de limpeza, regras de higienização pessoal e precauções básicas, como o uso correcto de barreiras protectoras, a prevenção pessoal de acidentes.

É importante transmitir aos profissionais de saúde noções acerca da cadeia epidemiológica, das diferentes vias de transmissão e das precauções a tomar no sentido de prevenir a propagação de agentes infecciosos, pois estas são consideradas estratégias de primeira linha no controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde.

Englobando estes princípios e após a conclusão das normas: precauções de isolamento dependentes da via de transmissão; precauções básicas de prevenção de transmissão de infecção e da norma de limpeza e desinfeção do ambiente hospitalar ouve necessidade, de

divulgar os seus conteúdos, como refere, WILSON (2003, p.203) “a adopção de padrões de rotina de controlo de infecção depende de uma formação e treino regulares e apropriados (...)”; para tal foi elaborado um plano de formação sob o tema da prevenção e controlo de infecção, que numa primeira fase se destinava a auxiliares de acção médica e elos dinamizadores e numa fase posterior a todos os enfermeiros e médicos.

Deste programa fazem parte os seguintes temas:

- ✓ Introdução às infecções associadas aos cuidados de saúde (conceitos e evolução histórica, importância das boas práticas em controlo da infecção na qualidade e segurança dos cuidados);
- ✓ Cadeia de infecção e principais mecanismos de transmissão da infecção (transmissão por contacto, por gotículas e aerossóis; microrganismos epidemiologicamente significativos);
- ✓ Principais medidas de prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde (precauções básicas, precauções de isolamento, processo de limpeza e desinfecção do ambiente e dispositivos médicos, triagem de resíduos hospitalares).

Tive a oportunidade de colaborar e acompanhar a elaboração da formação, assim como apresentar um tema enquadrado nas precauções básicas - utilização de equipamento de protecção individual. (ANEXO XI)

Uma vez que se preconiza que a formação deve aliar teoria á pratica, permitindo a aplicação dos conhecimentos adquiridos e esclarecimento de duvidas, esta formação, foi elaborada consagrando bancas práticas, sobre:

- ✓ a higienização das mãos, com o uso de maquina de fluorescência;
- ✓ utilização de equipamento de protecção individual, abarcando os princípios de colocação e remoção dos equipamentos;
- ✓ triagem de resíduos hospitalares com os três tipos de sacos e diverso material para ser colocado de acordo com as suas especificações. (ANEXO XII)

No seguimento do tema por mim apresentado, fiquei responsável pela banca relativa á utilização do equipamento de protecção individual, onde era pedido a cada elemento que de acordo com situações hipotéticas coloca-se e retira-se correctamente os diferentes equipamentos de protecção individual, adequados á situação.

Nunca tinha participado numa formação que engloba-se uma vertente prática, pelo que fiquei agradavelmente surpreendida com a grande interacção que se verifica, pois devido á proximidade que se estabelece é muito mais fácil limar arresta que ficam da teoria, conseguindo-se transformar a formação numa aquisição de conhecimentos muito mais personalizada, o que sem qualquer dúvida facilita a interiorização e a disponibilidade de aprender.

A fundamentação das medidas de prevenção permite racionalizar as acções específicas sendo premente que os profissionais conheçam os verdadeiros riscos e os meios mais eficazes de os minorar.

Sendo, a formação um processo de transformação individual, dirigida a adultos que são portadores de um percurso de vida e de uma experiência profissional prévia preconiza-se que a sua elaboração vise orientações de aprendizagem, motivações e estímulos direccionados para o grupo em questão. Assim, estes aspectos orientadores de formação para adultos foram tidos em consideração durante todo o percurso de elaboração dos temas apresentados.

No plano de controlo da infecção, o isolamento dos doentes, constitui um procedimento especial, que consiste no estabelecimento de barreiras adicionais visando a sua individualização, de modo a prevenir a infecção cruzada, entre doentes, profissionais e visitas.

A activação dos isolamentos é da responsabilidade da Comissão de Controlo de Infecção, assim no decorrer do estágio foram vários os momentos, em que após a activação do isolamento se recorreu aos serviços para confirmação da concretização do mesmo e esclarecimento de dúvidas, sendo possível criar momentos de carácter formativo aos enfermeiros responsáveis pelos doente em isolamento e sempre que possível envolvendo-se o elo dinamizador do serviço

De acordo com os procedimentos do hospital era expectável encontrar – se um dístico com a informação relativa ao respectivo isolamento e a colocação no exterior do quarto de uma mesa com material (luvas não estéreis, batas, mascarar cirúrgicas com e sem viseira), verificou-se que estes procedimentos nem sempre eram efectuados, sendo o erro mais comum a colocação de outro tipo de materiais na mesa de apoio.

Os momentos de formação foram significativos para o esclarecimento das dúvidas e fundamentalmente para que os profissionais se sentissem parte integrante e co-responsáveis no controlo e prevenção da infecções associadas aos cuidados de saúde.

A prática diária do controlo e prevenção de infecção, coloca-nos frequentemente frente a situações complexas, relacionadas com o comportamento humano que levam á reflexão em busca de soluções, para aborda-las de forma mais efectiva.

Os processos de mudança de comportamentos são um desafio, que significam conhecer a situação real do problema e implantar medidas que as solucionem, pelo que adquirir capacidades, capazes de me fazerem equacionar problemas e dar - lhe um caminho seguro actuando de forma técnica e científica.

Por tudo o que expus considero ter demonstrado capacidades de trabalhar de forma adequada em equipa multidisciplinar, incorporando na prática os resultados da investigação relevantes, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde, demonstrando capacidades crítico-reflexivas sobre a prática nesta área de intervenção.

1.2 – SERVIÇO DE URGÊNCIA

De acordo com Despacho Normativo nº 11/2002 a missão do serviço de urgência, contempla tratar doentes em situações clínicas urgentes e emergentes, situações que correspondem a ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.

Sendo os serviços de urgência considerados, o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, os investimentos previstos no sistema de saúde preconizam promover ao doente um atendimento de qualidade, em tempo útil, com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo.

O hospital de Cascais recentemente inaugurado, procura assumir um compromisso baseado numa política de qualidade que passa por garantir a segurança e a melhor assistência aos utentes, sob a orientação de guias nacionais e/ou internacionais.

O serviço de urgência é composto por uma sala de triagem, com capacidade para dois atendimentos em simultâneo; uma sala de reanimação, preparada para dois doentes; uma sala de pequena cirurgia; uma sala de atendimento geral, vulgarmente chamada de balcão; uma sala de observações (SO) com capacidade para quinze doentes embora a maioria das vezes se encontre excessivamente lotada; duas salas de espera, e vários pequenos compartimentos de aprovisionamento de materiais e equipamento assim como gabinetes médicos.

Funciona em estreita articulação com a unidade de cuidados intensivos e restantes especialidades, nomeadamente as que suportam a realização dos diversos meios complementares de diagnóstico.

A equipa de enfermagem é uma equipa muito jovem, com experiências diversas, com grande espírito de entre ajuda e muito dinâmica, cada equipa é composta por dez elementos entre os quais se encontra um segundo elemento e um chefe de equipa, que desempenha funções de coordenação. Cada elemento roda pelas diferentes valências realizando um *roulement* em cada uma, de acordo com uma escala pré-definida.

O serviço de urgência tem definido como objectivo garantir um atendimento urgente, eficaz e eficiente, em que os utentes são atendidos de acordo com os níveis de gravidade, através do método da Triagem de Manchester.

Tal como realizado no módulo anterior, pretendia efectuar uma reunião com o enfermeiro chefe, contudo tal não foi possível uma vez que o enfermeiro chefe tinha sido recentemente admitido e encontrava-se numa fase de estruturação do serviço e da equipa, composta por vários elementos oriundos de outras instituições ou serviços.

Tendo em conta, esta indisponibilidade e a grande ambiguidade no que concerne às necessidades e projectos deste serviço de urgência, delineei objectivos que se basearam nas minhas necessidades pessoais e no conhecimento do serviço de urgência pertencente ao antigo hospital.

Deste modo, verificou-se que o planeado no projecto de estágio sofreu pequenas remodelações após contacto com a realidade do serviço em questão, importa assim explicar como foram abordados os diferentes objectivos.

Objectivo específico - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais a nível da prestação de cuidados especializados na intervenção ao doente crítico de médio e alto risco e sua família, nas várias vertentes do serviço de urgência.

No projecto de estágio este objectivo estava directamente relacionado com o doente submetido a ventilação assistida invasiva e sua família. Uma vez que ao chegar ao campo de estágio me apercebi, que este serviço de urgência não possuía doentes ventilados, sendo que os únicos dois ventiladores existentes encontravam-se na sala de reanimação, e esses doentes eram transferidos para os cuidados intensivos logo que minimamente estabilizados, o objectivo inicial foi reformulado.

A qualidade assistencial constitui hoje uma questão muito relevante, pelo que julgo que o sucesso da assistência prestada no serviço de urgência tem uma relação directa entre os recursos humanos e tecnológicos e a estrutura organizacional e arquitectónica do serviço. De realçar que durante a organização desta urgência tentaram seguir os passos preconizados pelo grupo de trabalho de urgências através das suas recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes, com a criação de um percurso pré - definido do utente, que não é mais do que garantir o funcionamento satisfatório do sistema de saúde promovendo a segurança do utente com qualidade.

A admissão do utente ao serviço de urgência é efectuada através da sala de triagem, sendo aqui utilizado o sistema de triagem de Manchester, este sistema visa assegurar uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes e gerir com o máximo rigor possível, do ponto de vista clínico, o tempo de atendimento, contribuindo ainda para uma melhor gestão do tempo de espera.

Consequentemente, a decisão relativa ao estabelecimento da prioridade passa a ser tomada com base científica, acabando com os critérios subjectivos e pouco fundamentados, com maior protecção para o utente.

O encaminhamento do utente no serviço é então efectuada de acordo com a prioridade definida, creio que o facto de os utentes não urgentes serem encaminhados para o ambulatório conforme o recomendado pelo MINISTERIO DA SAÚDE (2006) constitui uma mais-valia, pois permite um rápido atendimento destes, diminuindo o seu período de permanência na urgência. Estes aspectos vão igualmente de encontro com o objectivo expresso no plano Nacional de Saúde 2004-2010 quando contempla obter ganhos em saúde, centrando a mudança no cidadão reorientando o sistema prestador de cuidados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Realizei episódios de triagem de alguns doentes, pelo que considero que este é um acto que apesar de ser considerado breve, é muito complexo e que requerer tanto de raciocínio como de intuição, por outro lado sendo a triagem a porta de entrada na urgência cabe também a este enfermeiro diminuir a ansiedade, promover confiança e segurança ao doente. Ao realizar a triagem englobam-se todas as vertentes técnicas, científicas e relacionais o que pressupõe que o enfermeiro da triagem seja um enfermeiro com competências especializadas, devendo este ser considerado um perito na área da urgência. Como nos refere HANDYSIDES (1996, p.100) “ (...) não são os doentes cujo estado crítico é visível que contribuem o maior desafio para o enfermeiro de triagem. O verdadeiro desafio está em reconhecer pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se rapidamente, se não for tratado de imediato.”

Associado a todo este processo encontra - se um sistema informático, que por um lado facilita a comunicação entre os diversos sectores, por outro, foi um factor que me pareceu importante e merecedor de uma reflexão, uma vez que ao longo deste período, verificou-se algumas imperfeições que condicionam a rápida e eficiente prestação de cuidados, devido ao lapso de tempo que medeia a validação das actuações e a actualização do sistema, verifica-se que o mesmo utente pode ser chamado novamente, ou ter que ser novamente punccionado, o que aumenta o risco de atraso no tratamento, da segurança do utente, assim como aumenta a insatisfação pelos cuidados prestados.

Como resultado desta partilha de ideias com a equipa surgiram algumas sugestões, pelo que foi efectuada uma reunião com o enfermeiro chefe e contactado o serviço de informática com vista á realização de possíveis melhorias.

Sendo o serviço de urgência, uma área de atendimento directo ao utente em situação critica e sabendo que só participando na prática dos cuidados se poderá ter uma verdadeira noção da complexidade e da perícia que estes cuidados determinam, procurei prestar cuidados com progressiva autonomia e capacidade de decisão sempre baseados numa metodologia científica.

Desde o inicio deste estágio fui integrada numa equipa na prestação directa de cuidados, o que me permitiu uma fácil integração, participação activa em todas as actividades, percorrendo todas as valências (triagem; reanimação e sala de pequena cirurgia; sala de tratamento e sala de observação), estes aspectos permitiram-me, desenvolver capacidades técnicas e científicas na resolução de situações imprevistas e complexas assim como a capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes, de inovações tecnológicas e de tratamentos, para LEE (2001, p.25) em nenhuma outra área de enfermagem se espera do enfermeiro tantos conhecimentos “(...) de berço ao túmulo (...).”

Na mesma linha de pensamento VAZ e CATITA (2002, p.14) referem que o enfermeiro de urgência necessita de determinadas características que não tem exclusivamente a ver com o grau de conhecimento adquirido mas também com “ (...) a rapidez agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes reflectem risco de vida ou morte para o doente”.

Julgo que no decorrer de uma prestação de cuidados tão complexos, em que é necessário um domínio aprofundado de saberes, com uma grande capacidade de lidar com imprevisto, capacidade de observação, análise, rapidez de estabelecimento de prioridades e de acção, foi importante uma reflexão sobre a tomada de decisão na urgência, como elemento importante na qualidade dos cuidados prestados em todos os domínios da intervenção de enfermagem.

NUNES (2007, p.9) clarifica a abrangência desta tomada de decisão quando diz que *“Tomar a decisão mais adequada na presença de situações complexas nem sempre é fácil. (...) A falta de dados e o tempo disponível são dois dos factores que interferem na tomada de decisão clínica. Dependendo da falta de um ou de outro, ou ainda dos dois, a decisão pode ser suportada por uma das três possíveis formas de abordagem do processo de tomada de decisão: Informação; Intuição e Continuum Cognitivo.”*

Decidir, no sentido do desenvolvimento profissional requer um conhecimento sólido, experiencia e visão holística, requer fundamentalmente uma prática reflexiva, que se contrapõe com a prática rotineira dos cuidados.

As decisões devem assentar em processos cognitivos, complexos e organizados onde a experiencia, o conhecimento e a reflexão se misturam apresentando como resultado cuidados de elevada qualidade. Assim orientei as minhas acções para a identificação das necessidades de cuidados e adequação das intervenções de forma a detectar, minimizar e evitar os riscos precocemente,

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007,p.14) “O enfermeiro especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, e assume o papel de prestador de cuidados diferenciado”

Como futura enfermeira especialista creio que o pensamento crítico é o pilar que se exige nas tomadas de decisão, este deverá ser tido em conta encarando a prática como um desafio constante e não uma sucessão de actos rotineiros, o pensamento reflexivo e crítico deve por si só ser a rotina de todo o profissional com competências especializadas.

Encontrando-se o hospital de Cascais vocacionado essencialmente para valências médicas as situações mais marcantes foram vivenciadas na sala de observação, e em todas elas foi possível uma reflexão sobre a prática na busca de estratégias de actuação para os problemas da prática profissional.

Um dos doentes internado, por insuficiência renal crónica com hipercaliemia, inicia quadro de insuficiência respiratória seguido de paragem cardíaca, iniciou-se de imediato suporte avançado de vida, que se verificou ineficaz, culminando na morte, apesar da tragédia da

situação, e uma vez que esta reanimação envolveu conflitos entre os diversos profissionais quer de avaliação de prioridades, quer de seguimento das *guidelines*, no final do turno foi criado um momento para que cada um referi-se o que na sua opinião se fez menos bem e o que se poderia ter feito de outra maneira. Tendo em conta as diversas situações de emergência que decorrem do meu dia-a-dia profissional, pude partilhar a importância da necessidade de que todos os elementos saibam o seu lugar e a sua função devendo estes pontose as suas actuações estarem previamente definidas, nunca é benéfico para o doente a existência de conflitos durante a execução de qualquer procedimentos, uma vez que durante o mesmo é impossível apresentar uma resposta adequada e em tempo útil.

O CONSELHO DE ENFERMAGEM (2006,p.13) considera que “ (...) Atendendo ao contexto multiprofissional e interdisciplinar dos cuidados de saúde, as decisões devem ser tomadas na base de protocolos estabelecidos pela equipa e assumidos formalmente pelos órgãos de gestão.”

Desta experiencia ficou sem dúvida a noção de que é possível na prática diária a construção de um julgamento sistematizado de saberes baseado na evidência em que se conseguem limar algumas arestas do conhecimento se nos habituarmos a reflectir em conjunto, com os nossos pares, sem sentimentos de inferioridade ou culpabilização dos nossos actos, assim promovendo a consciencialização e o crescimento pessoal e da equipa.

Para além das capacidades técnicas e científicas desenvolvidas, considero que a humanização é um valor fundamental na prestação de cuidados de saúde de qualidade, falar em humanização é sobretudo ter uma abordagem global e personalizada do doente, considerando-o no seu todo.

Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 Abril, no seu artigo 89º podemos ler que os enfermeiros são responsáveis pela humanização dos cuidados e têm o dever de dar atenção á pessoa que cuida sempre inserida numa família e comunidade, e consequentemente têm também o dever de permitir o acompanhamento dos doentes nos serviços de urgência.

No desenvolvimento de competências na vertente humana e relacional, procurei tratar a pessoa, respeitando os mais rigorosos padrões éticos e assegurando o respeito pela dignidade humana.

A doença e a hospitalização constituem um momento de crise que como nos diz BOLANDER (1998, p.346) são “acontecimentos súbitos e inesperados que acontecem a um indivíduo, em qualquer altura da vida, e que a pessoa não consegue controlar”.

Prestar cuidados de enfermagem, implica estar atento à singularidade da pessoa a que estes são dirigidos, o que exige todo um conjunto de intervenções que visam a satisfação das necessidades do indivíduo e consequentemente o seu bem-estar físico, psíquico e social,

tornando-se impossível não encarar como um todo a díade utente/família, portanto impossível dissociá-los aquando da prestação de cuidados.

A família é tida como a unidade básica da comunidade e conseqüentemente da sociedade, na qual se processam os comportamentos humanos conotados com a saúde. Desta forma, embora os cuidados de enfermagem incidam directamente sobre um indivíduo, é essencial ter em conta que irá existir uma resposta da família às necessidades de saúde e de doença dos seus entes.

Na mesma linha de pensamento COSTA (1994,p.22) refere que "a família é um sistema de relações organizado em função de determinados objectivos comuns que os membros da família separadamente não podem atingir".

A doença, afecta assim toda a família, obrigando-a a adaptar-se para alcançar um novo equilíbrio, por outro lado, a doença também irá acumular-se enquanto factor de stress.

A capacidade que cada membro tem individualmente e em conjunto para se organizar e lidar com a situação de stress é sem dúvida uma fonte de suporte de recurso da própria família.

Procurei sempre englobar a família na prestação directa de cuidados ao seu doente, esclarecendo e ajudando-a a enfrentar as situações com as quais não estão "preparadas" para enfrentar sozinhas.

Para tal pareceu-me fundamental criar condições para que as famílias se capacitem e possam ser eficazes ao desempenhar as suas funções de apoio e suporte.

Alguns foram os casos que me fizeram reflectir sobre esta temática, embora de acordo com a Lei nº 33/2009 de 14 de Julho os familiares possam permanecer com o seu doente desde que este é admitido no serviço de urgência, esta prática ainda não está implementada, lembro-me de um turno em que deu entrada na sala de atendimento geral um rapaz de 18 anos, por queixas de dificuldade respiratória, embora com ligeira dispneia encontrava-se calmo e colaborante, após ser separado da mãe com quem parecia ter uma forte ligação, fez exames laboratoriais e inicia tratamento.

Passados alguns minutos desencadeia quadro da ansiedade extrema, recusando tudo dizendo que se ia embora, que estava a sufocar e que ia morrer, quadro este, que foi agravando a dificuldade respiratória.

Foram várias as tentativas dos profissionais para acalmar o doente, tentando trazê-lo para a realidade, não sendo eficaz este procedimento contactou-se o médico que deu indicação para administração de um ansiolítico.

Todo este processo acabou por decorrer com uma grande agitação incomodando enfermeiros e mesmo os restantes doentes, dei por mim a pensar no motivo de tudo aquilo, o doente parecia tão controlado quando entrou, contudo, no meio de toda a agitação e correria inerente ao fluxo de doentes, ninguém tinha falado com o doente numa tentativa não de o acalmar mas de perceber o que desencadeara aquela reacção exagerada.

Pedi ao colega para falar com ele antes da administração da terapêutica, ele mostrou-se renitente alegando que só estava a perder tempo, contudo quando falei com o jovem procurei confortá-lo, escutando-o, perguntei-lhe o que mais queria naquele momento, se pudesse escolher, ao que ele me respondeu que apenas queria dar a mão à mãe, que em todas as piores crises que tinha sofrido ela estivera sempre presente e que isso sempre o ajudara.

Não cabe a qualquer um de nós fazer juízos de valor acerca das necessidades dos doentes, contudo parece-me que sendo possível permitir àquela mãe a permanência nem que por alguns minutos intercalados, beneficiaríamos a estabilidade emocional e mesmo física do doente sem ter que recorrer a terapêutica extra.

Acredito, que unidade familiar deve ser um foco central dos cuidados, porque a família é um recurso fundamental para a prestação de cuidados de saúde e quando melhoramos o nível de saúde da família, melhoramos também o nível da saúde de cada um dos elementos.

A família deve ser envolvida no processo de tomada de decisão e no processo terapêutico, pelo que procurei avaliar as situações sempre a fim de encontrar as fontes de suporte familiar, promovendo a reorganização e adaptação da família à nova situação. Esta desempenha um papel fundamental, daí que se deva associar ao contexto dos cuidados para que se mantenha ou mesmo adquira perícias para continuar a assistir os seus membros.

Recordo um casal de meia-idade que recorre à urgência porque o Sr. que tinha ido algaliado para casa por indicação da urologia, inicia perdas por fuga no saco de drenagem, como não sabiam o que fazer, andavam com o saco da drenagem dentro de um saco plástico.

Apesar de inúmeros comentários, a aflição daquele casal era visível, tinham-lhes falado de infecções, mas não tinham feito ensinamentos básicos de manutenção do sistema.

O Sr. nunca tinha estado algaliado, como tal, além da perda de intimidade que sentia, não sabia lidar com o novo problema, demonstrando reacções de fuga ao que se lhe era perguntado, a esposa por seu lado demonstrava grandes níveis de ansiedade e preocupação, sentia-se inquieta incapaz de prestar auxílio ao marido.

Como nos diz COLLIÈRE (1989, p.295) “Toda a situação de cuidados é o encontro com a pessoa que vive uma doença (...). São, pois, os utilizadores dos cuidados, e a sua família, que detêm todos os elementos fundamentais da situação, não apenas pelo que dizem de si próprios, mas por tudo o que podemos captar.”

Por vezes o ouvir atento, o demonstrar que estamos ali, que nos preocupamos, que o doente não é apenas mais um doente leva à diminuição dos níveis de ansiedade, promovendo confiança e bem-estar.

Para alguns doentes a urgência é o único meio de acesso aos cuidados de saúde, pelo que foram alguns, os doentes que aí recorreram por problemas associados às drenagens vesicais.

Acredito que devido ao ambiente tipicamente tenso da urgência associado ao elevado grau de ansiedade do doente e família os ensinamentos não serão tão eficazes como o necessário, uma vez

que o objectivo deste será ajudar a superar de maneira mais eficaz as alterações associadas á doença aumentando a confiança e a competência na resolução dos problemas.

RUSH (2001, p.53) afirma que “O ensino ao doente está claramente integrado no papel e nas responsabilidades do profissional de enfermagem de urgência.” Adquirindo assim maior impacto nas competências do enfermeiro especialista.

Numa tentativa de dar resposta a este problema e abranger concomitantemente as recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes no sentido da regularização da informação aos familiares, utilizando instrumentos de apoio na prestação dessa informação, elaborei um panfleto relativamente aos cuidados com a sonda vesical / algalia. (Anexo XIII)

Folheto esse, que será distribuído aos familiares de doentes algaliados, durante os ensinios para a alta.

Estas sessões de ensino devem ser entendidas como actividades conducentes a aprendizagens relacionadas com saúde e doença visando conduzir a mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Podendo influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitando a aquisição de competências.

Outro objectivo deste folheto prende-se com medidas de controlo da infecção uma vez que de acordo com a Comissão de Controlo de Infecção do hospital os doentes que recorrem á urgência por dificuldades inerentes á algaliação têm altas taxas de infecção associadas ao trato urinário, como tal pretendo contribuir significativamente para a sua diminuição, alertando para a execução segura dos procedimentos.

Devo admitir, que a pouca privacidade a que os doentes estão sujeitos no serviço de urgência foi algo que me fez reflectir na grande vulnerabilidade presente nestas situações, embora não tenha conseguido encontrar estratégias definitivas, falei com o enfermeiro chefe no sentido de implementar a colocação de mais cortinas individualizadoras (em cada box individualizada por cortinas cabiam 4 a 5 camas, havendo espaços que não eram abrangidos por qualquer cortina).

O respeito pela intimidade encontra-se expresso no CODIGO DEONTOLOGICO DOS ENFERMEIROS (2004,p.104) no seu artigo 86º- "Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa."

Procurei ainda, apesar de as condições não serem as ideais mudar comportamentos, sensibilizando sempre que oportuno a equipa para a separação entre os homens e as

mulheres, transmitindo a importância de se transferir a maca para trás de cortinas sempre que se realizava algum acto que expusesse o doente.

Objectivo específico - Colaborar na supervisão do cumprimento de procedimentos, normas e recomendações de boas práticas no serviço de urgência.

A ORDEM DOS ENFERMEIROS refere que a elaboração de guias orientadores de boas práticas “são considerados instrumentos de qualidade (...), pelo que os enfermeiros devem basear a sua actuação profissional em práticas recomendadas tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes”(2008, p.24).

Boas práticas significam bons resultados, com um contributo eficaz na minimização do risco contribuindo eficazmente para cuidados de qualidade.

Neste sentido, uma vez que o serviço de urgência abriu as portas apenas á alguns meses, encontram-se ainda na fase de execução de normas e procedimentos de actuação, assim, o enfermeiro chefe distribuiu pelas equipas temas que visavam a construção de protocolos, colaborei com a equipa onde me encontrava inserida, na execução dos seguintes protocolos:

- Administração de nutrição entérica;
- Cuidados pré e pós realização de meios complementar de diagnóstico;
- Cuidados de enfermagem no manuseamento do cateter totalmente implantado.

De acordo com MINISTERIO DA SAÚDE (2006) verificou-se que, na maioria dos serviços de urgência do país os protocolos de actuação eram considerados insuficientes, também se verificando o incumprimento da boa prática no transporte de doentes.

A ausência de um protocolo de transporte de doentes críticos no serviço, gera insegurança ansiedade nos profissionais que efectuam os transportes, aumentando o risco associado.

O período de transporte caracteriza-se por uma grande instabilidade para o doente, podendo agravar a sua situação clínica e originar complicações que devem ser previstas e antecipadas.

Transportar um doente em estado crítico requer planeamento, organização, método, material adequado e profissionais bem preparados.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde do cliente.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2001, p.9)

O reconhecer um problema assume-se fundamental na transformação da realidade observada, no sentido do seu aperfeiçoamento.

Durante este estágio, múltiplos foram os doentes com necessidade de serem transportados para outra instituição, muitas das vezes por necessidade de cuidados mais específicos e emergentes.

Embora o serviço de urgência siga o recomendado, efectuando o transporte sempre pelo enfermeiro aparentemente com mais competência, que habitualmente, se encontra distribuído para a reanimação, parece-me importante reflectir que sendo determinante para a qualidade do transporte a eficiência e o treino da equipa que o efectua, e sendo recomendado pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) que as equipas de transporte possuam treino específico e experiência regular, possuindo no mínimo suporte básico de vida e desejavelmente suporte avançado de trauma, este treino não faz parte das competências dos enfermeiros que efectuam o transporte, por outro lado a maioria dos enfermeiros desconhece a PORTARIA nº 1301-A/2002 que regulamenta as entidades transportadoras de doentes (tipo de ambulâncias e formação dos tripulantes).

Outro aspecto que me suscitou reflexão foi o facto, de que uma vez que não é o enfermeiro que está a prestar cuidados ao doente que efectua o transporte, esta passagem de informação devia ser mais formal e de acordo com a metodologia ABCDE (airway; breathing; circulation; disability; expose) o mesmo se devendo verificar com a equipa de transporte, o que na maioria das vezes não se confirmou.

Este aspecto parece-me fomentador de um elevado grau de risco, logo importante para gerar reflexão em equipa no sentido de colmatar algumas dessas lacunas.

Assim, foram criados momentos informais onde me foi possível dar a conhecer o regulamento das entidades de transporte de doentes, assim como criar debate de ideias relativamente a todo o processo que visa a transferência do doente para outra instituição.

Dando seguimento ao aspecto supra citado, pareceu-me que o transporte e as suas variantes deviam ser tratados como um dos investimentos na manutenção e acompanhamento adequado aos doentes críticos, sendo, fundamental que este fosse realizado de modo consistente e científico, utilizando o conhecimento teórico e prático, incorporando novas tecnologias e antecipando os erros, visando sempre tornar mais eficiente o transporte, pelo que elaborei um protocolo de transporte do doente crítico. (ANEXO XIV)

Acredito, que das observações que fazemos da prestação de cuidados muitas são expressas em palavras, e no entanto poucas vezes efectuamos comparações com outras realidades ou mesmo com o que encontramos recomendado na literatura.

Sendo a inserção do cateter venoso periférico uma técnica de rotina para o enfermeiro da urgência, e encontrando-se este procedimento invasivo considerado como um factor de risco para as infecções associadas aos dispositivos intravasculares, requer da parte dos enfermeiros uma correcta execução no sentido da minimização do risco e maximização da segurança do doente.

Assim, no meu dia-a-dia no serviço, verifiquei a existência de quebras nos procedimentos preconizados para a colocação e manutenção do cateter venoso periférico, tanto no que

respeita á técnica, como no que respeita a aspectos directamente relacionados com o controlo da infecção.

No sentido de colmatar as lacunas observadas e contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, procurei, dar resposta ao constante desafio de melhorar os cuidados prestados, e implementar as recomendações gerais para a vigilância, formação e garantia de qualidade preconizadas pela Direcção Geral de Saúde, que, recomenda a formação contínua dos profissionais de saúde no que respeita às indicações de uso, inserção, manutenção e medidas de controlo de infecção relativamente aos dispositivos periféricos, assim como sugere avaliações periódicas dos conhecimentos e da adesão às recomendações (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006).

Executei assim, um pequeno estudo observacional, em que fiz um levantamento de dados no serviço de atendimento geral, relativamente á colocação e manutenção do cateter venoso periférico, segundo uma folha de observação construída com base na técnica de inserção e em factores relacionados com o controlo de infecção. (ANEXO XV)

A folha de protocolo de observação de punção venosa periférica foi fundamentada com base nas últimas recomendações dos organismos internacionais de referência no que diz respeito ás práticas em controlo de infecção e após reunião com o enfermeiro responsável pela Comissão de Infecção do hospital no sentido evitar que qualquer aspecto mencionado não fosse de encontro com possíveis normas que estivessem em processo de elaboração.

O enfermeiro responsável pela Comissão seguro da necessidade premente da elaboração destas normas, que até ao momento não existiam, referiu-me que nos últimos tempos, (com a abertura do novo hospital) estava a verificar-se um aumento das infecções associadas aos dispositivos vasculares, desconhecendo-se os motivos para tal facto.

Realizei, quinze observações ao procedimento, devendo no entanto referir que considero o número de observações limitado, o que se deveu ao curto período de estágio, o que lamento pois considero que este poderia ter sido um projecto de maiores dimensões, com conclusões interessantes, neste sentido os resultados encontrados apenas poderão ser visto numa perspectiva de sensibilização e reflexão.

Após tratamento dos dados recolhidos e com o objectivo de utilizar os resultados para mudar comportamentos, foi efectivada uma partilha de ideias através de uma exposição dos resultados, que embora sejam relativos a uma pequena amostra, reflectem algumas das práticas realizadas. (ANEXO XVI)

Comunicar resultados e reflectir sobre os mesmos em equipa, leva os intervenientes a pensarem, fazendo-os percepcionarem as coisas que lhes são familiares de um modo diferente.

Neste sentido a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010, p.5) declara que “A actuação do enfermeiro especialista (...) também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar,

disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.”

Por tudo isto ao comunicar os modos de actuação e as recomendações da Direcção Geral de Saúde, pretendi influenciar a mudança de comportamentos e conseqüentemente levar a uma prestação de cuidados individualizados e de qualidade.

Objectivo específico - Demonstrar competências na área da formação relacionadas com a prevenção e controlo de infecção, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A formação desempenha um papel determinante em relação á evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas de comportamentos e atitudes.

Assim, a formação contínua é fundamental para que os enfermeiros se mantenham actualizados, para uma prestação de cuidados com qualidade permitindo o desenvolvimento da reflexão crítica sobre os cuidados que prestam, bem como a resolução de problemas.

O enfermeiro tem o dever de actualizar-se e este “(...) decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios” (CÓDIGO DEONTOLOGICO DE ENFERMEIRO 2004, p.102).

Parece-me importante incentivar o aumento da excelência dos cuidados criando uma política de educação continua a fim de motivar, capacitar e implementar procedimentos. Neste sentido identifiquei necessidades formativas e procurei criar momentos oportunos para motivar toda equipa de forma a suscitar mudança de atitudes e comportamentos.

Realizei momentos de formação tanto aos enfermeiros como aos assistentes operacionais e mesmo aos voluntários do serviço relativamente á precauções básicas, uma vez que estas “ (...) constituem estratégia de primeira linha, para o controlo das infecções associadas á prestação de cuidados de saúde (...).” (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE 03-2007, p. 11)

No serviço de urgência existe pouca aderência aos princípios gerais de higienização das mãos e um mau uso do equipamento de protecção individual, é frequente durante os cuidados de conforto passar-se de doente para doente com o mesmo avental, mudando de luvas mas não efectuando a higienização correcta das mãos.

Sendo esta, uma prática já muito incutida e a percepção dos profissionais da sua adesão às medidas de controlo de infecção ser melhor que a sua prática diária, foi necessário proceder a alguns momentos de reflexão, incentivando os chefes de equipa e os segundos elementos a apresentarem um papel mais activo na implementação e supervisão das boas práticas, não esquecendo que este conjunto de medidas devem ser cumpridos sistematicamente, por todos os profissionais.

Embora como futura enfermeira especialista deva ter um papel importante na sensibilização do processo de mudança, e como nos refere GEADA (2003 p. 44) as “(...) intervenções isoladas muitas vezes falham (...)” a responsabilização de cada um parece-me o melhor caminho para a consciencialização e real mudança dos comportamentos.

Ainda segundo o mesmo autor a mudança de comportamentos “ (...) é complexa e envolve formação e muita motivação (...)”. (2003, p. 44)

Estou certa que estes momentos revelaram-se importantes na medida em que contribuíram para o esclarecimento de dúvidas e consciencialização dos profissionais enquanto responsáveis activos no controlo da infecção hospitalar

Como futura enfermeira especialista considero ter tido um papel essencial no mobilizar da equipa para a resolução das dificuldades enfrentadas em busca da qualidade e da excelência dos cuidados, tornando-a mais participativa e consciente de que a qualidade é uma jornada contínua em busca da normalização de procedimentos e adequação do seu uso atendendo sempre às necessidades do doente e família.

Pelo exposto adquiri e aprofundei competências que me permitiram promover o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa identificando as suas necessidades formativas zelando pela qualidade dos cuidados prestados, desenvolvendo capacidades de consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o doente e família atendendo às evidências científicas e à responsabilidade social e ética.

2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar vivo, é estar inquieto, é traduzir novas ideias, novas perspectivas, é ser capaz de preencher as lacunas do desenvolvimento, crescimento pessoal e profissional. Neste sentido, existem sempre experiências novas, que nos permitem uma aprendizagem permanente de novos contextos.

“O olhar provém de uma escolha. Tal como numa fotografia, o olhar dirige-se para um panorama ou para um detalhe (...)” (Coveur 2001,p.179).

O mesmo acontece com o olhar que dispensamos ao nosso percurso de vida, às nossas práticas, à nossa experiência, às nossas necessidades e aspirações.

Ao longo deste percurso foram-me proporcionadas diferentes experiências que contribuíram com diferentes implicações no meu processo de aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista.

Considero que todo este processo devido á sua natureza teórica (de fundamentação científica por revisão literária) e reflexiva transformou a minha prática clínica através do desenvolvimento de competências, de reflexão e análise no âmbito de uma enfermagem de qualidade baseada na evidencia.

Assim o estágio realizado na Comissão de Controlo de Infecção revelou-se muito enriquecedor permitindo-me adquirir múltiplos conhecimentos numa área por mim até então pouco desenvolvida, penso que a prevenção e o controlo da infecção exigem uma atitude dinâmica com enfoque centralizado na educação continuada e em medidas preventivas, aqui as áreas de maior visibilidade foram, a formação e a supervisão, detectando lacunas e intervindo quando necessário, sendo uma das competências do enfermeiro especialista promover o desenvolvimento pessoal e profissional, agindo como modelo para os outros profissionais.

Este estágio conferiu-me simultaneamente a apreensão das implicações da prática baseada na evidência, sendo essencial uma cultura de segurança nas instituições de saúde, pelo que cabe ao enfermeiro especialista a consciencialização de todos os profissionais do seu papel como elementos da instituição.

Para isto foi crucial a aquisição de aptidões reflexivas, científicas, técnicas e relacionais contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados

No estágio realizado no serviço de urgência, onde fui confrontada com desafios de mudança, eventos imprevistos, situações de trabalho complexas e alterações súbitas nas prioridades ao doente em situação de urgência/ emergência, e sua família, procurei sempre assumir como dever a prestação do cuidado ao outro, na satisfação das suas necessidades procurando potenciar a sua qualidade de vida, adoptando uma postura holística do doente /família.

O cuidado, á pessoa deve ser visto de forma holística garantindo a mobilização de saberes que convergem para a clara compreensão dos fenómenos.

Julgo que o estabelecimento de prioridades de actuação na prestação de cuidados ao doente crítico permite uma participação activa e possibilita a demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos na área Médico-Cirúrgica e é através da certificação de competências especializadas, que se pode assegurar que o enfermeiro especialista seja detentor de todo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica.

Assim, o serviço de urgência pela sua multiplicidade de situações implicou conhecimentos e saberes mais amplos e diversificados. Foram muitas as experiências vivenciadas que implicaram mobilização de conhecimentos, despertando reflexões e debate.

Considero fundamental, como enfermeira especialista a existência uma relação positiva evidenciada entre o conhecimento, a experiencia e a capacidade para raciocinar e resolver problemas. O processo de tomada de decisão está assim relacionado com o conceito de pensamento crítico, a capacidade para combinar o conhecimento e a experiencia com a capacidade de pensar o que é essencial na resolução de problemas complexos cada vez mais frequentes na nossa prática.

O processo de mudança de comportamentos é um desafio que significa conhecer a situação real do problema e implantar medidas que as solucionem, pelo que enquanto enfermeira especialista adquiri competências capazes de me fazer equacionar problemas e dar - lhes um caminho seguro actuando de forma técnica e científica.

O Enfermeiro Especialista é um profissional perito, justificando-se a sua existência devido ao conhecimento profundo da pessoa numa visão holística duma determinada fase do seu ciclo de vida, “ (...) com um elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo (...)”, e porque “ (...) favorece o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar” (LEITE 2006, p.7). Na mesma linha de pensamento este é um profissional com uma grande capacidade reflexiva e capaz de mobilizar e articular todo o seu conhecimento assente não só na teoria, mas também na prática.

Ao finalizar este relatório reconheço a importância da prévia elaboração do projecto de estágio, que facilitou, quer o meu percurso, quer a própria construção deste relatório. Permitindo-me estruturar um conjunto de actividades e programá-las no tempo, embora o facto de não conhecer os locais de estágio, tenha sido para mim factor de stress e angústia. Conhecer o local previamente ter-me-ia dado bases para construir um projecto mais adaptado à realidade, contudo acredito que esta situação foi o primeiro passo na aquisição de uma competência essencial como futura enfermeira especialista: a capacidade de adaptação e desenvolvimento de estratégias para ultrapassar os obstáculos.

Ao longo deste percurso, penso ter descrito as experiências vivenciadas que permitiram o desenvolvimento de competências e conhecimentos na área da Enfermagem de Médico-Cirúrgica, pelo que, considero ter atingido os objectivos inicialmente traçados.

Assim em suma, considero tanto ter adquirido tanto competências comuns como competências específicas, que envolvem dimensões de educação, supervisão e liderança, direccionadas para a responsabilidade profissional, ética e legal, mobilizando conhecimentos complexos para responder em tempo útil, de forma sistematizada, eficiente e eficaz á pessoa a vivenciar um processo em situação crítica, contribuindo para a melhoria continua da qualidade e gestão de cuidados assim como de desenvolvimento pessoal e profissional.

De futuro cabe-me a responsabilidade de actuar como modelo, pela demonstração de competências (clínicas especializadas, de concepção, gestão, supervisão, formação e investigação) que traduzam, a relação complexa que se estabelece com a pessoa cuidada, e a excelência do cuidar, pelo que pretendo contribuir com uma resposta diferenciada nas necessidades do serviço promovendo cuidados de excelência, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros elementos da equipa, assegurando a continuidade de cuidados diferenciados, promovendo a articulação dos mesmos.

Termino referindo como sugestão, que embora todas as realidades sejam geradoras de conhecimento, passíveis de contribuírem para a aquisição de competências e tendo presente que o grande domínio da especialidade médico-cirúrgica é a prestação directa de cuidados, julgo que o estágio de comissão de infecção não deveria ser opcional, pela vasta gama de experiencias tão enriquecedoras que permite.

3- REFERÊNCIAS

- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto editora, colecção enfermagem nº 3, Dezembro 2001. 295p. ISBN 972-8535-97-X.
- BOLANDER, Verolyn– **Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiologica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972--96610-6-5.
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO incluso no Estatuto de Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril. In: PATRÃO NEVES, Maria; PACHECO, Susana- Para uma ética de enfermagem - Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.582p. ISBN 972-603-3268.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Edição Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-95420-0-7. 385p.
- COSTA, Maria – **Intervenção psicológica em transições familiares**. Porto: Asa, 1994. ISBN 978-972-4114-08-8.144 p.
- COUVEUR, Chantal - **A qualidade de vida – A arte para viver no século XXI**. Loures: Lusociência, 2001.197p. ISBN 978-972-8383-21-3.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM – Parecer CJ- 69/2005. **Ordem dos enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646 – 2629.nº22 (Julho 2006), p.12-13.
- DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- DESPACHO NORMATIVO nº 11/2002. D.R. I Série B (2002-03-06) 1865-1866.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático**. Lisboa, Fevereiro de 2002, 93p. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008547.pdf>

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares**. Lisboa, Fevereiro de 2006, 30p [Em linha]. Disponível em: <http://www.mcci.min-saude.pt/.../PrevInfDisplntravasculares.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Recomendações para as precauções de isolamento - precauções básicas e precauções dependentes da via de transmissão**. Lisboa, Fevereiro de 2007, 47p. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008545.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde - Recomendações de Boa Prática**. Lisboa, Fevereiro de 2007, 12p. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008545.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, Março de 2007, 20p. [Em linha]. Disponível em: http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/diversos/programa_nacional_infeccao.pdf
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE- **Circular Normativa N° 18/DSQC/DSC de 15/10/2007**.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE- **Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados: manual de operacionalização**. Lisboa, Dezembro de 2008.
- ESCOLA SUPERIOR POLITECNICA DE SAUDE DE LISBOA – **Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos**. Lisboa: ESPSL, 2007. 63 p.
- GEADA, A. – A Importância da lavagem/desinfecção das mãos. **Nursing** Lisboa ISSN 0871-6196. VOL181 (Outubro 2003), p.41-44.
- HANDYSIDES, Gail – **Triage in emergency practice**. ST Louis: Mosby-edition, 1996. 375p. ISBN 0801678927.
- LEE, Genell – Interpretações legais e regulamentação. **In enfermagem de urgência: da teoria á pratica**. 4ª ed. Loures: Lusociencia, 2001. ISBN 972-8383-16-9. p.25-34.
- LEI nº 33/2009 de 14 de Julho – Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde.

- LEITE, L. -**um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências**. In II CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 3º painel, Lisboa, 2006 [Em linha]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/Files/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- **Relatório inquérito de prevalência de infecção 2003**. Lisboa, 2003, 21p. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008558.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas para 2004 – 2010**. Volumes I e II. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **O serviço de urgência: Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2006.
- NUNES, Fernando – Tomada de decisão de Enfermagem em emergência. **Nursing**. Lisboa ISSN 0871- 6196. Nº 219 (Março 2007), p. 6-11.
- NUNES, Lucília – Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. IN II CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, Lisboa, 2006, 12p. [Em linha]. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/eventos/.../IICong_ComLN.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos**. Lisboa, 2001, 11p. [Em linha]. Disponível em: www.scribd.com/.../padroes-de-qualidade-em-enfermagem
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem**. Lisboa, ISSN 1646-2629.suplemento da revista nº 26, (Junho 2007). 20p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Conceptualização da prática clínica – Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados - comissão de formação**. Lisboa, ISSN 1646-2629 nº 30 (Outubro 2008), p.24-29.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Express OE**. Lisboa, Julho 2010. 8p.
- PACHECO, S. - **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-603-273.

- PORTARIA nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro – Regulamento do transporte de doentes.
- RUSH, Carole – Ensino ao doente. **In enfermagem de urgência : da teoria á pratica.** 4ª ed. Loures: Lusociencia, 2001. ISBN 972-8383-16-9. p.53-67.
- SALE, Diana – **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde – para os profissionais da equipa de saúde.** Lisboa: Principia, 1998. ISBN 972-97457-6-5.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS- Guia para o Transporte de Doentes Crítico. Lisboa, 2008, [Em linha]. Disponível em: <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>
- TURRINI, Ruth - Percepção das Enfermeiras sobre factores de risco para a infecção hospitalar. **Revista da escola de enfermagem da universidade de São Paulo.** São Paulo ISSN 1980-220x.VOL 34,Nº2 (Junho 2000), p.174-184.
- THELAN [et al.] – O processo de enfermagem – Pensamento crítico em cuidados críticos. In **Enfermagem em cuidados intensivos – diagnostico e intervenção.** 2º edição. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-96610-2-2.p.3-19.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA- Instituto de Ciências da saúde – Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. **Regulamento Geral.** Lisboa: UCP-ICS/ESPS, 2009.14p.
- VAZ, C; CATITA, P - Cuidar no serviço de urgência. **Nursing.** Lisboa ISSN 0871-6196.VOL 148 (Setembro 2002), P.14-17
- WILSON, Jennie – **Controlo de infecção na prática clínica.** Loures: Lusociência, 2003. 368p. ISBN 972--8383-57-6.

ANEXOS

ANEXO I - CURSO DE ESTERILIZAÇÃO - PROGRAMA

CURSO DE ESTERILIZAÇÃO

10, 11, 13 e 14 de Maio 2010

Auditório do Hospital da Luz

PROGRAMA

Dia 10 de Maio

09h00 Introdução ao Curso
Objectivos, Duração, Horário, Avaliação
Evolução Histórica do Controlo de Infecção
Microbiologia e Controlo de Infecção

Formador: Fátima Contente

11h00 Coffee Break

11h15 Microbiologia Básica
Precauções Básicas
Estrutura Física do SEC

Formador: Fátima Contente

Dia 11 de Maio

09h00 Manuseamento, Acondicionamento e Transporte dos DM'S
Lavagem dos DM'S

Formador: Cristina Rato

11h00 Coffee Break

11h15 Desinfecção Térmica e Química
Inspeção

Formador: Cristina Rato

CURSO DE ESTERILIZAÇÃO

10, 11, 13 e 14 de Maio 2010

Auditório do Hospital da Luz

PROGRAMA

Dia 13 de Maio

09h00 **Empacotamento**

Formador: Cristina Rato

11h00 **Coffee Break**

11h15 **Esterilização a Vapor
Esterilização a Baixa Temperatura**

Formador: Fátima Corrente

Dia 14 de Maio

09h00 **Monitorização e Validação dos Processos**

Formador: Fátima Corrente

10h00 **Manutenção da Esterilidade
Manutenção dos Equipamentos**

Formador: Flora Carvalho

11h00 **Coffee Break**

11h15 **Gestão do Risco**

Formador: Fátima Corrente

12h30 **Teste de Avaliação**

13h00 **Correcção do Teste e Avaliação do Curso
Distribuição de Certificados e Encerramento do Curso**

Formador: Cristina Rato | Flora Carvalho

ANEXO II - PROCEDIMENTO – PRECAUÇÕES BÁSICAS DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE INFECÇÃO

PROCESSO N.º	1
POLÍTICA N.º	1 - PRÁTICAS DE CONTROLO DE INFECCÃO DO HOSPITAL DA LUZ
ÁREA	PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO
DATA	ABRIL 2010

1. NOME:

PRECAUÇÕES BÁSICAS DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE INFECCÃO

2. OBJECTIVO:

PREVENIR A TRANSMISSÃO MICRORGANISMOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

3. PARTICIPANTES:

TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL DA LUZ

4. NOTAS TÉCNICAS:

Designam-se por precauções básicas o conjunto de actuações destinadas a prevenir a transmissão horizontal das infecções entre os doentes e a protecção dos profissionais de saúde.

As precauções básicas constituem a 1ª linha de prevenção para a transmissão de infecções e são constituídas por um conjunto de medidas que devem ser cumpridas/aplicadas sistematicamente:

- POR TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE;
- POR TODAS AS PESSOAS QUE TIVEREM CONTACTO COM PACIENTES (em locais de prestação de cuidados de saúde);
- EM TODAS AS SITUAÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
- A TODOS OS PACIENTES (independentemente do seu estado infeccioso).

A transmissão da Infecção em Cuidados de Saúde requer 3 elementos: a Fonte ou Reservatório de microrganismos, o Hospedeiro e as Vias de Transmissão.

Consideram-se PRECAUÇÕES BÁSICAS:

- Higienização das Mãos;
- Utilização de Equipamentos de Protecção Individual (EPI's);
- Colocação dos Pacientes;
- Higiene Respiratória;
- Saúde e Segurança dos Profissionais;
- Práticas Seguras de Preparação e Administração de Injectáveis;
- Práticas de Controlo da Infecção nos Procedimentos com Punção Lombar;
- Higiene do Ambiente;
- Manuseamento e Processamento do Equipamento;
- Ensino aos Pacientes e Visitas.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS

5.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos constitui o procedimento isolado mais simples e com maior relação custo-eficácia para a prevenção da transmissão da infecção, reduzindo, deste modo, a incidência da infecção nosocomial.

A higienização das mãos é uma designação abrangente que integra todos os procedimentos destinados a remover agentes microbianos colonizadores das mãos.

Para aumentar a eficácia da higienização das mãos, as unhas devem ser curtas (<0,6cm além da ponta dos dedos) e não envernizadas.

Não é permitido qualquer tipo de unhas artificiais.

A Higiene das mãos deve-se realizar em **5 MOMENTOS**:

- ⇒ Antes de tocar no paciente
- ⇒ Antes de procedimentos que envolvam contacto com sangue ou fluidos corporais do paciente;
- ⇒ Após risco de exposição a fluidos corporais
- ⇒ Após o contacto com o paciente
- ⇒ Após o contacto com o ambiente envolvente do paciente

A Higiene das mãos pode ser executada de 4 formas, de acordo com o objectivo e o contexto:

⇒ **Fricção Anti-séptica das mãos** - sempre que não se encontrem sujas à vista desarmada (visivelmente sujas), utilizando Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA) e fazendo uma fricção das mãos durante **20-30 segundos**, seguida de evaporação ao ar (Quadro 1).

⇒ **Lavagem Social das mãos** - sempre que se encontrem visivelmente sujas, utilizando água e sabão neutro (Softaskin®) durante **40 a 60 segundos**, secando posteriormente com toalhetes de papel (Quadro 1).

⇒ **Situações especiais:**

⇒ **Lavagem Anti-séptica das mãos** - em procedimentos invasivos que exijam uma higienização anti-séptica, ou após contacto com doentes ou produtos biológicos infectados/colonizados com microrganismos epidemiologicamente significativos, pode utilizar-se uma de duas opções:

- i. Lavagem com água e sabão neutro, seguida de secagem e higienização com SABA;
- ii. Lavagem água e solução aquosa anti-séptica com clorhexidina (Lifo-Scrub®) durante **60 segundos** (Quadro 1).

⇒ **Lavagem Cirúrgica das mãos** - sempre que se pretendam condições de assepsia máxima, podendo utilizar-se um dos seguintes procedimentos:

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

1| Lavagem com Água e Sabão Neutro seguida de Fricção com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (Promanum®). Método representado no Quadro 2.

Por recomendação da OMS (*Guideline Hand hygiene in Health Care* 2009), este método deve ser a primeira escolha para a lavagem cirúrgica das mãos, por comprovada vantagem em termos de eficácia na eliminação de microrganismos face ao método seguinte (com solução aquosa anti-séptica).






2| Lavagem com Água e Solução Aquosa Anti-séptica (Lifo-Scrub®). Método representado no Quadro 3.

Quadro 1 - Resumo das formas de higienização das mãos (excepto preparação cirúrgica das mãos)




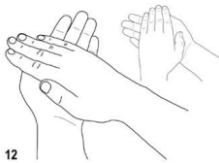
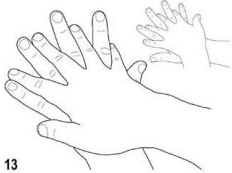
TÉCNICA	PRODUTO/TEMPO	ÁREA	INDICAÇÕES
Lavagem Social das Mãos	Água e Sabão Neutro (Softaskin®) 40 a 60seg	Mãos e Punhos	Nos 5 Momentos de Higienização das mãos, SEMPRE que as mãos estejam visivelmente sujas.
Fricção Anti-Séptica das Mãos	SABA (Promanum®) 20 a 30seg.	Mãos e Punhos	Nos 5 Momentos de Higienização das mãos, quando as mãos NÃO ESTÃO visivelmente sujas (incluindo doentes em regime de isolamento).
Lavagem Anti-Séptica das Mãos	Água e Sabão Neutro (Softaskin®) 40 a 60seg + SABA (Promanum®) 20 a 30seg. <u>OU</u> Água e Sabão Anti-Séptico (Lifo-Scrub®) 60seg.	Mãos e Punhos	- Antes da realização de Técnica Asséptica ou procedimentos invasivos; - Antes e Após contacto com doentes em isolamento (quando as mãos se encontram visivelmente sujas); - Na presença de surtos de infecção, quando indicação expressa pela CCI.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Data: 30/04/2010	Dr. Carlos Palos Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

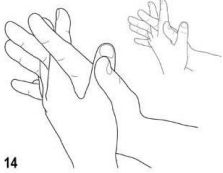

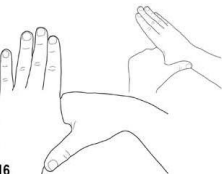

Quadro 2- Preparação Cirúrgica das Mãos com Solução Anti-Séptica Base Alcoólica

Método	Representação	Tempo
Lavar as mãos com água e sabão neutro, cumprindo a técnica acima indicada – secando rigorosamente em seguida;		
Colocar 3 doses (15ml) na palma da mão esquerda, usando o cotovelo do braço oposto para accionar o dispensador;	 1	
Imergir as extremidades dos dedos da mão dta, na solução, de forma a descontaminar espaços subunguais – durante 5 segundos;	 2	5 segundos
Espalhar a solução no antebraço dto, com movimentos circulares envolvendo toda a área do braço, no sentido pulso-cotovelo – durante 10 a 15 segundos;	 3	10 a 15 segundos
	 4	
	 5	


Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

	 <p>6</p>	
	 <p>7</p>	
Repetir os passos 1 a 7 no braço oposto.		10 a 15 segundos
<p>Voltar a colocar 3 doses (15ml) na palma da mão esquerda, usando o cotovelo do braço oposto para accionar o dispensador.</p> <p>Esfregar ambas as mãos simultaneamente, até aos pulsos, cumprindo os passos designados abaixo.</p>	 <p>11</p>	
- PALMA COM PALMA, em movimentos circulares;	 <p>12</p>	20 a 30 segundos
- PALMA DTA COM DORSO DA MÃO ESQ, com os dedos entrelaçados e vice versa;	 <p>13</p>	


Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	<p>Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica</p>	<p>Dr. Carlos Palos</p>	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

<p>- PALMA DAS MÃOS COM DEDOS INTERLAÇADOS;</p>	 <p>14</p>	
<p>- PARTE POSTERIOR DOS DEDOS COM PALMA OPOSTA, com dedos entrelaçados;</p>	 <p>15</p>	
<p>- POLEGAR ESQUERDO EM SENTIDO ROTATIVO, com a palma da mão dta e vice versa;</p>	 <p>16</p>	
<p>- Após a evaporação completa da SABA, poder-se-á proceder a colocação dos EPI's Estéreis (Luvas e Bata).</p>	 <p>17</p>	

Quadro 3 - Preparação Cirúrgica das Mãos com Solução Aquosa Anti-Séptica

Método	Representação	Tempo
<p>Durante 2 minutos esfregar lados anterior e posterior de cada dedo, espaços interdigitais e face anterior e posterior da mão;</p>		<p>2 minutos</p>
<p>Durante 1 minuto esfregar a face anterior e posterior de cada braço, no sentido pulso-cotovelo, mantendo as mãos sempre em plano superior ao braço;</p>	 <p>3</p>	<p>1 minuto</p>
<p>Cumprir o procedimento anterior no braço oposto durante 1 minuto;</p>		<p>1 minuto</p>

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Data: 30/04/2010	Dr. Carlos Palos Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

(se no decorrer do procedimento alguma parte das zonas envolvidas na lavagem for comprometida, deverá ser prolongado o tempo da lavagem em 1 minuto incidindo na zona contaminada)		(+1minuto)
Enxaguar mãos e braços numa única passagem pelo fluxo de água, no sentido dedos- cotovelos ;		
Entrar na Sala Operatória com as mãos em plano superior aos cotovelos e proceder à secagem das mãos com toalhetes estéreis, cumprindo técnica asséptica		

5.2 UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL - EPI ´S

Os equipamentos de protecção individual destinam-se a proteger os profissionais de saúde do contacto com: Sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções, soluções de continuidade da pele e membranas mucosas.

É responsabilidade de cada profissional de saúde seleccionar o EPI mais adequado em função do contacto previsto.

Consideram-se EPI ´s: Luvas não esterilizadas, Luvas Esterilizadas, Avental, Bata, Máscara Cirúrgica e Máscara Cirúrgica com Viseira.

Descrimina-se a sua indicação de utilização:

5.2.1 LUVAS

A utilização de luvas, tendo como objectivo contribuir para a redução da infecção hospitalar, constitui um complemento da higienização adequada das mãos, não a substituindo de modo algum. As luvas podem ser utilizadas para proteger o prestador de cuidados (utilização de luvas limpas) ou o doente, aquando da realização de procedimentos estéreis (utilização de luvas esterilizadas).

⇒ Luvas LIMPAS

Utilização indicada na possibilidade de contacto com sangue, fluidos orgânicos (excepto suor), secreções, excreções e objectos e superfícies visivelmente contaminados por fluidos orgânicos ou sempre que se contacte com doentes em regime de isolamento de contacto ou precauções especiais de contacto, ou em situações de surtos.

Consideram-se 2 tipos de exposição:

⇒ Exposição Directa ao Paciente:

- Contacto com sangue;
- Contacto com membranas mucosas e pele não integra;

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

- Possível presença de microrganismos perigosos e altamente infecciosos (microrganismos epidemiologicamente significativos);
 - Situações de emergência ou epidemia;
 - Colocação e remoção de acessos vasculares periféricos;
 - Derramamento de sangue;
 - Exame pélvico ou vaginal;
 - Aspiração de sistemas abertos de tubos endotraqueais (técnica limpa);
- ⇒ Exposição Indirecta ao Paciente:
- Esvaziamento de Recipientes com fluidos orgânicos;
 - Manipulação de resíduos e roupas;
 - Limpeza de fluidos corporais.

Utilização não indicada sempre que não exista possibilidade de exposição a sangue ou fluidos corporais (exceptuando as situações de isolamento ou surtos, acima referidas), tais como:

- ⇒ Exemplos de Exposição Directa ao Paciente:
- Avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso;
 - Administração de injeções SC ou IM;
 - Vestir o paciente;
 - Transportar o paciente;
 - Cuidar dos olhos e Pavilhões Auriculares do Paciente (desde que não apresentem secreções);
 - Qualquer manipulação de acesso vascular periférico, na ausência de extravasamento de sangue.
- ⇒ Exemplos de Exposição Indirecta ao Paciente:
- Utilização do telefone, computador;
 - Administração de Medicação Oral;
 - Distribuição e recolha de tabuleiros de refeição;
 - Remoção e substituição de lençóis da cama do paciente;
 - Colocação de aparelhos de ventilação não-invasiva e sondas de oxigénio;
 - Deslocação da mobília do paciente.

⇒ **Luvas ESTERILIZADAS**

Devem ser utilizadas aquando da execução de procedimentos assépticos ou estéreis, de que se destacam:

- Todos os procedimentos cirúrgicos;
- Colocação de cateteres venosos centrais ou linhas arteriais;
- Procedimentos radiológicos invasivos;
- Colocação de drenagens percutâneas;
- Realização de punções lombares;
- Preparação de nutrição parentérica total e de agentes de quimioterapia;
- Parto vaginal.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

5.2.2 AVENTAIS E BATAS

A utilização de aventais e batas visa proteger a roupa dos prestadores de cuidados.

Aventais

A utilização de aventais descartáveis está indicada nas situações em que existe risco de contaminação da roupa dos prestadores de cuidados com sangue ou outros líquidos corporais (excepto suor).

Adicionalmente, poderão estar indicados em situações de isolamento.

Batas simples

Todas as indicações dos aventais, acrescentando a vantagem de protecção contra a contaminação da pele dos profissionais e visitas/acompanhantes. Devem ser utilizadas sempre que seja necessária a protecção dos antebraços até aos cotovelos.

Após a sua utilização, os aventais e as batas devem ser descartados em recipiente adequado e o mais próximo do cliente em questão, de forma a reduzir a contaminação ambiental.

Batas esterilizadas

Devem ser esterilizadas em actos cirúrgicos e procedimentos invasivos com necessidade de assepsia.

5.2.3 MÁSCARAS

A utilização de máscaras visa proteger a face dos prestadores de cuidados de saúde, doentes e acompanhantes.

Máscara cirúrgica simples

Utilizar nos procedimentos com capacidade potencial de produzir salpicos/gotículas de sangue, secreções, excreções ou outros fluidos corporais – protegendo as mucosas do nariz e da boca.

Os prestadores de cuidados e demais pessoal devem utilizar máscaras cirúrgicas sempre que eles próprios apresentem evidência de infecção respiratória.

Máscara cirúrgica com viseira

Utilizar nos procedimentos com capacidade potencial de produzir salpicos/gotículas de sangue, secreções, excreções ou outros fluidos corporais – protegendo as mucosas do nariz, da boca e olhos.

5.3 COLOCAÇÃO DO PACIENTES

⇒ Seleccionar a colocação/isolamento do paciente de acordo a sua patologia/ risco acrescido de transmissão e vias de infecção previstas/ risco acrescido de adquirir infecção ou risco acrescido de desenvolver evento adverso no decorrer da infecção.

⇒ Os procedimentos relacionados com Isolamento encontram-se individualizados em capítulos deste Manual.

5.4 HIGIENE DO AMBIENTE

⇒ Controlar a higienização do ambiente.

⇒ Ter conhecimentos e garantir processos de limpeza e desinfecção das superfícies, assim como a descontaminação adequada dos materiais e equipamento.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

⇒ Garantir a correcta triagem de Resíduos Hospitalares de acordo com os Procedimentos Nº1 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos I e II), Nº3 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos III e IV) e Nº7 (Resíduos Líquidos com Risco Biológico) do Manual da Direcção de Hotelaria, disponíveis na intranet em:

G:\Comuns\Serviços Hoteleiros\Procedimentos\Tratamento de Resíduos (**fazer hiperligação**)

⇒ Garantir a correcta Triagem de Roupa suja de acordo com o Procedimento Nº3 ("Acondicionamento de roupa suja") do Manual da Direcção de Hotelaria disponível na intranet em G:\Comuns\Serviços Hoteleiros\Procedimentos\Tratamento de roupa (**fazer hiperligação**)

5.5 HIGIENE RESPIRATÓRIA

⇒ Prevenir a transmissão de infecções respiratórias não diagnosticadas por acompanhantes/visitas e pacientes:

- Instruir/ Informar Visitas e a Acompanhantes sobre a utilização de máscara cirúrgica caso estejam presentes os seguintes sinais de alerta: tosse, congestão nasal, corrimento nasal, aumento da expectoração.
- Em caso de intolerância à máscara, instruir sobre a utilização de um lenço para proteger nariz e boca em caso de tosse ou espirro;
- Instruir sobre a necessidade de higienização das mãos sempre que existir contacto com as próprias secreções respiratórias, de forma a não contaminar o ambiente.

5.6 SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

⇒ Evitar acidentes por exposição a sangue com corto-perfurantes:

- Depositar material corto-perfurante em contentor próprio imediatamente após a sua utilização;
- Colocar os contentores em local próximo, acessível e seguro ao procedimento;
- Não reencapsular/reembainhar, dobrar ou partir as agulas após a sua utilização;
- Utilizar luvas sempre que sejam manipulados coroto-perfurantes;

⇒ Conhecer e Cumprir Norma da CCI "Profilaxia Pós Exposição Acidental a Fluidos Orgânicos com Risco de Infecção a VIH/VHB e/ou VHC" sempre que ocorrerem acidentes por picada ou corte com exposição a sangue, pelos profissionais de saúde (independentemente da sua categoria). (**fazer hiperligação**)

⇒ Os profissionais de saúde devem cobrir com penso impermeável todos os cortes, abrasões, feridas (soluções de continuidade) que possuam.

⇒ Possuir o Boletim de Vacinas em dia de acordo com o Plano Nacional de Vacinação vigente e aderir a imunizações pontualmente recomendadas pela DGS aos profissionais de saúde.

5.7 PRÁTICAS SEGURAS DE PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJECTÁVEIS

- ⇒ Utilizar agulha e seringa estéril para cada injectável administrado;
- ⇒ Prevenir da contaminação do material e terapêutica;
- ⇒ Utilizar (sempre que possível) doses unitárias, em vez de recipientes de múltiplas doses, especialmente em terapêuticas administradas a vários pacientes;
- ⇒ Armazenar a terapêutica de acordo com as recomendações do fabricante.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

5.8 PRÁTICAS DE CONTROLO DE INFECCÃO NOS PROCEDIMENTOS COM PUNÇÃO LOMBAR

⇒ Todos os profissionais que participem em procedimentos de punção ou cateterização subdural ou epidural devem utilizar Máscara Cirúrgica para além dos EPI's adjuvantes de execução de técnica asséptica, de forma a prevenir a contaminação do sangue e Líquido cefalo-raquidiano do paciente, com microrganismos da sua orofaringe.

5.9 MANUSEAMENTO E PROCESSAMENTO DO EQUIPAMENTO

⇒ Proceder à correcta limpeza/desinfecção do material e equipamento consoante a sua categoria

⇒ Conhecer o correcto diferimento para limpeza/desinfecção/esterilização do material clínico e não clínico consoante a sua categoria:

- Não críticos;
- Semi-críticos;
- Críticos;

Conforme o previsto no Procedimento "Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Material Clínico, Não Clínico e Equipamentos" do Manual da Direcção de Enfermagem. (clique aqui para aceder a estes documentos)

Garantir a correcta limpeza/desinfecção do Equipamento dos Pacientes, principalmente do seu ambiente directo (grades da cama, cama, superfícies do mobiliário próximo ao paciente, puxadores das portas, loiças do WC etc) de acordo com o procedimento " Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Material Clínico, Não Clínico e Equipamentos ". (clique aqui para aceder a estes documentos)

⇒ Utilizar EPI 's de acordo com o nível de contaminação esperado do material clínico, não clínico e equipamento a limpar ou desinfectar – principalmente quando se encontram visivelmente sujos com sangue/fluidos orgânicos.

5.10 ENSINO AOS PACIENTES E VISITAS

⇒ Instruir visitas/ acompanhantes e pacientes sobre:

- Precauções Básicas, nomeadamente: higienização das mãos, higienização respiratória, não contactar com outros pacientes nem trocar objectos pessoais ou individualizados entre pacientes;
- Precauções de isolamento dependentes da via de transmissão: informar em que consistem, disponibilizar EPI 's, esclarecer sobre triagem de resíduos dentro do ambiente do paciente, desmistificar riscos não justificáveis e incentivar cumprimento das medidas eficazes;
- Desaconselhar a visita de crianças a familiares que se encontrem internados explicando os riscos desnecessários que a visita acarreta.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDC - "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007" - Junho 2007

PNCI - "Recomendações para Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão"

OMS- "WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care" - 2009

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI - colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Data: 30/04/2010	Dr. Carlos Palos Data: 30/04/2010	Data: 30/04/2013

ANEXO III - PROCEDIMENTO – PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTE DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR CONTACTO

PROCESSO N.º	2
POLÍTICA N.º	1 – PRÁTICAS DE CONTROLO DA INFECÇÃO DO HOSPITAL DA LUZ
ÁREA	PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO
DATA	ABRIL 2010

1. NOME:

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTES DA VIA TRANSMISSÃO -
ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR CONTACTO

2. OBJECTIVO

PREVENIR A TRANSMISSÃO, POR CONTACTO DIRECTO OU INDIRECTO, DE MICRORGANISMOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

3. PARTICIPANTES:

TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL DA LUZ E VISITAS DOS DOENTES

4. NOTAS TÉCNICAS:

As precauções de contacto estão indicadas para todos os doentes com drenagens abundantes de fluidos biológicos (sangue, pús), incontinência fecal ou outras drenagens do corpo que sugiram um aumento do potencial de contaminação do ambiente e risco de transmissão, ou nos que apresentam suspeita ou confirmação de estarem INFECTADOS ou COLONIZADOS com microrganismos epidemiologicamente significativos (MES).

A transmissão da infecção pode ocorrer por contacto directo (ambiente animado) ou indirecto (ambiente inanimado).

Deste modo consideram-se passíveis de isolamento de contacto as seguintes situações:

- Infecções por Microrganismos epidemiologicamente significativos:
 - Estafilococo Resistente à Meticilina/Ofloxacina (MRSA);
 - Estafilococo de resistência Intermédia à Meticilina/Oxacilina (VISA) e Resistente à Vancomicina (VRSA);
 - Estafilococo coagulase-negativo, metilino-resistente;
 - Enterobacteriáceas (*E. coli*, *K. pneumoniae*) resistentes às cefalosporinas de 3ª geração;
 - *Pseudomonas aeruginosa* e outras bactérias Gram negativas não fermentadoras, resistentes às carbapenemases;
 - *Acinetobacter baumannii* resistente a Carbapenemos;
 - *Clostridium difficile*;

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Dr. Carlos Palos	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data:30/04/2010	Data: 30/04/2013

- Enterococo Resistente à Vancomicina (VRE);
- *Strenotrophomonas maltophilia*;
- *Serratia marscensens*;
- Pneumococo Resistente à Penicilina, Macrólidos e Fluoroquinolonas (MDRSP);
- *Bunkholdenia cepacia*;
- *Ralstonia pickettii*.

Situações clínicas adicionais:

- Diarreia, até à identificação do agente, ou quando documentada ser causada por *Clostridium difficile* (em que são exigidas precauções adicionais), Rotavírus, Norovírus;
- Hepatite A, face à partilha de casa de banho
- Impetigo;
- Infecção por Herpes simplex mucocutâneo ou neonatal;
- Vírus da Conjuntivite aguda hemorrágica.

Isolamento de Contacto vs Precauções Especiais de Contacto

Nos procedimentos de isolamento por contacto distinguem-se o Isolamento de Contacto propriamente dito e as Precauções Especiais de Contacto.

Ambos requerem o mesmo tipo de utilização de EPI's e a individualização dos equipamentos de uso clínico. A diferença reside no facto de no Isolamento de Contacto propriamente dito é necessária a individualização do quarto ou a associação em coorte, o que não se passa nas Precauções Especiais de Contacto.

O Isolamento de Contacto está indicado sempre que se documente colonização ou infecção por um microrganismo epidemiologicamente significativo.

As Precauções Especiais de Contacto estão indicadas sempre que se suspeite de colonização ou infecção por um microrganismo epidemiologicamente significativo enquanto decorrem os estudos de colonização adequados, ou sempre que, existindo indicação para Isolamento de Contacto, não é possível a sua alocação em quarto individual (por exemplo, na necessidade de internamento em ambiente de cuidados intermédios).

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS

5.1 COLOCAÇÃO DO PACIENTE

A implementação de medidas de Isolamento pode ser efectuada pelo médico ou enfermeiro responsáveis pelo doente ou pela Comissão de Controlo da Infecção.

Isolamento de Contacto

- Colocar o doente em quarto individual (sem necessidade de variação da pressão do ar ambiente). Se tal não for possível colocar 2 doentes com o mesmo microrganismo isolado (coorte).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Dr. Carlos Palos	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data:30/04/2010	Data: 30/04/2013

- O Isolamento de Contacto está indicado sempre que se documente colonização ou infecção por um microrganismo epidemiologicamente significativo.

Precauções Especiais de Contacto

- As Precauções Especiais de Contacto estão indicadas sempre que se suspeite de colonização ou infecção por um microrganismo epidemiologicamente significativo enquanto decorrem os estudos de colonização adequados, ou sempre que, existindo indicação para Isolamento de Contacto, não é possível a sua alocação em quarto individual.
- Neste caso é necessário garantir:
 - Separação física de outros doentes por cortina/biombo e, pelo menos, 1 metro de distância entre si;
 - Utilização de EPI's adequados e de material de uso clínico individualizado para o doente em questão.

5.2 EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

- LUVAS

Utilizar luvas simples sempre que estiver em contacto com o doente (mesmo no contacto com pele intacta) ou com o ambiente do doente (superfícies, objectos).

Colocar as luvas imediatamente antes de entrar no quarto do doente (se possível) e descartá-las em saco branco antes de sair do quarto, higienizando adequadamente as mãos antes de abandonar o quarto.

- BATA/AVENTAL

Utilizar bata sempre que for previsto o contacto com o doente ou com o ambiente directo do doente. O avental poderá ser utilizado em alternativa para contacto que não envolva os antebraços.

Descartar a bata e avental para saco branco, antes de sair do quarto do doente.

Após remover o EPI ter o cuidado de não contaminar a farda ao sair do quarto.

- MÁSCARA

Não é necessária a utilização de máscara para situações de isolamento de contacto.

5.3 TRANSPORTE DO DOENTE

- Limitar a deslocação do paciente para o exterior do seu quarto estritamente por motivos de necessidade clínica.
- Em caso da deslocação ser inevitável:
 - Assegurar que as áreas colonizadas ou infectadas do doente estão cobertas e protegidas;
 - Descartar EPI's utilizados e efectuar a correcta higienização das mãos, antes de iniciar o transporte do doente em isolamento de contacto e colocar novos EPI's no destino, quando for novamente necessário o contacto com o doente;
 - Informar o serviço de destino de que o doente apresenta indicação para este tipo de isolamento afim de que seja feita adequada programação por parte desse serviço;
 - Garantir a correcta higienização do ambiente (objectos e superfícies) com o qual o doente contacte, assim como a utilização adequada de EPI's por outros profissionais de saúde que contactem com o doente directamente.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Dr. Carlos Palos	Dr. Carlos Palos	
	Data: 30/04/2010	Data:30/04/2010	Data: 30/04/2013

5.4 EQUIPAMENTO E MATERIAL

- Disponibilizar material clínico individualizado (termómetro, monitor de pressão arterial, contentor de corto-perfurantes, bacia de lavagem, etc) e utilizar dispositivos e equipamento não crítico descartável - sempre que seja possível.
- Se não for possível implementar materiais/dispositivos individuais e se for necessário o uso comum com outros doentes, dever-se-á garantir a descontaminação e desinfecção dos mesmos após a utilização pelo doente infectado, de acordo com os Procedimentos de Limpeza e Desinfecção do Ambiente Hospitalar, constantes deste Manual (clique aqui para aceder a este documento).
- Transportar os materiais/dispositivos não críticos reutilizáveis em sacos de plástico até à zona de sujos onde são descontaminados e desinfetados - não os transportar a descoberto.

5.5 CONTROLO AMBIENTAL

- Garantir a correcta descontaminação e desinfecção do ambiente e equipamento do doente infectado: limpar (água morna e detergente) e desinfetar (álcool a 70º ou toalhetes específicos para o efeito) o ambiente do paciente (mobiliário, cama, grades, WC, puxadores portas, etc)- no mínimo 1 vez por dia (actividade a ser executada pelos Auxiliares de Acção Médica do Serviço do doente).
- Após a alta do doente infectado o processo de descontaminação do ambiente deve executar-se de forma igual mas utilizando como desinfectante: Hipoclorito de Sódio na diluição 1.000ppm.

5.6 KIT DE ISOLAMENTO

- O Kit de Isolamento é um conjunto virtual que permite (clique aqui para aceder ao Kit de Isolamento) implementar as seguintes medidas de forma a garantir o cumprimento do processo:
- Colocar no exterior, à entrada do quarto uma mesa (ou outro equipamento com a mesma funcionalidade) com o material:
 - Caixa de luvas não estéreis;
 - Batas.
- Identificar Isolamento através de Poster de Isolamento para transmissão por contacto (Porta ou superfície vertical próxima);
- Fornecer folheto informativo sobre procedimentos de prevenção da infecção por transmissão por contacto aos familiares;
- Fazer ensinamentos (enfermeiros e médicos) aos familiares sobre precauções básicas e precauções específicas deste tipo de isolamento. Incidir especialmente na correcta utilização de EPI's e na higienização das mãos com solução anti-séptica alcoólica (indicações);
- Individualizar material clínico reutilizável nomeadamente: termómetro, esfigmomanómetro, estetoscópio, manga de pressão, contentor de corto-perfurantes;

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Dr. Carlos Palos Data: 30/04/2010	Dr. Carlos Palos Data:30/04/2010	Data: 30/04/2013

- Colocar no interior do quarto, junto à entrada, caixote de lixo com saco branco;
- Colocar no interior do quarto saco para roupa contaminada;
- Assegurar a existência de solução anti-séptica alcoólica e de solução anti-séptica aquosa (sabão) dentro do quarto.

5.7 DESCONTINUAÇÃO DAS MEDIDAS

- A descontinuação das medidas de isolamento só pode ser efectuada pela Comissão de Controlo de Infecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDC - "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007" - Junho 2007

PNCI - "Recomendações para Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão"

OMS- "WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care" - 2009

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica Dr. Carlos Palos Data: 30/04/2010	Dr. Carlos Palos Data:30/04/2010	Data: 30/04/2013

ANEXO IV - PROCEDIMENTO – PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTE DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULA

PROCEDIMENTO N.º	3
POLÍTICA N.º	6
ÁREA	PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO
DATA	ABRIL 2009

1. NOME:

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTES DA VIA TRANSMISSÃO -
ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULA

2. OBJECTIVO

PREVENIR A TRANSMISSÃO DA INFECCÃO POR MICROORGANISMOS EPIDEMIOLOGICAMENTE IMPORTANTES ATRAVÉS DE CONTACTO DIRECTO E INDIRECTO PELA TRIÁDE PROFISSIONAL DE SAÚDE/PACIENTE/AMBIENTE

3. PARTICIPANTES:

TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL DA LUZ

4. NOTAS TÉCNICAS:

As Precauções de Isolamento para prevenir a transmissão da infecção por GOTÍCULA devem ser aplicadas a todos os doentes com infecção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por partículas com dimensões > 5 µm.

Estas partículas podem ser originadas por tosse, espirro ou fala e percorrem distâncias até 1m.

Aplicam-se a doentes com diagnóstico ou suspeita de:

- Streptococcus grupo A (em crianças e adultos)
- Gripe (Influenzae)
- Meningite por Haemophilus influenzae e Neisseria meningitidis
- Meningococemia (Sépsis a meningite)
- Parotidite (Paramixovirus)
- Tosse convulsa (Bordella pertussis)
- Difteria faríngea (Corynebacterium diptheriae)
- Rubéola (Rubella virus)
- Pneumonia a Haemophilus influenzae (crianças), Mycoplasma e Adenovirus
- VSR (crianças)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/04/09	Data: 20/05/2010	Data: 20/05/13

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS

5.1 COLOCAÇÃO DO DOENTE

- Colocar o doente em quarto individual. Se tal não for possível colocar 2 doentes com o mesmo microrganismo isolado (coorte).
- Se existirem vários doentes com a mesma necessidade de isolamento e não existirem quartos individualizados para todo, dar prioridade aos doentes que apresentem tosse e produção de secreções/expectoração em grau elevado.
- Caso seja absolutamente necessário colocar o doente com precauções de transmissão via gotícula com outro doente sem necessidades especiais de protecção (por ex. Unidade de Cuidados de Intermédios) assegurar que:
 - Os pacientes estão fisicamente separados por 1 metro de distância entre si;
 - Presença de cortina corrida entre os dois (de forma a minimizar as oportunidades de contacto directo);
 - Trocar EPI's e efectuar uma correcta higienização das mãos entre doentes, independentemente das medidas de isolamento a aplicar em cada um.

5.2 EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

- MÁSCARA CIRÚRGICA
Colocar máscara cirúrgica antes de entrar no quarto (ambiente do doente) – estas devem estar disponíveis próximas à entrada do quarto. Todos devem utilizar este EPI – profissionais de saúde acompanhantes e visitas.
- MÁSCARA COM VISEIRA (acréscimo de protecção ocular)
O seu uso é um assunto não resolvido em termos de recomendações mundiais pelo que se aconselha a sua utilização em procedimentos com risco elevado de contacto de gotículas com a mucosa ocular (contacto muito próximo) – aspiração de secreções, entubação endotraqueal, entubação nasogástrica, entre outros.
- LUVAS
Utilizar luvas de acordo com o previsto nas precauções básicas.
- AVENTAL OU BATA
Utilizar avental ou bata de acordo com o previsto nas precauções básicas.

5.3 TRANSPORTE DO PACIENTE

- Limitar a deslocação do doente para o exterior do seu quarto estritamente por motivos de necessidade clínica.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/04/09	Data: 20/05/2010	Data: 20/05/13

- Em caso da deslocação ser inevitável:
 - Instruir o doente sobre o cumprimento de higiene respiratória (prevista nas precauções básicas);
 - O doente deve ausentar-se do quarto com máscara cirúrgica colocada e preservá-la durante todo o período da sua deslocação;
 - Os profissionais de saúde que acompanham ou contactam com o doente (durante o período de deslocação) não necessitam de utilizar máscara cirúrgica ou qualquer outro tipo de proteção respiratória.

5.4 KIT DE ISOLAMENTO

Implementar as seguintes medidas de forma a garantir o cumprimento do processo:

- Colocar à entrada do quarto uma mesa (ou outro equipamento com a mesma funcionalidade) com o material:
- ◦Caixa com máscaras cirúrgicas com e sem viseira (colocar 10 máscaras de cada para facilitar a contagem para motivos de débito).
- Identificar Isolamento através de Poster de Isolamento para transmissão por contacto (Porta ou superfície vertical próxima).
- Fornecer folheto informativo sobre procedimentos de prevenção da infeção por transmissão por contacto aos familiares.
- Fazer ensinios sobre precauções básicas e precauções específicas deste tipo de isolamento – incidir especialmente na correcta utilização de EPI's e na higienização das mãos com solução anti-séptica alcoólica (indicações).
- Disponer imediatamente à entrada do quarto: caixote de Lixo com saco Branco.
- Colocar no interior do quarto saco para roupa contaminada.
- Assegurar a existência de solução anti-séptica alcoólica e de solução anti-séptica aquosa (sabão) dentro do quarto.
- Colocar no interior do quarto saco para roupa contaminada.

5.5 DESCONTINUAÇÃO DAS MEDIDAS

- Descontinuar medidas de isolamento quando existir essa indicação por parte da equipa médica ou membros da comissão de controlo de infeção.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/04/09	Data: 20/05/2010	Data: 20/05/13

ANEXO V - PROCEDIMENTO – PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTE DA VIA DE TRANSMISSÃO – ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR AEROSSOL

PROCEDIMENTO N.º	2
POLÍTICA N.º	6
ÁREA	PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO
DATA	ABRIL 2009

1. NOME:

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DEPENDENTES DA VIA TRANSMISSÃO -
ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR AEROSSOL

2. OBJECTIVO

PREVENIR A TRANSMISSÃO DA INFECCÃO POR MICROORGANISMOS EPIDEMIOLÓGICAMENTE IMPORTANTES ATRAVÉS DE CONTACTO DIRECTO E INDIRECTO PELA TRÍADE PROFISSIONAL DE SAÚDE/PACIENTE/AMBIENTE

3. PARTICIPANTES:

TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL DA LUZ

4. NOTAS TÉCNICAS:

As Precauções de Isolamento para prevenção da transmissão da infecção por GOTÍCULA devem ser aplicadas a todos os doentes com infecção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensões $<5\mu\text{m}$, que uma vez propelidas podem percorrer longas distâncias suspensas no ar. capazes de percorrer distâncias superiores a 1m.

Estes núcleos de partículas podem ser emitidos pela tosse ou no decurso de procedimentos geradores de aerossóis, como por exemplo: broncoscopias, indução da tosse para colheita de expectoração, manobras respiratórias invasivas - intubação endotraqueal, aspiração de secreções, manipulação de micobactérias em laboratório, etc.

Aplicam-se a doentes com diagnóstico ou suspeita de:

- Tuberculose respiratória,
- Varicela ou Herpes Zoster disseminado ou localizado em doentes imunodeprimidos

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI-colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/04/09	Data: 20/05/2010	Data: 20/05/13

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS

5.1 COLOCAÇÃO DO PACIENTE

- Mal seja triado/identificado ou sinalizado um doente com necessidade de isolamento, o mesmo deve ser imediatamente isolado dos outros doentes – por ex: gabinete de observação – e deve colocar uma máscara cirúrgica.
- Logo que possível, colocar o doente em quarto individual com pressão NEGATIVA, mantendo a porta fechada. Se não existir quarto disponível com estas características ponderar transferência do paciente para outra unidade de saúde que possa garantir este tipo de isolamento.
- Dentro do quarto com as características adequadas o doente não necessita manter a máscara cirúrgica, podendo removê-la.
- Restringir a entrada no quarto do doente a profissionais susceptíveis ou não imunizados aos microrganismos acima referidos.
- Restringir as visitas a 2 pessoas de referência por período de visita.

5.2 EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

- MÁSCARA
Utilizar um RESPIRADOR P2 (**máscara “Bico de Pato” Amarela**) e colocá-lo antes de entrar no quarto do paciente, estes EPI´s devem estar disponíveis à entrada.
Todos devem utilizar este EPI – profissionais de saúde, acompanhantes e visitas.
- AVENTAL, BATA E LUVAS
Utilizar estes EPI's de acordo com o previsto nas precauções básicas.

5.3 TRANSPORTE DO PACIENTE

- Limitar a deslocação do doente para o exterior do seu quarto estritamente por motivos de necessidade clínica.
- Em caso da deslocação ser inevitável:
 - Instruir o doente sobre o cumprimento das medidas de higiene respiratória (prevista nas precauções básicas);
 - O doente deve ausentar-se do quarto com máscara cirúrgica ou máscara “Bico de Pato” branca (não confundir com o respirador P2 – máscara “Bico de Pato” Amarela) colocada e preservá-la durante todo o período da sua deslocação;
 - Os profissionais de saúde que acompanham ou contactam com o doente (durante o período de deslocação) não necessitam de utilizar máscara cirúrgica ou qualquer outro tipo de protecção respiratória;

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI-colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/04/09	Data: 20/05/2010	Data: 20/05/13

- Doentes que apresentem lesões cutâneas associadas à infecção por Varicela, Sarampo ou Tuberculose devem protegê-las de forma a impedir o contacto ou aerosolização do agente infeccioso através da lesão.

5.4 KIT DE ISOLAMENTO

O Kit de Isolamento é um conjunto virtual que permite (clique aqui para aceder ao Kit de Isolamento) implementar as seguintes medidas de forma a garantir o cumprimento do processo:

- Colocar no exterior, na antecâmara, uma mesa (ou outro equipamento com a mesma funcionalidade) com o material seguinte:
 - Caixa com máscaras cirúrgicas ou máscaras com filtração bacteriana "Bico de Pato" brancas (colocar 10 máscaras de cada para facilitar a contagem para motivos de débito) – para o paciente.
 - Caixa com Respiradores P2 (colocar 10 respiradores de cada vez para facilitar a contagem para motivos de débito) – para os profissionais de saúde e acompanhantes;
- Identificar Isolamento através de Poster de Isolamento para transmissão por aerossol (Porta da antecâmara ou superfície vertical próxima);
- Fornecer folheto informativo sobre procedimentos de prevenção da infecção por transmissão por aerossol aos familiares;
- Fazer ensinios (enfermeiros e médicos) aos familiares sobre precauções básicas e precauções específicas deste tipo de isolamento. Incidir especialmente na correcta utilização de máscaras P2 e na higienização das mãos com solução anti-séptica alcoólica (indicações);
- Individualizar material clínico reutilizável nomeadamente: termómetro, esfigmomanómetro, estetoscópio, manga de pressão, contentor de corto-perfurantes;
- Colocar no interior do quarto, junto à entrada, caixote de lixo com saco branco;
- Colocar no interior do quarto saco para roupa contaminada;
- Assegurar a existência de solução anti-séptica alcoólica e de solução anti-séptica aquosa (sabão) dentro do quarto.

5.5 DESCONTINUAÇÃO DAS MEDIDAS

- Descontinuar medidas de isolamento quando existir essa indicação por parte da equipa médica ou membros da comissão de controlo de infecção.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI-colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/04/09	Data: 20/05/2010	Data: 20/05/13

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDC - "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007" - Junho 2007

PNCI - "Recomendações para Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão"

OMS- "WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care" - 2009

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo – CCI-colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/04/09	Data: 20/05/2010	Data: 20/05/13

ANEXO VI - PROCEDIMENTO – LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR

PROCESSO N.º	1
POLÍTICA N.º	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR
ÁREA	PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO
DATA	ABRIL 2010

1. NOME:

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR

2. OBJECTIVOS:

- PREVENIR A TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO PELO AMBIENTE HOSPITALAR
- DEFINIR MÉTODOS DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS SUPERFÍCIES E EQUIPAMENTO HOSPITALAR

3. PARTICIPANTES:

AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA E ENFERMEIROS

4. NOTAS TÉCNICAS:

A limpeza e manutenção das instalações e equipamentos que constituem o ambiente hospitalar, são medidas fundamentais para a prevenção da transmissão de infecção e para o controlo da qualidade do ambiente hospitalar.

Um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infecção para os doentes e para os profissionais, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e o tipo de microrganismos presentes (Vertente Microbiológica).

Contribui também para uma sensação de conforto por parte dos doentes e confere qualidade às condições de trabalho dos profissionais (Vertente Não Microbiológica).

A desinfecção de superfícies por rotina não está indicada, uma metodologia de descontaminação correcta (água quente e detergente) consegue remover entre 80-85% dos microrganismos presentes e o tempo de recontaminação dessa mesma superfície é igual existindo desinfecção posterior ou não.

O uso de desinfectantes de forma incorrecta gera problemas de risco ambiental e de saúde de profissionais e doentes, podendo também danificar superfícies e materiais por processos de corrosão e abrasão.

Elaborado por

Enf.ª Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Data: 08/04/2010

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //09

A Rever em

Data: 08 /04/12

4.1 LIMPEZA

A limpeza consiste na acção de remoção de sujidade por meios químicos, mecânicos ou térmicos com a função de verificação e manutenção da aparência das superfícies; acção de redução da contaminação de microrganismos transitórios.

- Meio Químico - Acção de produtos com propriedades de dissolução, dispersão e suspensão da sujidade;

- Meio Mecânico - Acção obtida pelo meio de esfregar manualmente ou pela pressão de uma máquina de lavar, permitindo a remoção da sujidade;

- Meio Térmico - Acção pelo calor , o qual reduz a viscosidade da gordura, tornando-a mais fácil de remover. Sempre que a temperatura for alta e aplicada tempo suficiente, ela também poderá ter (por si só) uma acção desinfectante ou esterilizante.

Cada superfície deve ser limpa de acordo com a sua utilização, método e produto adequado.

Ao considerar os procedimentos de Limpeza devemos definir os seus diversos aspectos:

- LIMPEZA POR ETAPAS

A Limpeza tem 3 etapas: Limpeza propriamente dita, Enxaguamento e Secagem.

O Enxaguamento garante a remoção do excesso de detergente e a eliminação da emulsão onde estão suspensos os resíduos.

A secagem garante a ausência da humidade favorável ao aparecimento e fixação de microrganismos.

- LIMPEZA POR FREQUÊNCIA

- Limpeza Diária (D)- Limpeza realizada diariamente e inclui limpeza e arrumação simplificadas;

- Limpeza Semanal (S)- Limpeza realizada pelo menos 1 vez por semana;

- Limpeza global "Mensal e Anual" (M e A)- Limpeza mais completa e de fundo que contempla superfícies de difícil acesso ou tratamento - tectos, cortinas, sofás, etc. cuja periodicidade deve ser definida tendo em conta as características particulares de utilização de cada lugar;

- Limpeza Imediata (AA, AU) - Limpeza do quarto após a alta do doente ou utilização de equipamento entre doentes. Limpeza realizada quando ocorre salpicos ou derramamento de produtos biológicos (sangue ou matéria orgânica) em qualquer altura do dia.

- LIMPEZA POR CLASSIFICAÇÕES DE ÁREAS

As áreas do hospital podem ser classificadas por tipologia de utilização por parte dos doentes/acompanhantes e por tipologia de actividades desenvolvidas:

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf.ª Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

TIPO DE ÁREA	CARACTERIZAÇÃO	HOSPITAL	INTERVENIENTES
ÁREA NÃO CRÍTICA	Zonas Comuns, onde não se realizam cuidados de saúde.	- Salas de Visitas/Espera; - Salas e Gabinetes dos Administrativos; - Elevadores; - Escadas; - Recepção	EPSL
ÁREA SEMI-CRÍTICA (GERAL)	Zonas Comuns, onde não se realizam cuidados de saúde.	- Salas de Registos; - Salas de Médicos; - Salas de Espera AMP	EPSL
ÁREA SEMI-CRÍTICA (GERAL)	Todas as zonas ocupadas ou utilizadas por doentes e onde se realizam procedimentos de risco reduzido.	- Salas de Enfermagem (preparação de medicação); - Gabinetes de Consulta; - Salas de Banhos de RN;	AAM EPSL Enfermeiros (supervisão)
ÁREA SEMI-CRÍTICA (ESPECIAL)	Zonas de armazenamento de resíduos hospitalares com risco biológico (Grupos III e IV).	- Salas de Sujos; - Salas de Armazenamento de Lixo.	AAM EPSL Enfermeiros (supervisão)
ÁREA CRÍTICA (GERAL)	Zonas em que existe maior risco de transmissão de infecção, locais onde se realizam procedimentos de risco e/ou onde se encontram doentes com risco biológico aumentado.	- Quartos de doentes que estiveram em isolamento (colonizados ou infectados por MES); - Boxes UCI; - Salas de Tratamento; - UCN; -	AAM EPSL Enfermeiros (supervisão)
ÁREA CRÍTICA (ESPECIAL)	Zonas com grande especificidade de procedimentos realizados e de considerável risco biológico, devendo ter plano de limpeza e desinfecção próprio.	- Salas de Bloco Operatório; - Sala de Preparação de Citostáticos; -	AAM EPSL Enfermeiros (supervisão)

(Adaptado de *Fernandes, Amadeu* 2000)

AAM – Auxiliares de Acção Médica; EPSL – Empresa prestadora de Serviços de Limpeza.

- TÉCNICA DE LIMPEZA

A limpeza responde a vários princípios técnicos:

- Orientação horizontal - Da zona mais afastada para a mais próxima da saída;

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf. ^a Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

- Orientação Vertical - De cima para baixo, das superfícies que se encontram mais afastadas do chão para as que se encontram mais próximas;

- Orientação Limpo-Sujo - Limpar primeiro as zonas que se encontram mais limpas e progredir para as mais sujas;

- Não levantar pó - Fazer limpeza por meios húmidos, não utilizar materiais ou técnicas de limpeza que levistem ou dispersem o pó;

- Secar adequadamente - Depois da limpeza as superfícies devem ficar o mais secas possível. Nunca deixar uma superfície/equipamento ou pavimento molhados ou húmidos, uma vez que o meio líquido favorece o desenvolvimento de microrganismos.

4.2 DETERGENTES

O detergente é um produto utilizado para limpeza, contendo tensioactivos destinados a favorecer a eliminação da sujidade visível através da água (emulsionam gorduras e mantêm resíduos em suspensão).

O detergente não destrói os microrganismos por acção directa, mas por desagregação da sujidade das superfícies em suspensão na solução de lavagem.

Após a utilização de um detergente as superfícies ficam visivelmente limpas mas não desinfectadas.

As fichas técnicas destes produtos encontram-se em Anexo 1.

São detergentes utilizados no hospital:

PRODUTO	UTILIZAÇÃO
Detergente multiusos	Superfícies:
Nome Comercial: TASKI Sprint 200®	50ml em 10L de água
	Pavimentos:
	50ml em 10L de água

O desperdício da solução diluída de detergente deve ser feito para a canalização comum em simultâneo com água corrente (de forma a aumentar a diluição) e nunca na sua forma pura ou apenas com a 1ª diluição.

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf.ª Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

4.3 DESINFECÇÃO

A desinfecção consiste na operação de eliminar, reduzir ou inactivar microrganismos indesejáveis em meios inertes. Os resultados são limitados aos microrganismos presentes no momento da operação (momentâneo).

A desinfecção deve ser SEMPRE precedida pela limpeza - garantindo o cumprimento as suas 3 etapas: limpeza enxaguamento e secagem.

A desinfecção utiliza-se a diferentes níveis:

- Desinfecção de superfícies;
- Desinfecção de material e instrumentos (remete-se para Procedimento N^oX da política de tratamento material e dispositivos médicos);
- Desinfecção mecânica de material termo-sensível (remete-se para Procedimento N^oX da política de tratamento material e dispositivos médicos);

4.4 DESINFECTANTES

Produtos desinfectantes utilizados no hospital:

Dicloroisocianurato de sódio
Nome Comercial: Presept®
Pastilhas 2,5gr

Desinfecção Terminal em Quarto de doente em Isolamento:
Concentração 1000ppm
Diluição: 4Pastilhas em 5L de água

Pequeno derramamento de sangue e matéria orgânica (NÃO urina):
Concentração 10.000ppm
Diluição: 7Pastilhas em 1L de água

Grande derramamento de sangue e matéria orgânica (Não urina):
Grânulos (não diluir)

Álcool a 70°

Aplicação directa, não diluir.

Nome Comercial: Pulvispray®

Toalhetes impregnados com detergente
Nome Comercial:

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf. ^a Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

Condições de utilização dos Desinfectantes:

- Conhecer a ficha técnica do produto;
- Respeitar as indicações de utilização (Procedimento);
- Respeitar as dosagens e diluições recomendadas (subdosagem é ineficaz, sobredosagem pode danificar o material e prejudicar gravemente a saúde de quem o manipula);
- Respeitar tempos de contacto e temperatura da água de diluição;
- Respeitar datas de validade, e conservação do produto após a abertura (datar abertura nos frascos é muito importante);
- Utilizar embalagens de origem

Não devem ser utilizados dispersores ou borrifadores com a solução diluída de desinfectante por risco de produção de aerossóis (recomendação do fabricante).

O desperdício da solução diluída de desinfectante deve ser feito para a canalização comum em simultâneo com água corrente (de forma a aumentar a diluição) e nunca na sua forma pura ou apenas com a 1ª diluição.

As fichas técnicas dos desinfectantes encontram-se em anexo X.

4.5 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS

O Hospital possui uma grande diversidade de equipamentos, a sua limpeza e desinfeção é condicionada pelas suas características físicas e materiais, assim como pelas indicações do fabricante.

È obrigatório conhecer as indicações do fabricante antes de aplicar um produto ou executar a limpeza/desinfeção de um equipamento.

O uso incorrecto/desadequado dos produtos de limpeza poderá resultar em dano/má função ou mesmo inutilização do equipamento.

Procede-se à discriminação dos equipamentos mais comuns e respectivas técnicas de limpeza/desinfeção e produtos adequados:

Equipamento/Materiais	Frequência	Método		Responsabilidade	Comentários
		Limpeza	Desinfeção		
Almofadas	AA	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	--	AAM	
Aparelho de Gasimetria	S	Toalhetes c/detergente	Álcool 70º	AAM	Limpar e desinfectar em seguida.
Armários de Medicação	S	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Dicloro-isocianurato de sódio	AAM/EP SL	Limpeza das superfícies exteriores pela EP SL (diária). Limpeza Interior do armário pelas AAM.
Bacias de higiene	AU	Detergente Multiusos	Álcool 70º	AAM	Secar invertidas. Em caso de utilização em

Elaborado por

Enf.ª Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Data: 08/04/2010

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //09

A Rever em

Data: 08 /04/12

					doente em isolamento por Clostridium <i>difficile</i> deverá ser enviada para a CE para Desinfecção Térmica.
Balanças (Pediátricas, de coluna, etc)	AU	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Dicloro-socianurato de sódio	AAM	
Bombas Infusoras / Serinfas Infusoras (conectadas ou não ao doente)	D AA	Toalhetes c/detergente	** Álcool 70°	AAM	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais dos sistemas de refrigeração e entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante. Deixar secar pelo menos 1 minuto antes de activar novamente a seringa. Por razões de segurança desligar os cabos de alimentação aquando da limpeza/desinfecção.
Braçadeiras de Pressão (Automáticas e de Esfigmomanómetros)	D AU	--	Álcool 70°	AAM	
Brinquedos (AMP e 4HA, Consultas e Gabinetes de Terapia Infantil)	AU	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	Fricção com Álcool 70°	AAM	Após a limpeza e desinfecção do brinquedo com álcool, o mesmo deve ser colocado num saco transparente de forma a estar identificado como limpo. Os pais e criança devem ser instruídos no sentido de colocar o brinquedo no recipiente dos “brinquedos utilizados” após a sua utilização.
Cadeiras de Rodas	S E sempre que visivelmente sujas	Detergente Multiusos + Panos descartáveis		AAM	Incluir limpeza às rodas
Caixotes de Resíduos GI e GII	S	Detergente	-	EPSL	Após a remoção do saco.
Caixotes de Resíduos GIII e GIV	D	Toalhetes c/detergente ou Detergente Multiusos + Panos descartáveis		AAM	Após a remoção do saco.
Caixotes de Resíduos Recicláveis	S	Detergente		EPLS	
Camas	AA	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Dicloro-isocianurato de sódio	AAM	

Elaborado por

Aprovado por

A Rever em

 Enf.^a Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Dr. Carlos Palos

Data: 08/04/2010

Data: //09

Data: 08 /04/12

		Todas as áreas referidas na limpeza diária + Base da cama (após remoção do colchão); Suporte da cama.	As mesmas áreas referidas na limpeza terminal (Após limpeza e secagem).		
Camas	D	Toalhetes c/detergente ou Detergente Multiusos + Panos descartáveis Todos os comandos da cama; Barras de apoio laterais (devem ser ajustas na posição superior antes de limpar); cabeceira e pés da cama.	-	AAM	Em isolamento de contacto deverá ser feita uma desinfecção diária com álcool dos mesmos constituintes da cama que foram limpos (excepto se se estiver na presença de um isolamento por <i>Clostridium difficile</i>)
Carros de Higiene	AU	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Dicloro-isocianurato de sódio	AAM	Incluir limpeza às rodas
Carros de Medicação	S	Toalhetes c/detergente ou Detergente Multiusos + Panos descartáveis	-	AAM	Incluir limpeza às rodas.
Carros de Reanimação	D	Toalhetes c/detergente ou Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Dicloro-isocianurato de sódio	AAM	Incluir limpeza às rodas.
Carros de Roupa	S	Toalhetes c/detergente ou Detergente Multiusos + Panos descartáveis	-	AAM	Incluir limpeza às rodas.
Carros onde se encontra material para isolamento de doente	D	--	Álcool 70° +	AAM	+ Excepto se isolamento por <i>Clostridium difficile</i> , neste caso utilizar Dicloroisocianurato de sódio
Colchões Flex2000®	AA	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Álcool 70°+	AAM/ LAVANDARIA	+ Excepto se isolamento por <i>Clostridium difficile</i> , nesse caso, proceder a lavagem mecânica da capa, na Lavandaria.

Elaborado por

 Enf.ª Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Data: 08/04/2010

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //09

A Rever em

Data: 08 /04/12

Colchões Linet® (UCI)	AA	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Álcool 70°	AAM	OBRIGATÓRIO O ENXAGUAMENTO COM ÁGUA LIMPA APÓS A APLICAÇÃO DO DESINFECTANTE
Colchões Tempur® (Anti-escaras)	AA	Detergente Multiusos + Panos descartáveis É aconselhada 1 lavagem mecânica da capa, entre cada doente.	--	AAM/ LAVANDARIA	NÃO SE PODE UTILIZAR ÁLCOOL PARA A DESINFECÇÃO.
Cortinados dos Quartos de Internamento	A E sempre que visivelmente sujos	--	--	LAVANDARIA	Enviar em saco correspondente (branco para não contaminados e vermelho para contaminados) e fechado para a Lavandaria.
Cortinas de separação	6/6MESES E sempre que visivelmente sujas	--	--	LAVANDARIA	
Desfibrilhador HeartStart MRx (UCI, AMP e Bloco) E HeartStart XL (Serviços de Internamento)	D AU	Toalhetes c/detergente	** Álcool 70°	AAM	<p>Por razões de segurança desligar o aparelho antes da limpeza/desinfecção.</p> <p><u>Superfícies externas, Cabos da Bateria e Cartão de memória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpeza com toalhetes com detergente ou solução de detergente multiuso; - Desinfecção com Álcool a 70°. <p><u>Cabos de desfibrilhação e pás externas e internas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpeza com toalhetes com detergente ou solução de detergente multiuso; - Desinfecção com Álcool a 70°. <p><u>Cabo de ECG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpeza com toalhetes com detergente ou solução de detergente multiuso; - Apenas se necessário, proceder à desinfecção com Dicloro-isocianurato de sódio a 1%. NÃO APLICAR ÁLCOOL NO CABO DE ECG.

Elaborado por

 Enf.ª Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Data: 08/04/2010

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //09

A Rever em

Data: 08 /04/12

					As Pás Eléctrodo Multifunções (adesivas) e os eléctrodo de monitorização são descartáveis pelo que não podem ser reprocessadas.
Dispensadores de SABA (Solução Alcoólica) (Serviços e Quartos de Doentes)	D	Detergente Multiusos + Panos descartáveis		AAM	A substituição de dispensadores usados por novos deverá ser feita de 3/3frascos.
Dispensadores de Sabão Neutro (Serviços e Quartos de Doentes)	D	Detergente Multiusos + Panos descartáveis		AAM	
Equipamento de Administração de Oxigénio e Aspiração de Secreções (todos os componentes reutilizáveis)	D AU	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Álcool 70°	AAM	
Equipamento de Administração de Oxigénio e Aspiração de Secreções - PORTÁTEIS (todos os componentes reutilizáveis como fluxómetros e suporte de botija)	S AU	Toalhetes c/detergente <u>ou</u> Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Álcool 70°	AAM	Incluir limpeza às rodas.
Frigoríficos Copa	S	Toalhetes c/detergente		AAM	DESCONGELAR E LIMPAR 1X POR MÊS
Frigoríficos Medicação	S	Detergente Multiusos + Panos descartáveis		AAM	Interior e exterior DESCONGELAR E LIMPAR 1X POR MÊS
Incubadoras	D	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	--	AAM	
Incubadoras	AU ou 5/5 dias	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	Pulvispray®	AAM	Requer desmontagem da Incubadora (consultar <i>Manual de Assistência Técnica da Incubadora</i>).
Jarro colector de urina	AU	Lavador de arrastadeiras	--	AAM	
Monitores Cardíacos	D AA	Toalhetes c/detergente <u>ou</u> Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Álcool 70°	AAM	Por razões de segurança desligar os cabos de alimentação aquando da limpeza/desinfecção. Cabos – Limpar cuidadosamente, pressão/flexão excessiva podem danificar os cabos; limpar no sentido da base para a ponta. Secar adequadamente no final. Ecrã - <u>Não</u> aplicar álcool, Dicloroisocianurato de sódio ou qualquer outro tipo de desinfectante no monitor.

Elaborado por

 Enf.^a Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Data: 08/04/2010

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //09

A Rever em

Data: 08 /04/12

Portas dos Serviços	D	Detergente	**	EPSL	
Recipiente de Brinquedos utilizados	D	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	Dicloro-isocianurato de sódio	AAM	Após a remoção de todos os brinquedos sujos.
Sanita WC doente	2xD AA	Detergente	Desinfetante	EPSL	
Sensores de oximetria	AU	Toalhetes c/detergente	Álcool 70°	AAM	
Sofás dos Quartos de internamento	** 3/3Meses E sempre que visivelmente sujos	-		EPSL	Necessário deslocar o sofá para sala onde possa ser processado.
Suportes de SABA (Solução Alcoólica)	D AA	Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Dicloro-isocianurato de sódio	AAM	
Suportes de Soros	S AA	Toalhetes c/detergente ou Detergente Multiusos + Panos descartáveis			
Teclados e Ratos	D	Toalhetes c/detergente	** Álcool 70°	AAM	
Tectos	M A	Detergente	**	EPLS	Limpeza profunda anualmente. Limpeza de pó mensalmente.
Urinóis	AU	Lavador de arrastadeiras	-	AAM	
Vidros	S – Face interna 3/3M – Face externa	Detergente	**	EPLS	
Ventiladores	D AA	Toalhetes c/detergente ou Detergente Multiusos + Panos descartáveis	** Álcool 70°		VISOR – NÃO UTILIZAR ÁLCOOL (PROVOCA FISSURAS NO PLEXIGLAS). NÃO SE PODE UTILIZAR DICLORO-ISOCIANURATO DE SÓDIO (Presept®) PARA DESINFECÇÃO DOS VENTILADORES.

D-Diária; **S** – Semanal; **M** – Mensal; **A** – Anual; **AA** – Após Alta e entre doentes; **AU** – Após Uso; **AAM** – Auxiliares de Acção Médica; **ELPS** – Equipa Prestadora de Serviços de Limpeza; ****** Apenas **SE** contaminado por matéria orgânica ou utilizado por doentes em isolamento de contacto.

4.6 UTILIZAÇÃO DE EPI'S

Elaborado por

Enf.^a Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Data: 08/04/2010

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //09

A Rever em

Data: 08 /04/12

PRODUTOS	LUVAS	AVENTAL	ÓCULOS/MÁSCARA COM VISEIRA
Detergente Multiusos Sprint®	x	x	
Desinfetante Presept®	X	x	x (Caso se preveja a produção de salpicos)
Desinfetante Pulvispray® (Incubadoras UCN)	x	x	x (Caso se preveja a produção de salpicos)
Álcool 70º	X	x	X (Caso se preveja a produção de salpicos)

4.7 MATERIAL

Considera-se material necessário para a realização da limpeza e desinfeção do ambiente:

- Toalhetes secos descartáveis;
- Toalhetes impregnados com detergente;
- Medidor de soluções líquidas pequeno (50ml);
- Medidor de soluções líquidas grandes (balde volumétrico);
- Recipientes para colocar a solução diluída;
- Caneta para identificar recipiente;
- Aventais de plástico descartáveis;
- Luvas descartáveis;
- Cartaz explicativo de diluições de detergentes e desinfetantes;

Cada serviço deve garantir a disponibilidade e preservação do material necessário, a utilização de materiais não recomendados ou a sua não disponibilidade poderá levar a incumprimentos no processo de limpeza e desinfeção do ambiente, comprometendo uma condição básica da prevenção e controlo de infeção.

4.8 RESPONSABILIDADES

São responsabilidades dos AAM:

- Executar procedimentos de limpeza de acordo com A Política de Limpeza e Desinfeção do Ambiente Hospitalar;
- Assegurar um ambiente limpo nas áreas que são da sua responsabilidade (ver ponto 4.1.3);

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf.ª Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

- Respeitar as condições de utilização de detergentes e desinfectantes;
- Utilizar EPI's de acordo com o regulamentado (ver ponto 4.5);
- Alertar o Enfermeiro Responsável do serviço sobre material/equipamento danificado (ou que não cumpra a sua função);
- Executar a Triagem correcta de Resíduos Hospitalares de acordo com os Procedimentos Nº1 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos I e II), Nº3 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos III e IV) e Nº7 (Resíduos Líquidos com Risco Biológico) do Manual da Direcção de Hotelaria (disponíveis na intranet em: G:\Comuns\Serviços Hoteleiros\Procedimentos\Tratamento de Resíduos);
- Executar a Triagem correcta de Roupa suja de acordo com o Procedimento Nº3 ("Acondicionamento de roupa suja") do Manual da Direcção de Hotelaria (disponível na intranet em: G:\Comuns\Serviços Hoteleiros\Procedimentos\Tratamento de roupa).

São responsabilidades dos Enfermeiros:

- Conhecer a Política de Limpeza e Desinfecção do Ambiente Hospitalar;
- Supervisionar o cumprimento dos processos de limpeza e desinfecção do ambiente hospitalar (superfícies e equipamentos) pelos AAM e pela EPSL;
- Alertar o Enfermeiro Responsável do serviço para situações de não conformidade ou de falha reincidente na política de limpeza e desinfecção instituída;
- Garantir a correcta triagem de Resíduos Hospitalares de acordo com os Procedimentos Nº1 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos I e II), Nº3 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos III e IV) e Nº7 (Resíduos Líquidos com Risco Biológico) do Manual da Direcção de Hotelaria (disponíveis na intranet em: G:\Comuns\Serviços Hoteleiros\Procedimentos\Tratamento de Resíduos);
- Garantir a correcta Triagem de Roupa suja de acordo com o Procedimento Nº3 ("Acondicionamento de roupa suja") do Manual da Direcção de Hotelaria (disponível na intranet em: G:\Comuns\Serviços Hoteleiros\Procedimentos\Tratamento de roupa).

4.9 ERROS GRAVES

Consideram-se erros graves:

- Utilização de panos de tecido para limpeza/desinfecção e seu processamento com qualquer tipo de produto;
- Mistura de solução de detergentes com pastilhas de desinfectante;
- Aplicação de detergente multiusos não diluído;
- Aplicação de desinfectante não diluído;
- Utilização de desinfectante nos visores de monitores e ventiladores;
- Reutilização de toalhetes descartáveis;
- Não utilização de EPI (luvas e avental) para a manipulação e utilização de detergentes e desinfectantes;
- Utilizar Solução Anti-séptica de base alcoólica (SABA) em substituição de álcool a 70%;

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf.ª Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS

5.1 SITUAÇÃO DE SALPICOS E PEQUENOS DERRAMES (<30ml) DE SANGUE OU MATÉRIA ORGÂNICA

O termo "matéria orgânica" refere-se a toda a matéria/fluídos produzidos pelo corpo, nomeadamente urina, fezes, pus, exsudados, expectoração, etc.

- Preparar solução de desinfectante, celulose e panos de limpeza descartáveis;
- Colocar EPI's (luvas e avental);
- Remover sangue ou matéria orgânica com panos de limpeza descartáveis embebidos em desinfectante, e descartar em caixote de resíduos GIII,
- Enxaguar e secar a superfície no final do procedimento.

5.2 SITUAÇÃO DE GRANDE DERRAME

- Providenciar celulose e panos de limpeza descartáveis;
- Colocar EPI's (luvas e avental);
- Aplicar grânulos sobre o derrame de modo a cobri-lo completamente (excepto em derramamento de urina, situação na qual se deve proceder à absorção do fluido derramado com celulose e posterior desinfecção com toalhetes descartáveis embebidos em desinfectante);
- Não inalar o pó;
- Deixar actuar pelo menos 2 minutos e depois remover, utilizando um pano descartável ou celulose;
- Enxaguar e secar a superfície no final do procedimento.

5.3 LIMPEZA DE UM QUARTO DE INTERNAMENTO APÓS ALTA

- Preparar solução de detergente, panos de limpeza descartáveis;
- Colocar EPI's (luvas e avental);
- Remover roupa contaminada e resíduos hospitalares (Grupos I, II, III);
- Descartar dispositivos médicos não reutilizáveis;
- Remover cortinas (se indicado) e sofá (se indicado);
- Iniciar a limpeza segundo orientação vertical (cima baixo) e horizontal (da janela para a porta):
Calha técnica → Braço mecânico → Monitores/Seringas perfusoras/Computador → Mesa de Apoio →
Mesa de cabeceira → Cama articulada → Colchão.
- Enxaguar e secar todas as superfícies e equipamentos;
- Descartar EPI's e higienizar as mãos;
- Solicitar limpeza à equipa de limpeza da empresa contratualizada - mobiliário, pavimento e w.c.(excepto se quarto de doente em isolamento);
- Colocar roupa de cama lavada e consumíveis dispensados (excepto se quarto de doente em isolamento).

Se doente em ISOLAMENTO, cumprir todos os passos anteriores e:

- Preparar solução desinfectante, panos de limpeza descartáveis;

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf. ^a Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

- Colocar EPI´s (luvas e avental);
- Iniciar a desinfecção segundo orientação vertical (cima baixo) e horizontal (do fundo do quarto para a porta);
- Respeitar compatibilidades de desinfetantes com as características dos equipamentos (descritas no Ponto 4.7). Em caso de dúvida consultar ficha dos materiais/equipamentos;
- Enxaguar (remover excesso de desinfetante com pano humedecido) e depois secar todas as superfícies e equipamentos;
- Descartar EPI´s e higienizar as mãos;
- Solicitar limpeza à equipa de limpeza da empresa contratualizada - mobiliário, pavimento e w.c.;
- Colocar roupa de cama lavada e consumíveis a dispensar.

5.4 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE UMA BOX DA UCI APÓS ALTA

- Preparar solução de detergente, panos de limpeza descartáveis;
- Colocar EPI´s (luvas e avental);
- Remover roupa contaminada e resíduos hospitalares (Grupos I, II, III);
- Descartar dispositivos médicos não reutilizáveis (aspirador, traqueias do ventilador, etc.);
- Iniciar a limpeza segundo orientação vertical (cima baixo) e horizontal (do fundo do quarto para a porta): Calha técnica → Braço mecânico → Monitores/Seringas perfusoras/Computador → Mesa de Apoio → Mesa de cabeceira → Cama articulada → Colchão.
- Enxaguar e secar todas as superfícies e equipamentos;
- Descartar EPI´s e higienizar as mãos;
- Solicitar limpeza à equipa de limpeza da empresa contratualizada - mobiliário, pavimento (excepto se quarto de doente em isolamento).
- Colocar roupa de cama lavada e consumíveis dispensados (excepto se quarto de doente em isolamento).

Se doente em ISOLAMENTO, cumprir todos os passos anteriores e:

- Preparar solução desinfetante, panos de limpeza descartáveis;
- Colocar EPI´s (luvas e avental);
- Iniciar desinfecção segundo orientação vertical (cima baixo) e horizontal (do fundo do quarto para a porta);
- Respeitar compatibilidades de desinfetantes com as características dos equipamentos (descritas no ponto 4.7). Em caso de dúvida consultar ficha dos materiais/equipamentos;
- Enxaguar (remover excesso de desinfetante com pano humedecido) e depois secar todas as superfícies e equipamentos;
- Descartar EPI´s e higienizar as mãos;
- Solicitar limpeza à equipa de limpeza da empresa contratualizada - mobiliário, pavimento;
- Colocar roupa de cama lavada e consumíveis a dispensar.

5.5 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE UM GABINETE MÉDICO/CONSULTA/EXAMES ESPECIAIS/SALA DE TRATAMENTOS

Após utilização pelo doente:

- Preparar solução de detergente, panos de limpeza descartáveis;
- Colocar EPI´s (luvas e avental);

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf.ª Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

- Remover roupa contaminada e resíduos hospitalares (Grupos I, II, III);
- Descartar dispositivos médicos não reutilizáveis;
- Iniciar a limpeza segundo orientação vertical (cima baixo) e horizontal (do fundo do quarto para a porta);
- Se necessário (presença de matéria orgânica ou utilização por doente em isolamento de contacto) proceder à desinfecção das superfícies/equipamentos contaminados;
- Enxaguar (remover excesso de desinfectante com pano humedecido) e depois secar todas as superfícies e equipamentos;
- Descartar EPI´s e higienizar as mãos;
- Solicitar limpeza de pavimento e mobiliário à equipa de limpeza da empresa contratualizada (caso se justifique);
- Colocar roupa lavada e consumíveis a dispensar (caso se justifique).

5.6 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA UCN

Após a alta do bebé:

- Preparar solução de detergente, solução de desinfectante e panos de limpeza descartáveis;
- Colocar EPI´s (luvas e avental);
- Remover roupa contaminada e resíduos hospitalares (Grupos I, II, III);
- Descartar dispositivos médicos não reutilizáveis (aspirador, traqueias do ventilador, etc.);
- Iniciar a limpeza com detergente, segundo orientação vertical (cima baixo) e horizontal:
Calha técnica → Braço mecânico → Monitores/Seringas perfusoras/Computador → Mesa de Apoio
Cadeira → *;

* Limpeza de rotina da incubadora (Diária): coberturas de pedestal, varão e acessórios, gavetas, suportes para garrafas, prateleira do monitor, suporte de administração IV, colchão, prancha do colchão, suporte de cassetes de RX, plataforma principal, cobertura do aquecedor/impulsor, balança (opcional), barras de inclinação do colchão

* Limpeza geral da incubadora (Após Alta e de 5/5dias): procedimento que requer a desmontagem da incubadora – cobertura, concha, armário de suporte (consultar *Manual de Assistência Técnica da Incubadora* e pedir autorização à Enf.^a Responsável do Serviço);

* Reservatório de humidade da Incubadora (Após Alta ou Após Uso): enviar gaveta para Central de Esterilização e substituir por gaveta já processada/desinfetada.

- Iniciar desinfecção respeitando os mesmos pontos de contacto contemplados na limpeza (NÃO USAR ALCOOL, risco de fissuras no acrílico e danos no equipamento);
- Enxaguar e secar todas as superfícies e equipamentos;
- Descartar EPI´s e higienizar as mãos;
- Solicitar limpeza à equipa de limpeza da empresa contratualizada - mobiliário, pavimento;
- Colocar roupa de cama lavada e consumíveis dispensados.

Elaborado por

Enf.^a Soraia Pedroso - CCI-
colaboração de Susana Cardoso
Aluna Mestrado Enfermagem
Médico-Cirurgica

Data: 08/04/2010

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //09

A Rever em

Data: 08 /04/12

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDC "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007" - Junho 2007

PNCI "Recomendações para Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão" – 2007.

ARSLVT "Manual de Procedimentos: Higienização das Instalações dos Centros de Saúde" – Fevereiro 2009

NHS "The Revised Healthcare Cleaning Manual" – Junho 2009

NHS "The national specifications for cleanliness in NHS: a framework for setting and measuring performance outcomes" – Abril 2007

WHALEY, Lucille F.;WONG, Donna L. "Whaley & Wong´s Nursing care of infants and children". 6ªEdição. Missouri: Mosby Year Book (1999). ISBN 0-323-00150-5

Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
Enf.ª Soraia Pedroso - CCI- colaboração de Susana Cardoso Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirurgica	Dr. Carlos Palos	
Data: 08/04/2010	Data: //09	Data: 08 /04/12

ANEXO VII - PROCEDIMENTO - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA A DISPOSITIVOS URINÁRIOS.

PROCEDIMENTO N.º 1

POLÍTICA N.º

ÁREA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

DATA MAIO 2010

1. NOME:

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A DISPOSITIVOS URINÁRIOS

2. OBJECTIVO:

- PREVENIR A INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS URINÁRIOS.

3. PARTICIPANTES:

ENFERMEIROS

AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA

4. NOTAS TÉCNICAS:

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

A infecção urinária associada á cateterização vesical é a mais comum das infecções associadas aos cuidados de saúde, representando cerca de 30% do total destas infecções.

Entre 15% a 25% dos doentes hospitalizados, são alvo de cateterização vesical, sendo em muitos dos casos a sua colocação pouco indicada, a frequência com que os doentes são algaliados e o tempo da permanência do cateter vesical determinam o risco de infecção. As práticas de algaliação, manutenção e remoção, são aspectos relevantes na prevenção e controlo da infecção urinária.

Embora a morbilidade e a mortalidade causada por infecções associadas a dispositivos urinários ser considerada relativamente baixa comparada com as outras infecções associadas aos cuidados de saúde a alta prevalência do uso dos cateteres vesicais conduzem a um grande peso cumulativo de infecções e de complicações resultantes dessas infecções e mesmo a morte

Verifica-se que menos de 5% dos casos de bacteriúria desenvolvem bacteriémia, contudo as infecções associadas a dispositivos urinários são a causa principal de infecções secundárias da corrente sanguínea, cerca de 17% das bacteriémias adquiridas no hospital são de origem urinária com uma mortalidade associada de 10%

TIPOS DE CATETERIZAÇÃO URINÁRIA

- Contínua - permite a drenagem contínua da urina
- Intermitente - permite efectuar esvaziamentos da bexiga em intervalos que devem ser regulares. (IB)

INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE CATÉTER URINÁRIO

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/05/10	Data: //10	Data: 20 /04/13

Fins diagnósticos:

- Controlo da diurese;
- Determinar urina residual após micção espontânea;
- Recolha de urina para análise laboratorial;

Fins terapêuticos:

- Administração de terapêutica intra-vesical;
- Cirurgia (principalmente abdominal e pélvica);
- Obstrução urológica ;
- Retenção urinaria;
- Imobilidade prolongada (fracturas instáveis da coluna, pélvis, torax);
- Cicatrização de soluções de continuidade de doentes incontinentes;
- Pós-operatório de cirurgias específicas (reparação estrutural da uretra ou estruturas adjacentes, etc) ou por efeito prolongado de anestesia epidural.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Substituto de cuidados de enfermagem;
- Doentes incontinentes;
- Método de obtenção de urina para exames culturais ou outros testes de diagnostico em doentes com controlo voluntário;
- No pós-operatório sem indicação clínica;
- Prostatites agudas;
- Grandes queimados da região perianal;
- Alterações do tracto uretral (estenoses e lesões uretrais).

ESCOLHA DO CATÉTER URINÁRIO

Os cateteres vesicais devem ser escolhidos da acordo com:

1. a sua composição
 - latex: são moles e maleáveis
 - silicone: são semi rígidas
 - neoflex: são rígidas
2. de acordo com a sua utilização
 - de único lúmen sem balão(para algaliação intermitente)
 - de duplo lúmen com balão (para algaliação permanente)
 - de triplo lúmen (para lavagens vesicais)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/05/10	Data: //10	Data: 20 /04/13

UTILIZAÇÃO DE EPI'S

Técnica	EPI's
Inserção	Luvras Esterilizadas (Técnica Asséptica)
Manutenção: Colheita de urina, despejo do saco colector	Luvras Limpas (Técnica Limpa) Bata (caso se preveja a produção de salpicos)
Remoção	Luvras Limpas (Técnica Limpa) Bata (caso se preveja a produção de salpicos)

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

INSERÇÃO DE CATÉTER VESICAL

- a) O cateter vesical deve ser seleccionado de acordo com a duração prevista da algália e a avaliação clínica do doente. Na escolha do tipo de algália, é necessário inquirir o doente e/ou pessoas significativas, acerca de possível alergia ao látex. (II)
- b) Seleccionar um cateter vesical com o menor calibre possível e que permita uma boa drenagem de urina, de forma a minimizar o trauma da uretra e bexiga. O calibre recomendado é de 12-14 unidades de Charrière (Ch) na mulher e de 14-16 Ch no homem. (II)
- c) A área genital deve ser bem lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas limpas. (II)
- d) O profissional que vai inserir a algália, deve proceder à desinfecção higiénica das mãos (com SABA) ou lavagem anti-séptica (solução aquosa clorhexidina), antes de calçar as luvas estéreis a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção. (IB)
- e) O cateter vesical deve ser inserido com técnica asséptica e equipamento estéril. (IB)
- f) O meato urinário deve ser limpo com soro fisiológico. Não há vantagem em usar soluções anti-sépticas para limpeza do meato uretral, prévia à inserção do cateter vesical, como forma de prevenir a IU em doente algaliado. (IA)
- g) O cateter vesical e a uretra devem ser lubrificadas com um gel anestésico estéril, em embalagem individual.(DGS)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/05/10	Data: //10	Data: 20 /04/13

- h) O balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de água estéril (volume mais pequeno necessário – 5 /10 ml no adulto) a não ser que haja indicação específica do médico (ex: em doentes do foro urológico).(DGS)
- i) No homem a algália deve ser fixa na parte superior da perna e na mulher, na face interna da coxa, para prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra assegurando uma boa drenagem.(DGS)
- j) Após a inserção do cateter vesical e colocação do sistema de drenagem, o profissional deverá remover as luvas e proceder à higienização das mãos (água e sabão neutro ou SABA)

MANUTENÇÃO DE CATÉTER URINÁRIO

- a) A manipulação de um sistema de drenagem urinário (cateter vesical + saco colector) deverá ser sempre precedida de higienização das mãos e colação de EPI 's (luvas não estéreis e se se prever a produção de derrame ou salpicos, a utilização de bata). (IB)
- b) Manter o fluxo de urina desobstruído:
 - a. Garantir que o cateter vesical e respectiva tubuladura não se encontram dobrados;
 - b. Manter o saco colector abaixo do nível da bexiga, colocando-o num suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo. (IB)
- c) O sistema de drenagem deverá funcionar em circuito fechado (saco colector com válvula de despejo) com um sistema de esvaziamento concebido de modo a evitar a contaminação. O circuito fechado só deverá ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos. (IB)
- d) Esvaziar regularmente o saco de drenagem usando um recipiente limpo e individualizado, evitando a produção de salpicos e impedindo o contacto da torneira do saco de drenagem com o recipiente de despejo não esterilizado. (IB) O Saco colector deverá ser esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade.
- e) Despejar a urina colhida em recipiente não esterilizado no W.C do quarto doente – de forma a evitar acidentes com exposição a fluidos biológicos decorrentes do transporte por longos percursos.
- f) A substituição do cateter vesical deverá ser fundamentada nas necessidades clínicas de cada doente (obstrução, compromisso do sistema de drenagem, infecção urinária sintomática, etc.). Não deve ser feita por períodos fixos ou arbitrários ou estabelecidos por rotina de serviço. Devem-se respeitar as indicações dos fabricantes. (II)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 20/05/10	Data: //10	Data: 20 /04/13

- g) Se ocorrer quebra na técnica asséptica, desconexão ou fugas, substituir o cateter e o sistema de drenagem usando para esse efeito técnica asséptica e material esterilizado. (IB)
- h) Se a obstrução do sistema vesical for previsível, dever-se-à selecionar um sistema de lavagem contínua em circuito fechado (cateter vesical de 3 vias)
- i) Outras soluções para proceder à lavagem contínua (à seringa em circuito aberto) não são recomendáveis. (II)
- j) Não há vantagem em adicionar anti-sépticos ou outras soluções antimicrobianos aos sacos de drenagem como forma de prevenir a infecção urinária. (IA)
- k) **Cuidados de higiene:**
 - 1. O saco de drenagem deve ser despejado e a torneira fechada antes do doente entrar no banho;
 - 2. Deverá proceder-se à higiene do meato urinário durante o banho (não recomendadas soluções anti-sépticas para este efeito) (IB);
 - 3. Os doentes algaliados devem tomar banho acompanhados, porque o saco de drenagem pode ficar obstruído ou preso, levando à deslocação/remoção do cateter vesical. Caso ocorra esta situação, dever-se-á substituir todo o sistema após o banho.

PROCESSAMENTO DE DISPOSITIVOS DE RECOLHA DE URINA

- a) O recipiente de recolha da urina após a sua utilização deve ser colocado na máquina de processamento dos urinóis, para uma desinfecção térmica.
- b) Respeitar as indicações do fabricante.
- c) Utilizar sempre os EPI´s (luvas e avental).
- d) Respeitar as condições de individualização do material.

COLHEITA DE URINA PARA ANÁLISE

- a) A colheita de urina para análise deve ser efectuada utilizando sempre material esterilizado e técnica asséptica, por punção do cateter vesical.
- b) Não violar o sistema fechado (cateter vesical, saco de drenagem).
- c) Deverá ser efectuada a desinfecção do local da punção com desinfectante antes da colheita.
- d) Colocar a urina no respectivo recipiente de colheita sem violar a técnica asséptica.
- e) Nunca efectuar a colheita do directamente do saco de drenagem.
- f) Enviar a colheita para o laboratório o mais breve possível.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 20/05/10	Data: //10	Data: 20 /04/13

ANEXO VIII - PROCEDIMENTO - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA A DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES:

PROCEDIMENTO N.º 1

POLÍTICA N.º

ÁREA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO

DATA MAIO 2010

1. NOME:

PREVENÇÃO DA INFECCÃO ASSOCIADA A DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

2. OBJECTIVO:

PREVENIR A INFECCÃO ASSOCIADA A INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES.

3. PARTICIPANTES:

ENFERMEIROS

MEDICOS

4. NOTAS TÉCNICAS:

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

A maioria das infecções da corrente sanguínea, adquiridas no hospital está associada ao uso de cateteres venosos centrais, com taxas de bacteriémia substancialmente mais elevadas do que se verifica em doentes sem cateteres.

A infecção pode ocorrer tanto no local da inserção na pele dos dispositivos intra-vasculares como no trajecto subcutâneo do mesmo. Os microorganismos que colonizam o cateter dentro do lúmen vascular podem provocar bacteriemia sem infecção externa visível.

A patogénese das infecções associadas com cateteres é multifactorial, sendo as principais fontes de contaminação:

- Mãos dos profissionais;
- Microflora da pele;
- Ponta do cateter contaminada durante a inserção;
- Colonização das conexões do cateter;
- Fluidos contaminados;
- Via hematogénea.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

5. DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

TIPOS DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- k) Cateteres venosos centrais (cateteres centrais de inserção periférica, hemodiálise e cateteres arteriais pulmonares)
- l) Cateteres arteriais periféricos e sistemas de monitorização da pressão
- m) Cateteres venosos periféricos
- n) Cateteres umbilicais

ESCOLHA DO CATÉTER VENOSO CENTRAL

Os cateteres podem ser escolhidos de acordo com:

1. Material de fabrico
 - a. Teflon
 - b. Poliuretano
 - c. silicone
2. Número de lúmens
 - a. Único
 - b. múltiplos
3. Impregnação com antimicrobianos ou agentes antissépticos ou heparinizados
4. Tonalizáveis com cuff
5. Totalmente implantáveis

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

5.1 CATÉTER VENOSO CENTRAL

Colocação do Catéter	<ul style="list-style-type: none"> - O cateter venoso central deve ter apenas os lumens essenciais para as necessidades terapêuticas do doente. (IB) - Preferir a veia subclávia em vez da jugular ou femoral para a colocação de cateteres venosos centrais não tunelizáveis em doentes adultos. (IA) - Preferir dispositivos totalmente implantáveis em doentes que necessitam acesso vascular intermitente e de longa permanência (mais de 3-4 semanas). (II) - Preferir cateteres tonalizáveis ou cateteres centrais de inserção periférica em doentes que necessitam de acesso vascular contínuo ou frequente (superior a trinta dias). (II) - Utilizar técnica correcta de desinfeção das mãos: <ul style="list-style-type: none"> Para palpação – Higienização das mãos com SABA ou água e sabão neutro; Para inserção, substituição e manutenção do local de inserção – Lavagem anti-séptica das mãos com água e solução aquosa de clorhexidina. - A palpação do local de inserção não deve ser efectuada após aplicação do antisséptico, a não ser que se mantenha técnica asséptica. (IA) - EPI`s obrigatórios para colocação do CVC: <ul style="list-style-type: none"> Barrete; Máscara cirúrgica; Bata estéril; Luvas estéreis; Campo esterilizado de grandes dimensões. (IA) - Desinfeção cutânea: <ul style="list-style-type: none"> Desinfectar a pele com uma solução de clorhexidina alcoólica, antes da inserção. (IA) Permitir a actuação da solução de clorhexidina alcoólica, deixando secar. (IA)
----------------------	---

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	Data: 24 /05/13
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

	<ul style="list-style-type: none"> - Não administrar por rotina antibióticos intra-nasais ou sistémicos antes da inserção ou durante o uso de dispositivos intravasculares para prevenir a colonização do cateter ou bacteriémia. (IB) - Indicações especiais: Na inserção do cateter arterial pulmonar, este deve estar protegido por manga estéril. (IB)
Manutenção do Catéter	<p>Num cateter multi-lumen a administração da nutrição parentérica deve reservada exclusivamente para um dos lumens. (IB)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar sistemas de monitorização hemodinâmica de uso único. (IB) - Manter técnica asséptica durante os cuidados ao cateter. (IA) - Efectuar a higienização das mãos antes e após a sua manipulação. (IA) - Manter os acessos das torneiras tapadas quando não estão a ser utilizados. (IB) - Assegurar que todos os componentes do sistema de administração são compatíveis para minimizar fugas e quebras nos sistemas. (II) - Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70%. (IA) - Friccionar com desinfectante apropriado (álcool a 70º) os dispositivos de acesso intravascular sem agulha, e aceder apenas com dispositivos estéreis. (IB)
Substituição, recolocação e remoção do Catéter	<ul style="list-style-type: none"> - Remover qualquer cateter intravascular assim que já não seja essencial a sua utilização. (IA) - Quando não é possível garantir uma total adesão á técnica asséptica (cateteres inseridos em situações de emergência) substituir o cateter o mais cedo possível e no prazo de 48 horas. (II) - Substituir todos os cateteres se há suspeita de infecção associada ao cateter. (II) - Não substituir por rotina os cateteres como método de prevenção de infecções relacionadas com o cateter. (IB) - Não remover o cateter apenas pela presença de febre. Avaliar clinicamente o doente sobre a necessidade de remover o cateter, pesquisar se a infecção se encontra noutro local ou se se suspeita de que a causa da febre não é infecciosa. (II)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

	<ul style="list-style-type: none"> - Não utilizar a técnica de substituição por fio-guia em doentes em que se suspeita de infecção relacionada com o cateter. (IB) - Utilizar um novo par de luvas estéreis após remover o cateter e antes de manusear o cateter novo, quando utiliza a substituição por fio-guia. (IA) - Limpar a pele com anti-séptico deixar secar, antes de remover o cateter, e manter a assepsia na remoção. (IA)
Cuidados ao local de inserção	<ul style="list-style-type: none"> - Efectuar a higienização das mãos antes e após efectuar o penso. (IA) - Utilizar penso estéril e semi-permeável para protecção do local de inserção do cateter. (IA) - Avaliar a necessidade de um penso de gaze diariamente, e proceder à sua substituição por um transparente logo que possível. (Epic2) - Substituir o penso do local de inserção sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontre húmido, deslocado, repassado ou quando for necessário inspeccionar o local de inserção. (IA) - Efectuar a desinfecção do local de inserção do cateter com clorohexidina. - Os pensos transparentes devem ser substituídos de acordo com o fabricante, cada 3-7 dias dependendo das suas características. (IB) - Não utilizar pomadas ou cremes com antibiótico no local de inserção. (IA) - Assegurar que os produtos utilizados nos cuidados aos cateteres são compatíveis com o material do cateter. (IB) <p>Indicações especiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Substituir os pensos do local de inserção dos cateteres venosos centrais tonalizáveis ou totalmente implantáveis com uma frequência nunca superior á semana, ate que o local de inserção se encontre cicatrizado. (IB) - Substituir os pensos dos cateteres venosos centrais de inserção percutânea a cada 2 dias se forem pensos de gaze ou pelo menos a cada 7 dias se forem pensos transparentes, excepto nos doentes pediátricos onde os riscos de deslocação do cateter ultrapassam os benefícios da mudança de penso. (IB)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

	<p>Indicações Especiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar a mudança com fio-guia para substituir um cateter percutâneo não funcionante ou para converter o cateter existente, se não existirem sinais de infecção. (IB)
Substituição de Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir os sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência não superior a 72 horas, a menos que se suspeite ou esteja documentada infecção relacionada com o cateter e sempre que o cateter seja substituído. (IA) - Substituir os sistemas utilizados para administração de derivados de sangue ou emulsões lipídicas (seja em combinações de 3-em-1 de aminoácidos e dextrose, ou infundidas em separado) num período de 24 horas após o início da infusão. (IB) <p>Substituir os sistemas com uma frequência não superior a 72 horas, se as soluções apenas contem dextrose e aminoácidos. (II)</p> <p>Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol em cada 6 a 12 horas dependendo do seu uso e de acordo com as recomendações do fabricante. (IA)</p>

5.2 CATÉTER HEMODIÁLISE

Colocação do Catéter	<ul style="list-style-type: none"> - Preferir cateteres venosos centrais com cuff para tratamentos de diálise se o período de acesso temporário for superior a três semanas. (IB) - Preferir a veia jugular ou femural na colocação de cateteres para hemodiálise. (IA)
Manutenção do Catéter	Utilizar fístula ou prótese em vez de um cateter como acesso permanente para tratamentos de diálise. (IB)
Cuidados ao local de inserção	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar pomada anti-séptica de idopovidona no local de inserção do cateter de hemodiálise após a colocação e no final de cada sessão de diálise, se compatível com as recomendações do fabricante do cateter. (II) a. Assegurar que os produtos utilizados nos cuidados aos cateteres são compatíveis com o material do cateter. (IB)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

5.3 CATÉTER ARTERIAS (LINHA ARTERIAL)

<p>Manutenção do Catéter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar sistemas de monitorização hemodinâmica de uso único. (IB) - Manter a esterilidade de todos os componentes do circuito de monitorização da pressão (incluindo os dispositivos de calibração e soluções de lavagem). (IA) - Minimizar o número de manipulações e de entradas no sistema de monitorização de pressão. Utilizar um sistema de lavagem fechado ("fluxo" contínuo) para manter a permeabilidade do cateter de monitorização da pressão. (II) - Não administrar soluções com dextrose ou fluidos de nutrição parentérica através do circuito de monitorização de pressão. (IA) - Efectuar a higienização das mãos antes e após a sua manipulação. (IA) - Manter os acessos das torneiras tapadas quando não estão a ser utilizados. (IB) - Assegurar que todos os componentes do sistema de administração são compatíveis para minimizar fugas e quebras nos sistemas. (II) - Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70%. (IA) - Friccionar com desinfetante apropriado (álcool a 70º) os dispositivos de acesso intravascular sem agulha, e aceder apenas com dispositivos estéreis. (IB)
<p>Substituição e recolocação do Catéter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não substituir os cateteres arteriais periféricos por rotina. (IA)
<p>Cuidados ao local de inserção</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar que os produtos utilizados nos cuidados aos cateteres são compatíveis com o material do cateter. (IB)
<p>Substituição de Sistemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir os transdutores em intervalos de 96 horas. Substituir os outros componentes do sistema (incluindo linha arterial e dispositivos de "flush"- contínuo) na mesma altura que o transdutor. (IB)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

5.4 CATÉTER PERIFÉRICO

Colocação do Catéter	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar o cateter com base no objectivo da sua colocação e tempo de utilização, complicações conhecidas e experiência do profissional. (IB) - Evitar o uso de agulhas tipo “butterfly” para a administração de fluidos ou terapêutica. (IA) - Considerar o uso de cateteres periféricos longos ou cateteres centrais de inserção periférica, quando se prevê uma duração da terapêutica superior a 6 dias. (IB) - Em adultos, utilizar os membros superiores em vez dos membros inferiores para a inserção do cateter. (IA) - Em pediatria preferir de igual forma, os membros superiores para a colocação de um cateter periférico.
Manutenção do Catéter	<ul style="list-style-type: none"> - Efectuar a higienização das mãos antes e após a sua manipulação. (IA) - Manter os acessos das torneiras tapadas quando não estão a ser utilizados. (IB) - Assegurar que todos os componentes do sistema de administração são compatíveis para minimizar fugas e quebras nos sistemas. (II) - Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70%. (IA) - Friccionar com desinfectante apropriado (álcool a 70º) os dispositivos de acesso intravascular sem agulha, e aceder apenas com dispositivos estéreis. (IB)
Substituição e recolocação do Catéter	<ul style="list-style-type: none"> - Nos adultos, substituir os cateteres venosos periféricos a cada 72-96 horas. (IB) - Na pediatria manter a cateterização, excepto se ocorrer alguma complicação (não fazer a substituição por rotina). (IB) - Remover os cateteres colocados em situação de urgência, onde há maior probabilidade de quebra na técnica asséptica, e inserir um novo cateter num local diferente em 48 horas. (II) - Remover o cateter quando o doente apresenta sinais de flebite no

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedrosa Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

	local de inserção ou quando há sinais de mau funcionamento. (IA)
Cuidados ao local de inserção	<p>- Os pensos opacos só devem ser removidos para visualizar o local quando o doente apresente sinais que levem a suspeitar de infecção relacionada com o cateter. (II)</p> <p>- Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, se penso opaco por palpação, se penso transparente por visualização. (II)</p> <p>- Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção. (IA)</p>
Substituição de Sistemas	<p>- Substituir os sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência não superior a 72 horas, a menos que se suspeite ou esteja documentada infecção relacionada com o cateter e sempre que o cateter seja substituído. (IA)</p> <p>- Substituir os sistemas utilizados para administração de derivados de sangue num período de 24 horas após o início da infusão. (IB)</p> <p>Substituir os sistemas com uma frequência não superior a 72 horas, se as soluções apenas contem dextrose e aminoácidos. (II)</p> <p>Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol em cada 6 a 12 horas dependendo do seu uso e de acordo com as recomendações do fabricante. (IA)</p>

5.5 CATÉTER UMBILICAL

Colocação do Catéter	- Desinfectar o local de inserção umbilical com anti-séptico apropriado antes da inserção. (IB)
Manutenção do Catéter	- Colocar pequenas doses de heparina, de acordo com prescrição médica nas infusões através do cateter umbilical arterial. (IB)
Substituição e recolocação do Catéter	<p>- Remover e não substituir cateteres umbilicais se estiverem presente sinais e infecção relacionada com o cateter, insuficiência vascular ou trombose. (II)</p> <p>O cateter umbilical deve ser removido logo que possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cateter umbilical arterial não deve permanecer por períodos superiores a 5 dias. (II) • Cateter umbilical venoso não deve permanecer por períodos superiores a 14 dias. (II)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

Cuidados ao local de inserção	- Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção. (IA)
Substituição de Sistemas	<p>- Substituir os sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência não superior a 72 horas, a menos que se suspeite ou esteja documentada infecção relacionada com o cateter e sempre que o cateter seja substituído. (IA)</p> <p>- Substituir os sistemas utilizados para administração de derivados de sangue ou emulsões lipídicas (seja em combinações de 3-em-1 de aminoácidos e dextrose, ou infundidas em separado) num período de 24 horas após o início da infusão. (IB)</p> <p>Substituir os sistemas com uma frequência não superior a 72 horas, se as soluções apenas contem dextrose e aminoácidos. (II)</p> <p>Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol em cada 6 a 12 horas dependendo do seu uso e de acordo com as recomendações do fabricante. (IA)</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

EPIC2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. - Guidelines for preventing infections associated with the use of central venous access devices. Journal of Hospital Infection (2007) 65S, S1–S64

Journal of Hospital Infection volume 73 (2009) , 323–329 “Intravascular catheter infections”

PNCI- “Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares”

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 24/05/10	Data: //10	Data: 24 /05/13

**ANEXO IX - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO PROCEDIMENTO PREVENÇÃO DA
INFECCÃO ASSOCIADA A DISPOSITIVOS URINÁRIOS.**

PROCESSO N.º

POLÍTICA N.º

ÁREA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

DATA JUNHO 2010

1. NOME:

AUDITORIA AO PROCESSO Nº.

2. OBJECTIVO

AUDITAR O CUMPRIMENTO DO PROCESSO:

- Prevenção da infecção urinária associada a dispositivos urinários.

3. PARTICIPANTES:

ENFERMEIRA DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

4. NOTAS TÉCNICAS:

Metodologia de auditoria é utilizada na análise crítica e sistemática da qualidade, com identificação de problemas, a definição de medidas de melhoria, implementação dessas medidas e avaliação.

A implementação de programas ou estratégias visa melhorar a qualidade, adquirindo uma técnica apropriada de utilização e reduzindo o risco de infecção associada a dispositivos urinário baseado num recurso á avaliação de risco. (IB)

Fornecer e implementar directrizes baseadas em evidência que abordem o uso, inserção e manutenção. (IB)

5. METODOLOGIA

Sendo as auditorias uma componente essencial para a melhoria continua da qualidade dos cuidados esta deve ser planeada detalhadamente, percorrendo de forma consistente todos os aspectos a auditar assim como ser repetida regularmente.

A auditoria pressupõe três fases: planejar, executar e avaliar.

PLANEAR - Estabelecer o Programa de Auditoria

- ◆ Objectivos/ âmbito/ critérios/ extensão;
- ◆ Responsabilidades;
- ◆ Recursos;
- ◆ Procedimentos de realização da Auditoria.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 07/06/10	Data: //10	Data: 07 /06/13

EXECUTAR - Implementação do programa de Auditorias

- ◆ Comunicação às partes relevantes;
- ◆ Calendarização das Auditorias;
- ◆ Identificação da equipa de auditoras;
- ◆ Recolha e Verificação da Informação / Evidências Objectivas;
- ◆ Manutenção de registos (planos, relatórios e competências).

AVALIAR - Monitorização e revisão do Programa de Auditorias

- ◆ Identificação dos problemas e não conformidades;
- ◆ Identificação das necessidades, das acções correctivas e preventivas;
- ◆ Identificação de oportunidade de melhoria;
- ◆ Elaboração do relatório da auditoria;
- ◆ Apresentação de resultados;
- ◆ Implementação das medidas de melhoria;
- ◆ Avaliação das melhorias introduzidas.

6. FORMULÁRIO DE AUDITORIA
FORMULÁRIO DE AUDITORIA AO PROCESSO “ PREVENÇÃO DA INFECCÃO URINÁRIA ASSOCIADA A DISPOSITIVOS URINÁRIOS ”

Diagnostico clínico			
Microrganismo			
Início do Internamento	_/_/___		
Início da algaliação	_/_/___		
Serviço			
PROCEDIMENTO	SIM	NÃO	NÃO OBSERVADO
<i>Inserção do cateter vesical</i>			
O cateter vesical foi seleccionado de acordo com a duração prevista da algaliação e a avaliação clínica do doente			
A área genital lavada com água e sabão antes da inserção da algália, com o uso de luvas limpas			
Desinfecção higiénica das mãos (com SABA) ou lavagem anti-séptica (solução aquosa clorhexidina),			
Uso de luvas estéreis na inserção do cateter			
Técnica asséptica mantida durante a inserção do cateter vesical			
Uso de equipamento estéril, e lubrificante de gel anestésico estéril e embalagem individual			

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 07/06/10	Data: //10	Data: 07 /06/13

Dilatação do balão com a quantidade adequada de água			
Correcta fixação do cateter vesical: Parte superior da perna – homem Face interna da coxa – mulher			
Remoção das luvas e proceder à higienização das mãos (água e sabão neutro ou SABA) após colocação			
<i>Manutenção do cateter vesical</i>	SIM	NÃO	NÃO OBSERVADO
Manipulação do sistema de drenagem precedido de higienização das mãos			
Colocação de EPI'S correcta			
Adequada manutenção do fluxo de urina Cateter e tubuladura livre Saco colector bem posicionado			
O circuito de drenagem fechado, sem manipulação da junção cateter vesical/saco			
Saco colector despejado (não ultrapassando o meio da sua capacidade) para um recipiente limpo e individualizado,			
Despejo no local adequado de forma adequada			
Procedimento adequado quando se verifica quebra de técnica asséptica			
Lavagem vesical sempre em cateteres vesicais de três vias			
Procedimentos correctos para a higiene no chuveiro			
<i>Remoção do cateter vesical</i>	SIM	NÃO	NÃO OBSERVADO
Remoção o mais precoce possível			
Lavagem das mãos e uso de luvas limpas			
<i>Processamento dos dispositivos de recolha</i>	SIM	NÃO	NÃO OBSERVADO
Colocação na máquina de processamento dos urinóis, para uma desinfecção térmica todos aos recipientes de recolha após utilização.			

Versão n.º

2

Elaborado por

Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI
Susana Cardoso - Aluna Mestrado
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Data: 07/06/10

Aprovado por

Dr.Carlos Palos

Data: //10

A Rever em

Data: 07 /06/13

Utilizar sempre os EPI's (luvas e avental).			
---	--	--	--

SCORE DA AVALIAÇÃO: -----%

Formula: $\frac{\text{total de respostas "sim"}}{\text{total de respostas "sim" + "n\~{a}o"}} \times 100\%$

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr.Carlos Palos	
	Data: 07/06/10	Data: //10	Data: 07 /06/13

ANEXO X - FORMULÁRIO DE DIVULGAÇÃO DA AUDITORIA

PROCESSO N.º

POLÍTICA N.º

ÁREA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

DATA JUNHO 2010

1. NOME:

FORMULÁRIO DE DIVULGAÇÃO DA AUDITORIA AO PROCESSO N.º.

2. OBJECTIVO

DIVULGAR OS RESULTADOS DA AUDITORIA AO CUMPRIMENTO DO PROCESSO:

- Prevenção da infecção urinária associada a dispositivos urinários.

<p>Prevenção da infecção urinária associada a dispositivos urinários</p>		<p>Proc n.º:</p>	
		<p>Data:</p>	
		<p>Seviço:</p>	
<p>Critérios auditados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ <i>Inserção do cateter vesical</i> ◆ <i>Manutenção do cateter vesical</i> ◆ <i>Remoção do cateter vesical</i> ◆ <i>Processamento dos dispositivos de recolha</i> 	<p>Nível de conformidades:</p> <p style="text-align: center;">_ %</p>	<p>Nível de não conformidades:</p> <p style="text-align: center;">_ %</p>	
<p>Evidência da qualidade e boas práticas</p>			

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 07/06/10	Data: //10	Data: 07 /06/13

Sumário das áreas de não conformidades

Auditor(es)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI Susana Cardoso - Aluna Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica	Dr. Carlos Palos	
	Data: 07/06/10	Data: //10	Data: 07 /06/13

Áreas de não conformidade (os seguintes critérios não estavam presentes e tiveram uma avaliação negativa)	Data de reavaliação	Acções a desenvolver	Rubrica

Versão n.º

2

Elaborado por

Enf.ª Soraia Pedroso Bispo - CCI
Susana Cardoso - Aluna Mestrado
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Data: 07/06/10

Aprovado por

Dr. Carlos Palos

Data: //10

A Rever em

Data: 07 /06/13

ANEXO XI - FORMAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

FORMAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO



**ELABORADO POR: Dr^o Carlos Paulo
Enf^a Soraia Bispo
Enf^a Susana Cardoso**

Destinatários: Auxiliares de Acção Médica

FORMAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO

Dia: 08 de Junho de 2010

Duração: 9 horas – 16horas

Destinatários: Auxiliares de Acção Médica

Programa

Manhã

Início 9H

- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
- Principais mecanismos de transmissão horizontal
- Principais Medidas de Prevenção das Infecções

Almoço (13h – 13h45)

Tarde

Início 13h45

Sessões Práticas

Higienização das Mãos

Utilização de Equipamento de Protecção Individual

Triagem de Resíduos Hospitalares



PLANEAMENTO DA SESSÃO TEORICA
Objectivo Geral

Dotar os Auxiliares de acção médica de conhecimentos necessários acerca do controlo da infecção associada aos cuidados de saúde

Objectivos específicos	Conteúdo Programático	Tempo
	1. Abertura e pré-teste	10 minutos
<ul style="list-style-type: none"> * Conhecer a diferença entre infecções associadas aos cuidados de saúde e infecções nosocomiais; * Perceber o conceito de microrganismos epidemiologicamente significativos 	2. Introdução às infecções associadas aos cuidados de saúde	45 minutos
<ul style="list-style-type: none"> * Conhecer os principais mecanismos de transmissão de infecção. 	3. Cadeia de infecção e principais mecanismos de transmissão da infecção	45 minutos
<ul style="list-style-type: none"> * Conhecer indicações específicas de utilização de EPI'S; * Conhecer as indicações de manuseio e processamento dos dispositivos médicos * Conhecer pratica seguras na manipulação de cortoperfurantes * Conhecer os direitos e deveres nos acidentes com exposição a produtos biológicos * Identificar os diferentes tipos de isolamento * Conhecer os procedimentos de limpeza e desinfecção * Conhecer as indicações de triagem de resíduos hospitalares 	4. Principais medidas de prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde	1h e 30minutos
	5. Avaliação da sessão - teste final	10 minutos

Meios

Power - Point
Datashow

PLANEAMENTO DA SESSÃO PRÁTICA

Objectivos: Que os auxiliares de acção médica no final da sessão sejam capazes de:

- * Colocar e retirar correctamente o equipamento de protecção individual;
- * Efectuar correctamente a triagem de resíduos hospitalares;
- * Realizar correctamente a higienização das mãos.

Sessão prática de treino	Meios	Tempo
Banca do equipamento de protecção individual;	Batas Luvas Óculos de protecção Avental	45 minutos
Banca dos resíduos hospitalares	Saco preto, Saco branco Saco vermelho Produtos do tipo I e II -III - IV Contentor de corto-perfurantes Objectos cortantes e perfurantes	45 minutos
Banca da higiene das mãos	Maquina ultra violeta Promanum® com corante fluorescente	45 minutos

Métodos pedagógicos

Formação teórica - expositiva
e descritiva, interactivo.

Formação prática –
demonstrativa, interactivo,
role play

Avaliação

Comparação entre o pré-teste e o teste
final

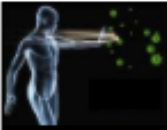
Duração total:
(7 horas)

Horário: Das 9
às 16h

Local de Realização: Anfiteatro

Data de Realização:
8 de Junho



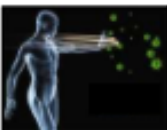


OBJECTIVOS (III)

PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (II)

- IDENTIFICAR EM QUE CONSISTE UM ISOLAMENTO DE CONTACTO
- IDENTIFICAR EM QUE CONSISTE UM ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULA
- IDENTIFICAR EM QUE CONSISTE UM ISOLAMENTO PARA TRANSMISSÃO POR AEROSOL
- CONHECER UM PROCEDIMENTO DE LIMPEZA
- CONHECER PROCEDIMENTO DE DESINFECÇÃO
- EFECTUAR A TRAGEM CORRECTA DE RESÍDUOS HOSPITALARES

1. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



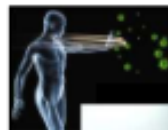
1. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Conceitos

Evolução

- Cuidados de saúde
- Antisépsia e assépsia
- Microorganismos e antimicrobianos



1. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Definição

Infecção que se manifesta durante o internamento e que não estava presente no momento da admissão hospitalar

Uma nova dimensão

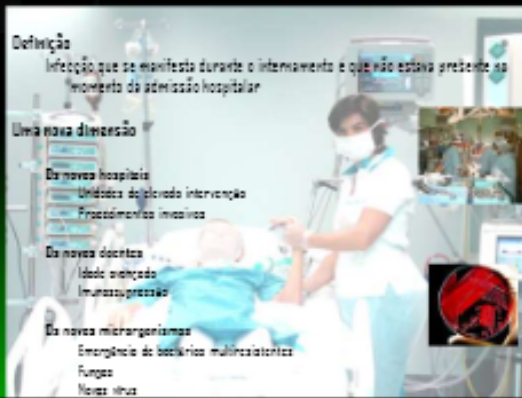
Da nova hospitalar
 Unidades de elevado intervenção
 Procedimentos invasivos

Da nova docência

Idade avançada
Imunossupressão

Da nova microbiologia

Emergência de bacilérias multiresistentes
Fungos
Novos vírus



L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

HOUSTON CHRONICLE

A Jefferson Davis Problem:
The 1970 Staphylococcus Aureus Epidemic at Jefferson Davis Hospital

The Houston Chronicle on 19 March 1972 published the first in a number of news stories about an epidemic of staphylococcus aureus that since December 1971 had claimed the lives of sixteen infants in the nursery of Jefferson Davis Hospital. The infant was the Houston epidemic first national attention for its severity and unusualness, yet, while one of the worst, it was not the only nursery outbreak of staphylococcus that year. Throughout the world, the 1970s witnessed a remarkable spurge in the number of hospital-based epidemics of antibiotic resistant staphylococcus infections. The causes of nursery epidemics in the United States forced public health authorities, hospital administrators, medical professionals and even the public to recognize the growing incidence of antibiotic resistant bacteria and the conditions that facilitated its spread.

...situation engendered a new series of challenges and fears. Despite its recently acquired image of purity, the hospital nursery hospital had failed to eradicate its oldest and most dangerous enemy and like its predecessor, the modern hospital would have to battle the infectious organism within its own walls.

L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

NOVO CONCEITO
Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

Definição
Infecção decorrente não apenas do internamento hospitalar, **maso também das terapêuticas ou intervenções, médicas e/ou cirúrgicas levadas a cabo em qualquer contexto**

Novo grupo epidemiológico nos doentes internados
Internamento hospitalar prévio
Cuidados de saúde em regime de Hospital de Dia, Centros de Hemodiálise,
Terapêuticas imunodepressoras em ambulatório
Institucionalização em Unidades de Cuidados Continuados
Institucionalização em Residências ou Lares

L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Importância

É epidemiologicamente importante
Apresenta elevada mortalidade e morbilidade

We estimate that 1.7 million HAIs occurred in U.S. hospitals in 2002 and were associated with approximately 90,000 deaths. The number of HAIs exceeded the number of cases of any **nonfatal** mental disease,¹⁰ and deaths associated with HAIs in hospitals exceeded the number attributable to several of the top ten leading causes of death reported in U.S. vital statistics.¹¹

Site	Percentage
UTI	36%
Other	24%
PNDU	17%
SSI	23%

Modeling Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002
Shoemaker et al. Health Affairs (Suppl) 2005; 24(12):2518-2528

Estimation of prevalence of health care-associated infections in U.S. hospitals using patient-level data from a national surveillance system, 2002

L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Importância

Implicações para o pagamento pelas Seguradoras

CMS Reimbursement Changes Increase Hospital Focus on Infections October 1, 2008

... hospitals will not receive additional payment for cases in which one (or more) of the following selected conditions was not present on admission (PDA): ...

- Serious preventable events – objects left after surgery, air embolism and blood incompatibility
- Catheter-associated UTIs
- Pressure ulcers
- Catheter-associated bloodstream infections¹
- Mediastinitis after CABG
- Traumatic injuries during hospitalization

L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Antiguidade



Fórmula

- Bilhação de plantas e fúcos dos excretos
- Mandrágora (aportar a anestésia)
- Intervenções cirúrgicas
- Trocanços

Grécia

- Princípios de Medicina
- Secundária-médica
- Divergências
- Descrição de doenças
- Código de Responsabilidade Civil e Criminal
- Pré-tratamento farmacológico




L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Egipto, Babilónia, Império Romano

Leção para resistência, tratamento e isolamento de doentes, sob protecção divina

Idade Média

Forte Egípcio à Igreja
Impulsionados por epidemias, como a Peste
Percorridagem arquitectónica e artística




Reverência a Hospital de Malindi (1506)

L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Europa, Século XVII

Ressaca do misticismo ligado à religião
Médicos e Enfermeiros como guardadores de castidade




San Giovanni, Londres, 1720

L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Lavagem das mãos (L. Semmelweis, 1818-1865)

Constatação de maior mortalidade nos partos cujos médicos tinham previamente realizado autópsias (45/100)

Morto por asplenia da colga após ferimento com bisturi em abdómen

Relação directa da mortalidade com lavagem das mãos antes de observação das doentes e com a limpeza das enfermeiras com cloreto de cálcio



Dr. Antolig, dr. Rogoff and dr. Protopopov obra Kladivnikova (1851): Fim da teoria do "venus invisível" ou "aper venosus": as mãos como veículo principal de agente de "Eberc general"

I. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Desinfecção (J. Lister, 1827-1912)
 Utilização do formal para limpeza de feridas, esterilização cuidadosa dos instrumentos e dos salos de operações



Esterilização a vapor (Von Bergmann, 1836-1907)
 Utilização de vapores quentes para esterilização de instrumentos cirúrgicos



I. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Equipamento de protecção individual
 Generalização do uso de batas (2ª metade do Século XIX)



Utilização intraperitórca de luvas de borracha esterilizadas contribuiu para a redução das infecções da ferida operatória (R. Halsted, 1852-1922)



I. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Microorganismos como causadores de doença
 Dissertação ao microscópio (Rud. Virchow, 1828-1902)



Primeira classificação dos bacilos (F.-J. Cohn, 1828-1876)

1. Bacillus
2. Bacillus
3. Bacillus
4. Bacillus
5. Bacillus
6. Bacillus
7. Bacillus
8. Bacillus
9. Bacillus
10. Bacillus
11. Bacillus
12. Bacillus
13. Bacillus
14. Bacillus
15. Bacillus
16. Bacillus
17. Bacillus
18. Bacillus
19. Bacillus
20. Bacillus

Fin do teóric da Escalpa Espantosa (L. Pasteur, 1822-1895)



Descoberta das feridas e dos vírus (Século XX)

I. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Descoberta dos antimicrobianos

Penicilina (1928)
 Alexander Fleming (1881-1955)



Sulfonídeos (1935)
 Gerhard Domagala (1905-1984)





L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITOS E EVOLUÇÃO

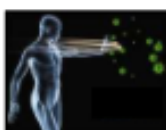
As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) representam um novo conceito, mais abrangente do que as Infecções Hospitalares, resultando da prestação de cuidados de saúde em diversos locais e não somente nos hospitais

As IACS evoluem paralelamente com a evolução dos cuidados de saúde, tornando-se especialmente importantes após a introdução dos antibióticos



L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

IMPORTÂNCIA DAS BOAS PRÁTICAS ASSOCIADA À QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

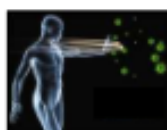


L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

IMPORTÂNCIA DAS BOAS PRÁTICAS ASSOCIADA À QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

1/3 das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são evitáveis, representando uma significativa redução de:

- Complicações;
- Tempos de internamento;
- Mortalidade;
- Custos.



L INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

IMPORTÂNCIA DAS BOAS PRÁTICAS ASSOCIADA À QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Todos os Prestadores de Cuidados têm, à sua medida, um importante papel na prevenção do aparecimento e da transmissão das IACS:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Auxiliares de Ação Médica;
- Auxiliares de Alimentação;
- Técnicas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Administradores...

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

BACTÉRIAS



- * Seres unicelulares
- * Multiplicam-se exponencialmente, a cada 20 minutos
- * Nocivas (patogénicas), inofensivas (não patogénicas) ou benéficas
- * 70% das Bactérias são microorganismos não patogénicos

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

VÍRUS



- * São os microorganismos mais pequenos
- * Não se reproduzem sozinhos
- * Cada célula infectada produz milhares de novos vírus
- * A maior parte dos vírus são nocivos (patogénicos)

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

FUNGOS



- * São maiores que as bactérias e vírus
- * Podem ser nocivos (venenosos ou patogénicos), inofensivos ou benéficos
- * Alguns tipos persistem no ambiente por longos períodos na forma de esporos, podem disseminar-se por via aérea e quando em condições apropriadas multiplicam-se.

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

PARASITAS



- * São maiores que os outros microorganismos
- * Podem ser:
 - * unicelulares – protozoários (ex: *Plasmodium sp.*, *Toxoplasma*)
 - * pluricelulares – metazoários (ex: ténias, lombrigas, piolhos)
- * Necessitam de invadir outros organismos para se desenvolverem
- * Podem ser nocivos (patogénicos), inofensivos ou benéficos (degradação de matéria orgânica no ambiente)
- * Disseminam-se por contacto, pela ingestão de alimentos contaminados ou por vectores (ex: mosquitos).

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

Microrganismo	Nocivos	Benéficos/inofensivos
Vírus	Varicela-zóster (Varicela) Influenza A (Gripe) HIV, Hepatite A, B e C	Bacteriófagos Técnicas laboratoriais
Bactérias	<i>Staphylococcus spp</i> (ourelas, furúnculos, <i>impetigo</i>) <i>Escherichia coli</i> (infecção urinária) <i>Salmonella</i> (Gastroenterite)	<i>Lactobacillus</i> (iogurte) <i>Bifidobacterium</i> (plantas) Enterobacteriaceae (Intestino)
Fungos	<i>Tricho spillo</i> (Pé de atleta) <i>Candida albicans</i> (Candidíase oral, vaginal)	<i>Penicillium</i> (Penicilina) <i>Aspergillus</i> (queijinho) <i>Saccharomyces</i> (Cerveja)
Parasitas	<i>Plasmodium spp</i> (Malária) <i>Toxoplasma gondii</i> (Toxoplasmose) <i>Dientamoeba viverricola</i> (Dorçiques), <i>Tritão</i>	Degradação da matéria orgânica no solo e nas águas

1. INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

O que são Microrganismos Epidemiologicamente Significativos (MES)?

- Multirresistentes aos antibióticos
- Muito contagiosos
- Muito patogénicos

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

O QUE É UMA INFECÇÃO?

INFECÇÃO - É a presença e multiplicação de microrganismos nos tecidos e fluidos orgânicos, com efeito clínico adverso.

COLONIZAÇÃO - É a presença de microrganismos nos tecidos, sem provocar doença (flora microbiana).

A colonização por um microrganismo epidemiologicamente significativo representa o mesmo risco de transmissão que a infecção!

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

INFECÇÃO COMUNIDADE vs HOSPITALAR

INFECÇÃO DA COMUNIDADE - É uma infecção adquirida na comunidade e não em unidades prestadoras de cuidados de saúde.

- Presente ou em período de incubação antes da admissão.
- Pode representar um risco de transmissão cruzada intra-hospitalar (ex: meningite bacteriana, gripe, tuberculose).

INFECÇÃO HOSPITALAR (nosocomial) - É a infecção que surge durante um internamento e que não estava presente, nem em período de incubação na altura da admissão. Pode manifestar-se após a alta.

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

INFECÇÃO COMUNIDADE vs INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) - designação mais abrangente que inclui, não apenas as infecções adquiridas durante um internamento, mas também as que se associam a outro tipo de cuidados de saúde (ex: lares, hospitais de dia, centros de hemodiálise).

- Microorganismos idênticos
- Riscos semelhantes

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

Zonas do corpo naturalmente cobertas por bactérias ([flora indígena](#))

+

Bactérias Nocivas (Patogénicas)



2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

INFECÇÃO ENDÓGENA vs EXÓGENA

INFECÇÃO ENDÓGENA - É a infecção que resulta da invasão de tecidos normalmente estéreis pela flora endógena do doente.

Resulta de diminuição das defesas por:

- factores intrínsecos (extremos da idade, doença debilitante)
- factores extrínsecos (cirurgia, cateteres vasculares, algiação, entubação orotraqueal e nasogástrica)

INFECÇÃO CRUZADA - É a infecção que resulta da transmissão a partir de um outro doente (por contacto directo ou indirecto (mãos, materiais, equipamentos, etc.) ou por inalação. Tem uma fonte exógena e é evitável.

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

MICROORGANISMOS E INFECÇÃO

Zonas do corpo estéreis

+

Bactérias Nocivas ou da própria flora indígena





2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL

CONTACTO

O ambiente das unidades de saúde é constituído pelas instalações, mobiliário, equipamento médico e não médico e os indivíduos (doentes, pessoal e visitas).

Admite-se que tudo o que se encontra no ambiente possa contaminar-se e constituir fonte ou reservatório de infecção. A partir das fontes ou reservatórios o agente pode chegar ao hospedeiro.

As principais fontes de IACS são humanas!



2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL



CONTACTO

Contacto directo

Transmissão de um microrganismo de um doente infectado / colonizado para outro indivíduo (sem intermediário humano ou material).

Contacto indirecto

Transmissão de um microrganismo de um doente infectado / colonizado para outro indivíduo através de:

- mãos do profissional de saúde (inadequada higiene das mãos) ou
- equipamento contaminado (como o estetoscópio ou outro material reutilizável -descontaminação deficiente).

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL



GOTÍCULA



2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL



GOTÍCULA

Microrganismos transmitidos por partículas com dimensões $> 5 \mu\text{m}$.

Percorrem distâncias até 1m.

Estas partículas podem ser originadas por tosse, espirro ou fala ou por manobras como a aspiração de secreções e cinesiterapia respiratória.

Transmissão ocorre por inoculação das partículas infectantes directamente das vias aéreas do doente para as mucosas do receptor.

2. PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO HORIZONTAL



AEROSSOL

Microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensões $< 5 \mu\text{m}$, que uma vez propelidas podem percorrer longas distâncias e permanecer por longos períodos suspensas no ar.

Pode ocorrer infecção de indivíduos que não estiveram em contacto, nem partilharam o quarto!


Ex: Tuberculose, Varicela e Aspergilose.

3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



PRECAUÇÕES BÁSICAS

3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



PRECAUÇÕES BÁSICAS

SÃO A 1ª LINHA DE PREVENÇÃO PARA A TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES.
APLICAM-SE A:

- TODOS OS PROFISSIONAIS
- TODOS OS DOENTES
- EM TODAS AS SITUAÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



PRECAUÇÕES BÁSICAS

São 10:

- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)
- HIGIENE RESPIRATÓRIA
- ENFIMÓ AOS PACIENTES E VISITAS
- SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS
- MANUSEAMENTO E PROCESSAMENTO DO EQUIPAMENTO
- HIGIENE DO AMBIENTE
- COLOCAÇÃO DOS PACIENTES
- PRÁTICAS SEGURAS DE PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJECTÁVEIS
- PRÁTICAS DE CONTROLO DA INFECÇÃO NOS PROCEDIMENTOS COM PUNÇÃO LOMBAR

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

CONSTITUI O PROCEDIMENTO ISOLADO MAIS SIMPLES E COM MAIOR RAZÃO CUSTO-EFICÁCIA PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO NOSOCOMIAL.



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

5 MOMENTOS



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

AMBIENTE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE

1 ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

AMBIENTE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE

2 ANTES DA PROCEDIMENTOS ESTÉRILIS ou limpos





5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



- Sabão Neutro**
 - Lavagem Social das Mãos
 - Mãos Visivelmente sujas
- SABA**
 - Fricção Anti-séptica das Mãos
 - Mãos Visivelmente Limpas
- Sabão Anti-séptico**
 - Lavagem Anti-séptica das Mãos
 - *

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Resultados Campanha da Higienização das Mãos

FASE 2 – 519 INQUÉRITOS / 2612 OPORTUNIDADES

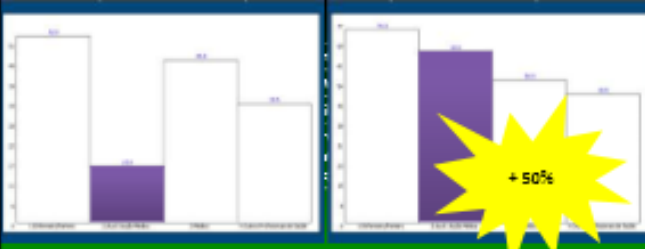
FASE 4 – 431 INQUÉRITOS / 2012 OPORTUNIDADES

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Resultados Campanha da Higienização das Mãos

TAXA DE ADESÃO POR GRUPO PROFISSIONAL

[Insuficiente] [Responável] [Satisfatório] [Muito Satisfatório]



+ 50%



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Resultados Campanha da Higiene das Mãos – PERGUNTAS IMPORTANTES

A fricção anti-séptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos?

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Resultados Campanha da Higiene das Mãos – PERGUNTAS IMPORTANTES


Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção anti-séptica?

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Resultados Campanha da Higiene das Mãos – PERGUNTAS IMPORTANTES

As mãos têm de estar secas antes da técnica?

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE




Resultados Campanha da Higienização das Mãos – PERGUNTAS IMPORTANTES

Quais das seguintes situações devem ser evitadas na prestação de cuidados?

- Utilização de jóias
- Lesões da pele
- Unhas postiças (de gel)
- Aplicação regular de creme para as mãos

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



Resultados Campanha da Higienização das Mãos – PERGUNTAS IMPORTANTES

É NECESSÁRIO HIGIENIZAR AS MÃOS:

- Antes de tocar num doente?
- À chegada ao serviço após o almoço?
- Antes de esvaziar um urinol?
- Antes de abrir a porta do quarto do doente?

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



PRECAUÇÕES BÁSICAS

UTILIZAÇÃO DE EPI'S

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



UTILIZAÇÃO DE EPI'S

Destinam-se a proteger os profissionais:

- LUVAS
- AVENTAL/ BATA
- MÁSCARAS SIMPLES
- MÁSCARAS COM VISEIRA




5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

UTILIZAÇÃO DE EPI'S

LUVAS

Usar para manipular sangue, fluidos corporais, secreções ou qualquer objecto contaminado, assim como contacto com membranas mucosas ou pele não intacta do paciente.



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE


UTILIZAÇÃO DE EPI'S

LUVAS LIMPAS

- Exame físico de ferimentos sem túndex agnósticos;
- Manipulação de resíduos;
- Limpeza de túndex corporais;
- Contacto com sangue;
- Contacto com membranas mucosas e pele não íntegra;
- Presença de microrganismos patogénicos e altamente infecciosos;
- Situações de emergência ou epidémicas;
- Colheita e remoção de acessos vasculares periféricos.

LUVAS ESTERILIZADAS

- Todos os procedimentos cirúrgicos;
- Todos os procedimentos que requerem técnica asséptica.




5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

UTILIZAÇÃO DE EPI'S

LUVAS NÃO INDICADAS

- Avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso;
- Vestir o paciente;
- Transportar o paciente;
- Cuidar dos olhos e Revólves Articulares do Paciente (desde que não apresentem secreções);
- Qualquer manipulação de acesso vascular periférico, na ausência de extravasamento de sangue;
- Utilização do telefone, computador;
- Administração da Medicação Oral;
- Distribuição e recolha de tabuletas de refeição;
- Remoção e substituição de lençóis de cama do paciente;
- Deslocação da mobília do paciente;
- (...)




5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

UTILIZAÇÃO DE EPI'S

QUAIS DAS SEGUINTE SITUATÓES IMPLICAM O USO DE LUVAS:

- Realização de camas ?
- Higiene ?
- Manipulação de recipientes com fluidos ?
- Transporte de doentes ?
- Alimentação ?




S. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
UTILIZAÇÃO DE EPI'S

UTILIZAÇÃO DE EPI'S

Uso correcto de luvas:

- Cobrir cortes e outros ferimentos da pele
- Substituir se perfuradas ou rasgadas
- Mudar de luvas



- Não deslizar
- Não libertar as pontas da manga da manopla deslizar
- Interação directa com superfícies

S. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
UTILIZAÇÃO DE EPI'S

Aventais/batas

Se houver risco de exposição da roupa ou da pele a sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções.

- Avental plástico
- Bata simples
- Bata esterilizada


S. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
UTILIZAÇÃO DE EPI'S

MASCARAS

Se houver risco de salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos para a face e/ou olhos.

Mascaras cirúrgicas
Mascaras com viseira



S. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
UTILIZAÇÃO DE EPI'S

1. Os EPI's reduzem mas não eliminam o risco de transmissão;
2. Os EPI só são efectivos se usados correctamente e em cada contacto;
3. Evitar contacto dos EPI's com superfícies, roupas e pessoas;
4. São de uso exclusivo para determinadas actividades;
5. Nunca substituem medidas de higiene

3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
UTILIZAÇÃO DE EPI'S



3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
UTILIZAÇÃO DE EPI'S

Ordem de remoção dos EPI's:

- 1º Luvas
- 2º Máscara
- 3º Bata



3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
HIGIENE RESPIRATÓRIA

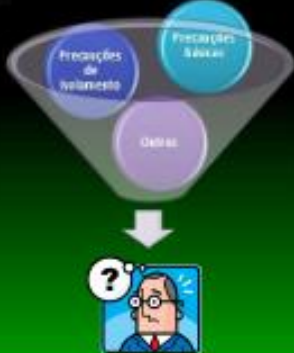


Tosse
Congestão Nasal
Expectoração



3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS
ENSINO AOS PACIENTES E VISITAS



3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

- 1) Prevenção de Acidentes com corto-perfurantes (agulhas, cateteres, etc);
- 2) Actuação em caso de acidente com exposição a fluidos orgânicos com risco de infecção (VIH/VHB/VHC);
- 3) Plano Nacional de Vacinação em dia.

3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

- 1) Prevenção de Acidentes com corto-perfurantes "CP" (agulhas, cateteres, etc);

- *Depositar material CP no contentor imediatamente após a sua utilização;
- *Colocar contentores num local próximo/oculto e seguro aos procedimentos;
- *Utilizar luvas sempre que sejam manipulados CP;
- *O contentor deverá ser preenchido apenas até 2/3 da sua capacidade

— NUNCA TOTALMENTE CHEIO!



3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

- 2) Actuação em caso de acidente com exposição a fluidos orgânicos com risco de infecção (VIH/VHB/VHC);

CC

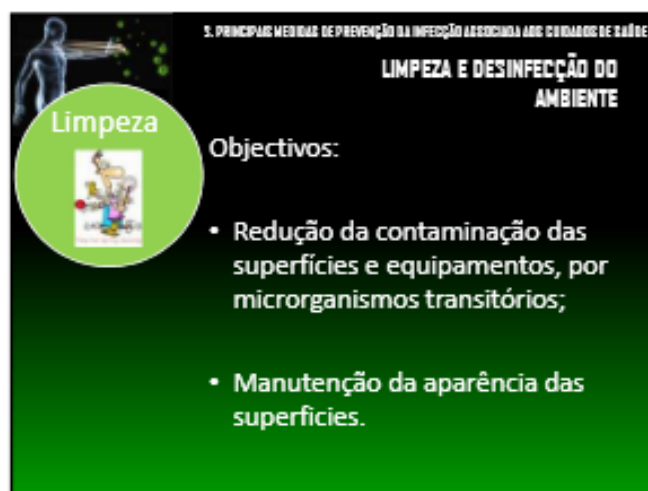
3. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS

SAÚDE E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS

- 3) Plano Nacional de Vacinação em dia.

- Boletim de Vacinas em dia;
- Imunizações sugeridas pela DGS e pelo departamento de Saúde Ocupacional do Hospital.



LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Limpeza



3 Formas de Limpeza:

- Meio Químico;
- Meio Mecânico;
- Meio térmico.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Limpeza



3 Etapas:

- LIMPEZA;
- ENXAGUAMENTO;
- SECAGEM.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Limpeza



Obedece a 5 princípios técnicos:

- Orientação Horizontal;
- Orientação Vertical;
- Orientação Limpo-Sujo;
- Não levantar pó;
- Secar adequadamente.



LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Limpeza



FREQUÊNCIA:

- Todas as superfícies e equipamentos devem ter uma frequência definida de limpeza;
- A necessidade de limpeza não pode ser subjectiva;
- Vários tipos de frequência: Diária (D), Semanal (S), Mensal (M), Após Uso (AU), Após Alta (AA).


5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

DETERGENTE:

Tensioactivos
+
Emulsão
+
Água
=
Eliminação Sujidade

TASKI SPRINT 200®
50ml EM 10L de Água





5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

DETERGENTE: TASKI SPRINT 200®

Eliminação/ Desperdício da solução de Detergente
→ Canalização comum com água corrente.

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Objectivos:

- Eliminar, reduzir ou inactivar microrganismos indesejáveis.

Desinfecção




5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

- Acção directa → por contacto;
- Acção limitada aos microrganismos presentes no momento da operação de limpeza.

Desinfecção




5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Utilização de Desinfetantes:

1. Sempre após a limpeza;
2. Respeitar as indicações de utilização (Norma);
3. Respeitar DOSAGENS e DILUIÇÕES;
4. Utilizar EPI's;
5. Respeitar datas de validade e de conservação do produto após abertura =
ETIQUETAR + DATAR + FECHAR os frascos;
6. Respeitar Temperaturas de conservação e Temperatura de Diluição.

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Uso INCORRECTO de desinfetantes :

- = Risco de saúde para profissionais e doentes;
- = Risco para o ambiente;
- = Dano de superfícies e materiais (erosão/corrosão)

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE


LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

DESINFECTANTES	INDICAÇÕES/ DILUIÇÕES
Hipoclorito de Sódio (Precept®)	Desinfecção Terminal em Quarto de doente em isolamento: Concentração 1000ppm Diluição: 4Pastilhas em 5L de água Pequeno derramamento de sangue e matéria orgânica (NÃO urina): Concentração 10.000ppm Diluição: 7Pastilhas em 1L de água Grande derramamento de sangue e matéria orgânica (NÃO urina): Grânulos (não diluir)
Álcool 70°	Aplicação directa, não diluir.
Toalhetas **	**

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

Eliminação/ Desperdício de solução de Desinfetante
→ Consolidação comum com água corrente.



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

PRODUTOS	LUVAS	AVANÇADA	MASCARAS COM VÍDEIRA
Detergente Multifuso Sprint*	X	X	
Desinfetante Prasept*	X	X	X (Caso se previja a produção de sapatos)
Desinfetante Pulvispray* (Inoculadora UCN)	X	X	X (Caso se previja a produção de sapatos)
Álcool 70*	X	X	X (Caso se previja a produção de sapatos)

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Toalhetes secos descartáveis;
- Medidor de soluções líquidas pequeno (50ml);
- Medidor de soluções líquidas grandes (balde volumétrico);
- Recipientes para colocar a solução diluída;
- Caneta para identificar recipiente;
- Aventais de plástico descartáveis;
- Luvas descartáveis;
- Cartaz explicativo de diluições de detergentes e desinfetantes;

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

4 GRUPOS

NÃO PERIGOSOS

Grupo I

Grupo II

PERIGOSOS

Grupo III

Grupo IV

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

NÃO PERIGOSOS

Grupo I

SACO PRETO



PAPEL/CARTÃO



PLÁSTICOS



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

4 GRUPOS

NÃO PERIGOSOS

Grupo I


Resíduos provenientes de serviços gerais

Resíduos provenientes de serviços de apoio

Embalagens e invólucros comuns

Resíduos provenientes de hoteleira, resultantes de confeção e restos de alimentos servidos a doentes não incluídos no grupo III.

galinas,
coelhos de cativeiro,
cães de companhia,
insetos, anfíbios,
reptílios,
olhos,
línguas,
membros,
Pig, Pq,
outros
animais vivos




5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

NÃO PERIGOSOS

Grupo II

SACO PRETO



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

NÃO PERIGOSOS

Grupo II

Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue

Próteses e mequardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue

Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos

Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum, com excepção das incluídas no grupo II e grupo IV

Frascos de vidro não contaminados, com excepção dos do grupo IV


5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

PERIGOSOS

Grupo III

SACO BRANCO



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES



PERIGOSOS

Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com excepção dos do grupo IV

Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas

Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminados e com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes

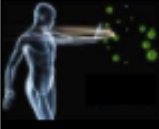
Fraldas e reagentes descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue

Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (e.g. luvas, máscaras, aventais e outros)

Grupo III

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES



PERIGOSOS

Todo o material utilizado em diálise

Todo o material proveniente de quartos de doentes em regime de isolamento

Peças anatómicas não identificáveis

Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados

Todo o material utilizado em diálise

Grupo III

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES



PERIGOSOS

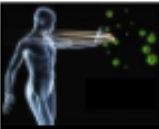
SACOS VERMELHOS

CONTENEDORES DE CORTO-PERFURANTES

Grupo IV

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES



PERIGOSOS

Material cortante e perfurante: agulhas, cateteres e todo o material invasivo

Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica

Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração

Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas, até publicação de legislação específica

Material cortante e perfurante: agulhas, cateteres e todo o material invasivo

Grupo IV

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

ERROS GRAVES

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

- ISOLAMENTO DE CONTACTO
- ISOLAMENTO PARA GOTÍCULA
- ISOLAMENTO PARA AEROSSOL

5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

CONTACTO

QUARTO INDIVIDUAL

Equipamento individualizado:
 Termómetro
 Contentor de corto-perfurantes
 "Dinamap"
 (...)

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

CONTACTO

EPI's:

- Luvas
- Bata ou avental



RETIRAR ANTES DE SAIR DO QUARTO

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

CONTACTO

TRANSPORTE DO DOENTE

Doente → Zonas infectadas cobertas/protegidas;

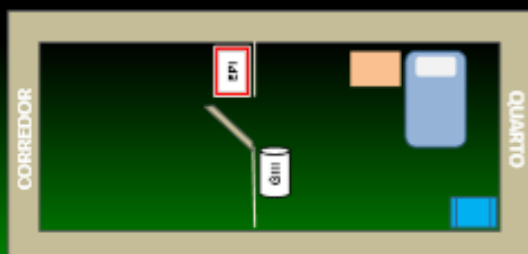
Profissional → Preparar o doente para o transporte → Retirar os EPI's antes de sair do quarto → Fazer transporte sem EPI's → Colocar EPI's novamente quando tiver que mobilizar o doente.

Informar os outros profissionais sobre o isolamento.



PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

DISPOSIÇÃO DE EPI'S NO ISOLAMENTO DE CONTACTO



PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

CONTACTO

CONTROLO AMBIENTAL

Diariamente → Limpar e desinfetar o ambiente próximo do doente (álcool ou toalhetes**);

Após Alta → Fazer limpeza terminal com Hipoclorito de Sódio 1.000ppm (4Pastilhas/5L água).


5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

GOTÍCULA

QUARTO INDIVIDUAL

Equipamento Individualizado:
Termómetro
Contentor de corto-perfurantes
"Dinamap"
(...)



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

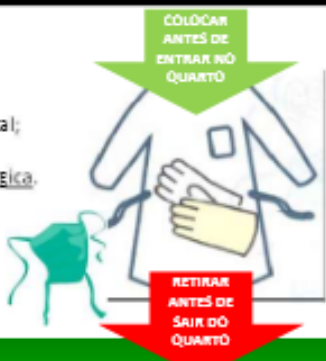
GOTÍCULA

EPI's:

- Luvas;
- Bata ou avental;
- Máscara cirúrgica.

COLocar ANTES DE ENTRAR NO QUARTO

RETIRAR ANTES DE SAIR DO QUARTO



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO


GOTÍCULA

TRANSPORTE DO DOENTE

Doente → Abandona o quarto com Máscara cirúrgica;

Profissional → Preparar o doente para o transporte → Retirar os EPI's antes de sair do quarto → Fazer transporte sem EPI's → Colocar EPI's novamente quando tiver que mobilizar o doente.

Informar os outros profissionais sobre o isolamento.



5. PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

DISPOSIÇÃO DE EPI'S NO ISOLAMENTO DE GOTÍCULA

CORREDOR

QUARTO



PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

GOTÍCULA

CONTROLO AMBIENTAL

Diariamente → Limpar e desinfetar o ambiente próximo do doente (álcool ou toalhetes**);

Após Alta → Fazer limpeza terminal com Hipoclorito de Sódio 1.000ppm (4Pastilhas/5L água).

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

AEROSSOL

QUARTO INDIVIDUAL COM PRESSÃO NEGATIVA



PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

AEROSSOL

EPI'S:

COLÓCAR NA ANTE-CÂMARA DO QUARTO

•RESPIRADOR DE PARTÍCULAS (apenas este).

RETIRAR DEPOIS DE SAIR DO QUARTO

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

AEROSSOL

TRANSPORTE DO DOENTE

Doente → Colocar Máscara cirúrgica ANTES de sair do quarto;

Profissional → Preparar o doente para o transporte

→ Retirar o respirador na antecâmara

→ Fazer transporte sem respirador

→ Colocar o respirador novamente quando voltar ao quarto do doente (na antecâmara)

→ Retirar a máscara cirúrgica ao doente só quando estiver dentro do quarto.

Informar os outros profissionais sobre o isolamento.

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

AEROSSOL

CONTROLO AMBIENTAL

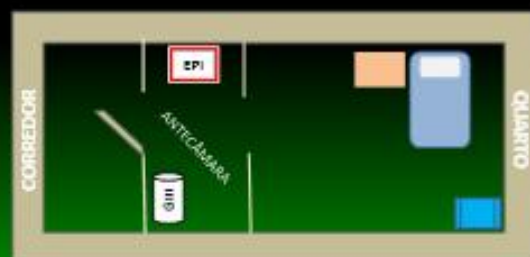
Diariamente → Manter EPI's indicados disponíveis NA ANTECÂMARA do quarto + Caixote de Resíduos IIII;

Diariamente → Limpar e desinfetar o ambiente próximo do doente (álcool ou toalhetes**);

Após Alta → Fazer limpeza terminal com Hipoclorito de Sódio 1.000ppm (4Pastilhas/5L água).

PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

DISPOSIÇÃO DE EPI'S NO ISOLAMENTO PARA AEROSSOL



ANEXO XII - FORMAÇÃO - VERTENTE PRÁTICA





ANEXO XIII - FOLHETO – CUIDADOS COM A SONDA VESICAL/ALGÁLIA

Quando consultar
o seu centro de saúde ?

Se aparecer febre ou a urina tiver um
cheiro intenso, for espessa ou turva.

Se tiver dor.

Se observar sangue dentro ou à volta da
sonda.

Quando não urinar ou o volume de urina
diminuir acentuadamente apesar da
ingestão abundante de líquidos.

Se perder urina em grande quantidade
por fora da sonda.

A manipulação da algália de forma adequada é muito importante

Em caso de necessidade
contacte o centro de saúde
da sua área de residência



Cuidados com a sonda
vesical / algália

Algaliado a ___/___/___

Algália Foley Silicone Nº ___

Mudar a ___/___/___



A algália consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga, de modo a drenar a urina.

A algália é um tubo de borracha flexível com duas pontas, uma das quais é introduzida na bexiga e a outra fica ligada a um saco, no qual se vai depositar a urina e que está marcado com uma escala, de modo a facilitar a medição da diurese (quantidade de urina produzida pelo rim).

A algália é utilizada em diversas situações, nomeadamente:

- Incapacidade para esvaziar a bexiga normalmente, através da micção (retenção urinária);
- Em situações de incontinência urinária;
- Devido a certas intervenções cirúrgicas, para evitar que a bexiga cheia e dilatada possa trazer complicações ou para facilitar a cicatrização dos tecidos da bexiga e/ou uretra.

Manutenção da algália e saco de drenagem

- Lavar cuidadosamente as mãos antes e depois de manipular a algália e/ou saco colector;
- A higiene do local onde se encontra colocada a algália deve ser efectuada com água morna de modo a evitar a acumulação de secreções;
- Evitar o uso de pomadas anti-sépticas entre o meato (orifício onde se encontra colocada a algália) e a algália, pois não previnem as infecções;
- Deve beber cerca de 1500/2000ml de água dia, excepto se indicação médica;
- A posição e integridade do sistema (algália + saco de drenagem) devem ser mantidos de modo a ser compatível com o conforto e mobilidade;
- O saco de drenagem deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga para o manter desobstruído e colocado de maneira que previna o contacto com o chão e contaminação da torneira;
- O saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade;
- Pode tomar banho de chuveiro sempre que o desejar;
- O saco de drenagem deve ser despejado e a torneira fechada antes de entrar no banho;

Despejo do saco de drenagem


- As mãos devem ser lavadas cuidadosamente antes e após cada procedimento de despejo;
- Deve ser utilizado um recipiente limpo, desinfectado e individualizado, para efectuar o despejo;
- Deve ser evitado o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo;
- Após o despejo a torneira do saco de drenagem deve ser limpa, para evitar o gotejamento de urina para o chão;

Deve substituir o saco de drenagem

- Aquando da substituição da algália;
- Sempre que estiver danificado ou com fugas;
- Quando se verificar a acumulação de sedimento ou coágulos;
- Quando se verificar um cheiro desagradável;
- Sempre que houver saída accidental do saco da algália.

Elaborado por: Enfª Susana Cardoso (2010)

ANEXO XIV - PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE DOENTES CRÍTICOS

 <p>HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA</p>	<p>PROTOCOLO CLÍNICO Transporte de doentes críticos PC 01 / DOQ</p>	<p>Pág. 1 de 9</p>
---	--	--------------------

1. ÂMBITO:

Serviço de Urgência Geral

2. PESSOAL ABRANGIDO:

Enfermeiros e médicos

3. OBJECTIVOS:

Manter a qualidade assistencial dos cuidados prestados durante o transporte.

Minimizar as complicações e incidentes relacionadas com o transporte de um doente crítico.

4. PONTOS IMPORTANTES:


Doente crítico “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”. (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)

Os doentes críticos incorrem em riscos aumentados de morbilidade e mortalidade durante o transporte, sendo que este período se caracteriza por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas.

Ter especial atenção aos momentos considerados de maior probabilidade de ocorrência de risco (transferência do doente para a maca de transporte, os primeiros cinco minutos do trajeto, transportes superiores a trinta minutos e recepção no local de origem.)

Estes riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado, quando é seleccionada uma equipa adequadamente preparada, quando estão disponíveis os meios de transporte e monitorização adequados, assim como eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizarem.

As responsabilidades da equipa de transporte só terminam no momento da entrega do doente no serviço de destino, ou no regresso ao serviço de origem (caso o mesmo se verifique).

 <p>HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO CLÍNICO Transporte de doentes críticos PC 01 / DOQ</p>	<p style="text-align: right;">Pág. 2 de 9</p>
---	--	---

5. SEQUÊNCIA LÓGICA:


Os passos do transporte do doente crítico envolvem 3 fases: Fase de decisão; Fase de planeamento e Fase de efectivação.

5.1 Decisão

- a. Observar e avaliar o doente, assim como identificar a necessidade de transporte;
- b. Ponderar os riscos / benefício decorrentes do transporte.

5.2 Planeamento

- a. Rever a história do doente, exames complementares de diagnóstico, e plano de tratamento;
- b. Estabilizar o doente antes do transporte, efectuando as intervenções diagnósticas e terapêuticas que possam ser necessárias durante o transporte;
- c. Contactar com o serviço de destino de forma personalizada, identificando as pessoas de referência, bem como o seu contacto;
- d. Combinar data, hora e quais as necessidades referentes ao doente;
- e. Determinar o tipo de transporte de acordo com as necessidades de cuidados a manter, de acordo com a Escala de Score de Risco de Transporte (SPCI, 2008);
- f. Contactar com o serviço de transporte, marcar o tipo de transporte, data e hora;
- g. Comunicar ao doente e família de forma a tranquiliza-los mantendo os informados dos acontecimentos;
- h. Determinar qual a equipa de transporte, devendo esta, ser constituída pelos elementos mais habilitados, tendo em conta as necessidades do doente;
- i. Seleccionar o nível de monitorização, equipamento e terapêutica necessária ao transporte, de acordo com a Escala de Score de Risco de Transporte (SPCI, 2008);
- j. Verificar as condições do equipamento, garantindo a segurança do transporte;
- k. Optimizar os dispositivos invasivos do doente;

 <p>HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA</p>	<p>PROTOCOLO CLÍNICO Transporte de doentes críticos PC 01 / DOQ</p>	<p>Pág. 3 de 9</p>
---	---	--------------------

- l. Prever possíveis complicações durante o transporte;

- m. Preencher a folha de transferência de enfermagem do doente crítico;

- n. Reunir os registos que permitam á equipa de destino acesso á informação clínica de modo á continuidade de cuidados.


ESCALA DE SCORE DE RISCO DE TRANSPORTE (SPCI, 2008);

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL	

* **Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.**

* **Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.**

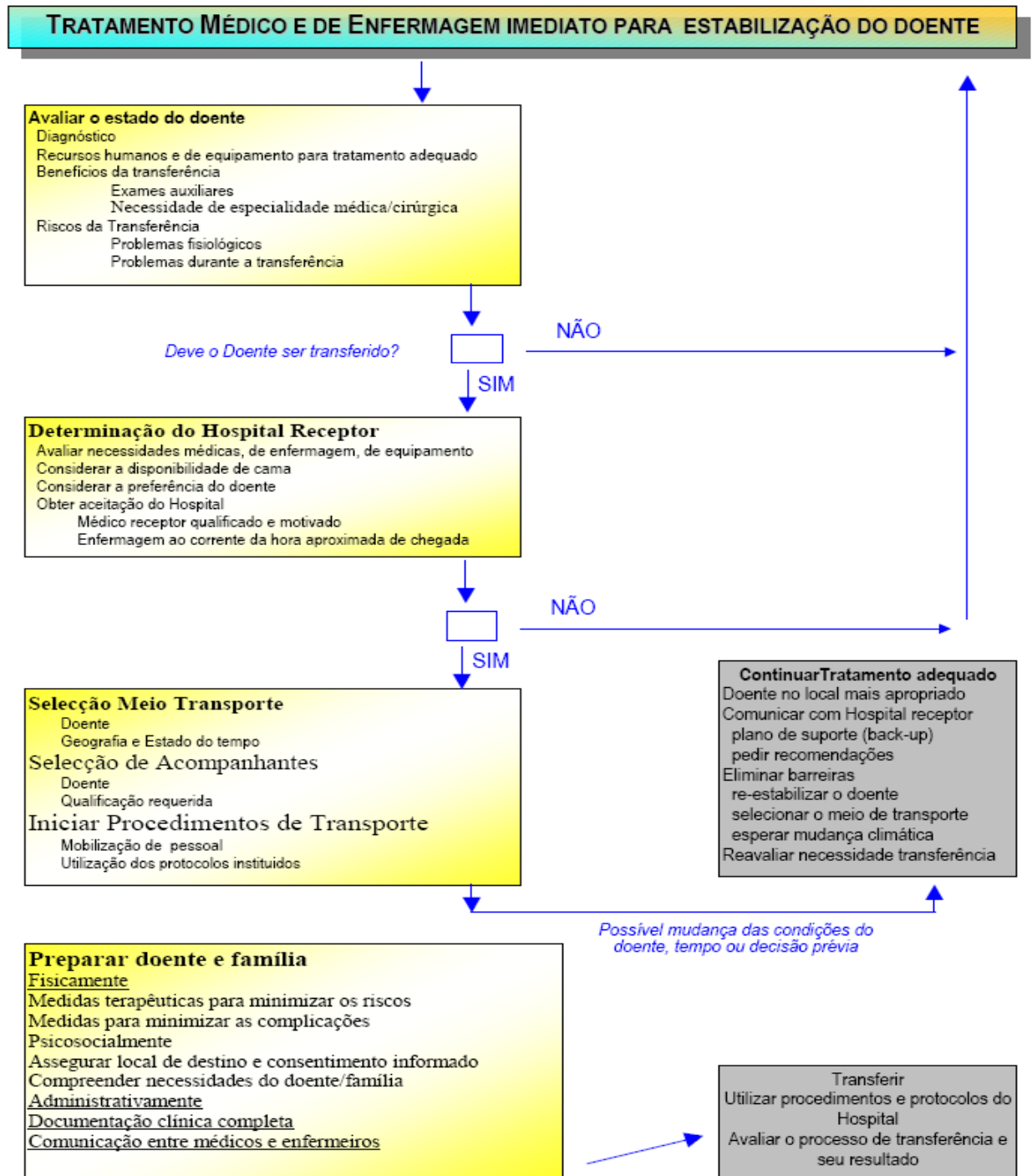
Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

 <p>HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO CLÍNICO Transporte de doentes críticos PC 01 / DOQ</p>	<p style="text-align: right;">Pág. 5 de 9</p>
---	--	---

5.3 Efectivação

- a. Informar o doente da transferência para a maca de transporte, tranquilizando-o;
- b. Manter a monitorização e ventilação, quando presente com o equipamento do serviço;
- c. Imobilizar o doente na maca, verificando o posicionamento de todas as linhas, tubos e cateteres, assegurando a sua permeabilidade;
- d. Substituir a monitorização e ventilação para o equipamento de transporte;
- e. Verificação final do doente e de todo o equipamento;
- f. Verificar se, se possui o número de contacto do serviço de destino e de origem e sistema de comunicação;
- g. Efectuar novo contacto com o serviço receptor, antes da saída do serviço de origem;
- h. Na ambulância, de ser efectuada nova observação do doente, e da permeabilidade de tubos e linhas, deixando acessível acessos que possam vir a ser necessários;
- i. Avaliação contínua e respectivos registos do doente ao longo do transporte, de acordo com folha própria de transferência de enfermagem do doente crítico;
- j. Transmitir á equipa que recebe o doente, toda a informação necessária de forma formal segundo a metodologia ABCDE;
- k. Garantir a operacionalidade do equipamento envolvido no transporte;
- l. Repor o material da mala de transporte logo que se verifique o regresso ao serviço.

ALGORITMO DE DECISÃO PARA TRANSPORTE DE DOENTES CRITICOS




CHECK LIST DE ESTABILIZAÇÃO PARA O TRANSPORTE DE DOENTES CRÍTICOS

<p>Vias Respiratórias</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vias respiratórias ílesas ou asseguradas por intubação<input type="checkbox"/> Posição do tubo traqueal confirmada por RX de tórax <p>Ventilação</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Curarizado, sedado e ventilado<input type="checkbox"/> Ventilação estabelecida no ventilador do transporte<input type="checkbox"/> Adequada troca de gases confirmada por gasimetria <p>Circulação</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Frequência cardíaca estável<input type="checkbox"/> Perfusão de tecidos e órgãos adequada<input type="checkbox"/> Qualquer perda de sangue óbvia controlada<input type="checkbox"/> Volume de sangue em circulação restaurado<input type="checkbox"/> Hemoglobina adequada<input type="checkbox"/> Mínimo de duas vias de acesso venoso<input type="checkbox"/> Acesso à linha arterial e central venosa se apropriado <p>Neurologia</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ataques controlados, excluídas causas metabólicas	<p>Traumatismo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Coluna cervical protegida<input type="checkbox"/> Pneumotorax drenado<input type="checkbox"/> Hemorragias intra-torácicas e Intra-abdominais controladas<input type="checkbox"/> Lesões intra-abdominais devidamente controladas<input type="checkbox"/> Fracturas estabilizadas <p>Metabolismo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Glicose sanguínea > 4mmol/L<input type="checkbox"/> Potássio < 6mmol/L<input type="checkbox"/> Cálcio ionizado > 1 mmol/L<input type="checkbox"/> Balanço ácido/base aceitável<input type="checkbox"/> Temperatura mantida <p>Monitorização</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ECG<input type="checkbox"/> Pressão sanguínea<input type="checkbox"/> Saturação de oxigénio<input type="checkbox"/> Nível de saída de CO₂<input type="checkbox"/> Temperatura
---	--

CHECK LIST PARA SAÍDA DO SERVIÇO

<p>Doente</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Estável na maca de transporte<input type="checkbox"/> Devidamente monitorizado<input type="checkbox"/> Todas as infusões a correr e linhas devidamente seguras<input type="checkbox"/> Devidamente sedado<input type="checkbox"/> Devidamente seguro á maca<input type="checkbox"/> Devidamente coberto para prevenir perdas de calor <p>Pessoal</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Devidamente treinado e experiente<input type="checkbox"/> Recebeu informação apropriada<input type="checkbox"/> Conhece equipamento, mala de transporte <p>Equipamento</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ambulância devidamente equipada<input type="checkbox"/> Equipamento e fármacos adequados<input type="checkbox"/> Baterias verificadas (baterias de substituição disponíveis)<input type="checkbox"/> Fontes de oxigénio suficientes<input type="checkbox"/> Telefone portátil carregado e disponível	<p>Organização</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Relatórios, RX, resultados, processo<input type="checkbox"/> Documentação de transferência preparada<input type="checkbox"/> Localização do serviço e conhecimento da equipa de recepção do doente<input type="checkbox"/> Unidade de recepção avisada da hora de partida e hora estimada de chegada<input type="checkbox"/> Números de telefone das unidades de ligação e recepção disponíveis<input type="checkbox"/> Familiares informados<input type="checkbox"/> Tripulação da ambulância com formação adequada <p>Partida</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Maca do doente segura<input type="checkbox"/> Equipamento eléctrico ligado á tomada eléctrica da ambulância quando disponível<input type="checkbox"/> Ventilador transferido para o fornecimento de oxigénio da ambulância<input type="checkbox"/> Todo o equipamento seguramente montado ou arrumado<input type="checkbox"/> Doente estável e equipamento a funcionar
---	---

	PROTOCOLO CLÍNICO Transporte de doentes críticos PC 01 / DOQ	Pág. 9 de 9
---	---	-------------

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

COMISSAO REGIONAL DO DOENTE CRITICO – Um ano de reflexão e mudança: Direcção regional de saúde do norte, Outubro 2008.

INTENSIVE CARE SOCIETY STANDARDS - Guidelines for the transport of the critically ill adult. London, 2002, [Em linha]. Disponível em http://www.ics.ac.uk/intensive...guidelines/transport_of_the_critically_ill_2002

LAZEAR, Susan – Transporte aéreo e terrestre In enfermagem de urgência: da teoria á pratica. 4ª ed. Loures: Lusociencia, 2001. ISBN 972-8383-16-9. P.141-160.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – O serviço de urgência: Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2006.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS- Guia para o Transporte de Doentes Crítico. Lisboa, 2008, [Em linha]. Disponível em <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>

Revisão: Rever a ___/___/2013	Elaborado por: Susana Cardoso – Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica	Data: ___/ 10/2010
--------------------------------------	---	---------------------------

**ANEXO XV - INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PUNÇÃO
VENOSA PERIFÉRICA**

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Data: ___/___/___ Local: _____

Observador: _____

Item	Efectuado							Observação
1 – Confirma a prescrição médica								
2 – Coloca cateter só quando necessário								
3 – Higieniza as mãos antes do procedimento								
4 – Prepara todo o material necessário ¹								
5 – Explica o procedimento ao doente								
6 – Prepara o dispositivo intravenoso ²								
7 – Selecciona o local da punção								
8 – Posiciona o membro do local da punção ³								
9 – Coloca o garrote a 10 cm do local de punção								
10 – Coloca luvas de látex (não estéril)								
11 – Faz anti-sepsia com álcool a 70° ou clorexidina								
12 – Estica a pele no momento da punção								
13 – Insere o cateter com o bisel virado para cima								
14 – Observa o refluxo venoso								
15 – Provoca a oclusão do cateter (pressão digital)								
16 – Abre o garrote								
17 – Liga o sistema ou o prolongamento								
18 – Fixa o dispositivo IV, com penso transparente								
19 – Faz infusão conforme prescrição médica								
20 – Observa queixas ou reacções do paciente ⁴								
21 – Descarta o material utilizado no local adequado								
22 – Retira luvas e coloca-as no local adequado								
23 – Higieniza as mãos após o procedimento								
24 – Coloca etiqueta no frasco de soro ⁵								
25 – Orienta o paciente sobre cuidados pós punção ⁶								
26 – Efectua registo do procedimento ⁷								
Total de Pontos								

¹ Reúne todo o material e equipamento que necessita. Não lhe falta material durante o procedimento

² Monta o sistema e coloca o soro no suporte. Prepara a seringa com medicação e o prolongamento

³ Coloca o membro apoiado numa superfície estável e confortável

⁴ Inquire o paciente sobre o que sente. Observa o local de infusão para despiste de complicações.

⁵ É fundamental a data na perfusão e os aditivos colocados. Pode ser escrito directamente no frasco.

⁶ Posicionamento, sinais de alerta e como avisar o enfermeiro

⁷ Data e hora da punção; local de acesso; intercorrências

ANEXO XVI - APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS Á PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA



HPP HOSPITAL
DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

CATETER VENOSO PERIFÉRICO

ELABORADO POR: Susana Cardoso

ORIENTADO POR: Noemi Veloso

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do serviço de Urgência

HPP- Hospital de Cascais

Novembro de 2010

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Objectivo Geral

Dotar os Enfermeiros com conhecimentos necessários acerca dos cuidados de enfermagem ao cateter venoso periférico

Objectivos Específicos

- * Conhecer as indicações para a colocação do cateter venoso periférico.
- * Sensibilizar os profissionais de enfermagem para os problemas da Infecção Hospitalar.
- * Reflectir sobre os resultados observados relativamente à punção venosa periférica.

Métodos Pedagógicos

Expositivo e Interactivo

Meios

Power-Point
Datashow

Avaliação

Colocação de questões ao grupo

Conteúdo Programático

1. Apresentação
2. Enquadramento do tema
3. Noção de Infecção associada aos cuidados de Saúde
4. Apresentação do protocolo de observação e folha de registo
5. Apresentação da análise dos dados da observação
6. Recomendações da Direcção-geral de Saúde
7. Avaliação da sessão

Duração:
(30 minutos)

Horário: Das
16.30h às 17h

Local de Realização: Sala de reuniões

Data de Realização:
16 de Novembro

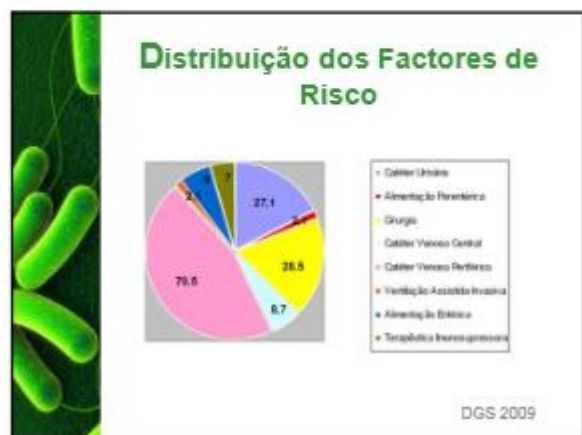


Objectivos

- Conhecer as indicações para a colocação do cateter venoso periférico.
- Sensibilizar os profissionais de enfermagem para os problemas da Infecção Hospitalar.
- Reflectir sobre os resultados observados relativamente à punção venosa periférica.

Cateterização Periférica

Procedimento invasivo que deve requerer alguns cuidados dos profissionais de saúde, que se não for correctamente realizado pode comprometer a saúde do doente bem como aumentar o tempo de internamento.



Cateterização Periférica

A patogênese das infecções associadas com cateteres é multifactorial, sendo as principais fontes de contaminação:

- mãos dos profissionais;
- microflora da pele;
- ponta do cateter contaminada durante a inserção;
- colonização das conexões do cateter;
- fluidos contaminados;
- via hematogénea.

Cateterização Periférica

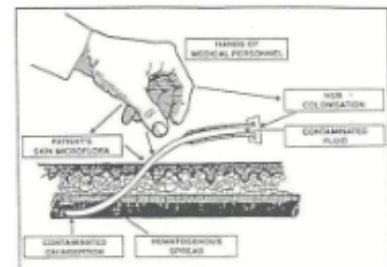


FIGURE. Potential sources for contamination of intravascular devices.

Cateterização Periférica

A via de infecção mais comum nos cateteres periféricos de curta duração (permanência inferior a 10 dias) é a migração de microorganismos da pele do local de inserção ao longo do trajeto subcutâneo com colonização.

PNCI 2006

Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

Infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.

Prevenção de Infecção Relacionada com a Cateterização Periférica

Agentes mais frequentes

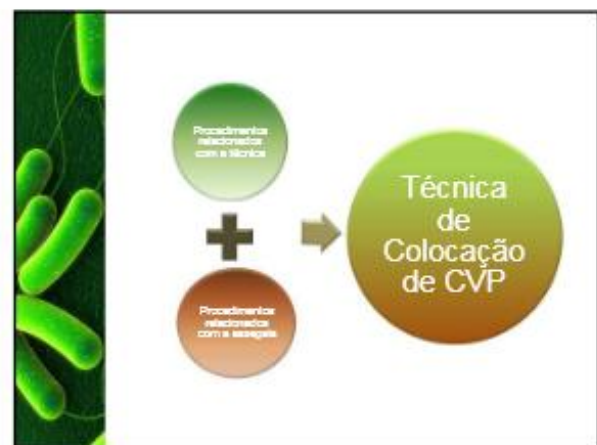
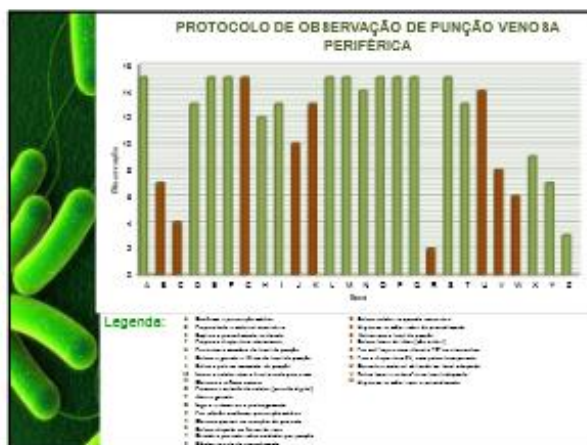
- Staphylococcus
- Coagulase negativo
- Especie aureus
- Gram negativo
- Fungos

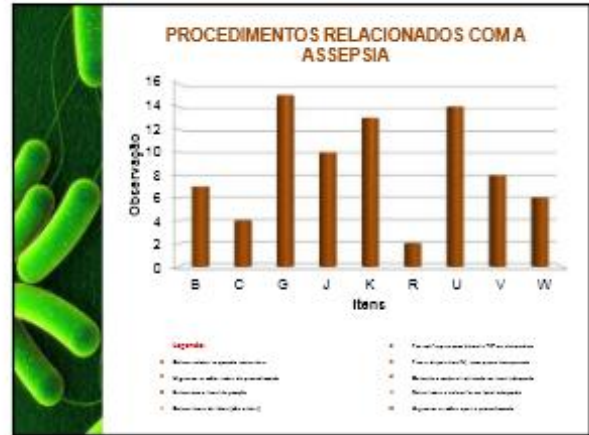


Folha de Observação

Item	Observação
A	Confirma a presença médica
B	Confirma se não há punção necessária
C	Higiene as mãos antes de procedimento
D	Preparar todo o material necessário
E	Deixar o procedimento ao doente
F	Preparar e desinfectar mãos antes
G	Desinfetar o local de punção
H	Passar o membro de local de punção
I	Colocar o pente a 1,5 cm de local de punção
J	Colocar luvas de látex (de esteril)
K	Fixar alça com o elástico a 7,5 cm de distância
L	Colar o pino no momento de punção
M	Deser e retirar sem o local, voltar para sala
N	Observar o refluxo venoso
O	Prevenir a exclusão de sangue (pressão digital)
P	Lavar o pente
Q	Ligar o sistema no o procedimento
R	Fixar o dispositivo (Z) sem passar imediatamente
S	Fixar alça de suporte (pressão médica)
T	Observar o pente no momento de punção
U	Deser e material utilizado no local adequado
V	Retirar luvas e retornar ao local adequado
W	Higiene as mãos após o procedimento
X	Colocar alça de suporte no local de punção
Y	Deser e colocar o pente no local de punção
Z	Deser o pente de procedimento

TUC







Colocação do Cateter

- Selecionar o cateter com base no objetivo da sua colocação e tempo de utilização, complicações conhecidas e experiência do profissional.
- Evitar o uso de agulhas tipo "butterfly" para a administração de fluidos ou terapêutica.
- Em adultos, utilizar os membros superiores em vez dos membros inferiores para a inserção do cateter.
- Desinfectar a pele com uma solução de clorhexidina alcoólica, antes da inserção. Permitir a actuação da solução de clorhexidina.
- Utilizar técnica correcta de desinfectação das mãos: Higienização das mãos com SABA ou água e sabão neutro.
- A palpção do local de inserção não deve ser efectuada após aplicação do antisséptico, a não ser que se mantenha técnica asséptica.

Manutenção do Cateter

- Manter os acessos das torneiras tapadas quando não estão a ser utilizados.
- Assegurar que todos os componentes do sistema de administração são compatíveis para minimizar fugas e quebras nos sistemas.
- Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70%.
- Friccionar com desinfectante apropriado (álcool a 70%) os dispositivos de acesso intravascular sem agulha, e aceder apenas com dispositivos estéreis.
- Efectuar a higienização das mãos antes e após a sua manipulação.

Remover os cateteres colocados em situação de urgência, onde há maior probabilidade de quebra na técnica asséptica, e inserir um novo cateter num local diferente em 48 horas.



Cuidados ao Local de Inserção

- Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, se penso opaco por palpação, se penso transparente por visualização.
- Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção.
- Efectuar a desinfeção do local de inserção do cateter com clorhexidina.
- Avaliar a necessidade de um penso de gaze, e proceder à sua substituição por um transparente logo que possível.
- Substituir o penso do local de inserção sempre que este se encontre húmido, desloado, repassado ou quando for necessário inspeccionar o local de inserção.



**O CONTROLO DAS
INFECCÕES DEPENDE
DE TODOS**

...
E DE CADA UM!

?



Referencias Bibliográficas

ePICO: National Evidence – Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infection in NHS Hospitals in England. Guidelines for preventing infections associated with the use of central venous access devices. Journal of Hospital Infection (2007) 658, 81-84.

Journal of Hospital Infection volume 75(2009)326-328 "intravascular catheter infections".

DSB - "Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares". (2008)

Ministerio da Saúde – Inquérito nacional de prevalência de infeção 2006. Lisboa, 2006, 17p.