



Mestrado em Enfermagem

área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO
NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**NURSES STRATEGIES IN INFECTION CONTROL AND PREVENTION IN
CRITICALLY ILL PATIENTS**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Joana Inês Medeiros de Almeida Dias

Lisboa – 2024

Mestrado em Enfermagem

área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO
NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**NURSES STRATEGIES IN INFECTION CONTROL AND PREVENTION IN
CRITICALLY ILL PATIENTS**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Joana Inês Medeiros de Almeida Dias

Orientadora Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa - 2024

“Faça a diferença, estude,
conquiste, dê a cada dia o seu melhor e
não se esqueça de ser feliz.”

Saulo Nóbrega

À memória do meu avô Manuel e avó Laurinda

Ao meu Amor, Rafael

Aos meus adorados Pais, Mariana e António

Ao meu querido Irmão e restante família

AGRADECIMENTOS

O percurso desenvolvido foi um processo de aprendizagem, onde o compromisso foi mantido ao longo dos vários meses, com o intuito de fazer a diferença, contribuir para a qualidade e excelência dos cuidados. Terminar esta fase da minha vida acadêmica é uma conquista partilhada por aqueles que me acompanharam no processo. Não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram nesta jornada.

À Prof. Doutora Isabel Rabiais, agradeço o seu apoio e a sua disponibilidade. Foi essencial a partilha dos seus preciosos conhecimentos e o rigor nas orientações.

Aos meus Orientadores, pela disponibilidade em participar neste percurso e pelos momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

Ao meu marido, que muito me apoiou neste processo, compreendendo sempre os momentos de ausência.

À minha mãe, que é o meu maior exemplo de cuidar; ao meu pai, que sempre me ensinou a ser rigorosa ao longo da vida; ao meu irmão, cunhada, sobrinhos e restante família, que sempre me deram força e perceberam também os momentos de ausência.

Aos meus amigos e colegas, Marine, André, Mark e Michelly que me acompanharam durante este percurso, partilharam momentos de aprendizagem e que me apoiaram nesta jornada.

Aos serviços que aceitaram os meus estágios, que me receberam e possibilitaram o meu crescimento neste processo.

Ainda uma palavra de gratidão à instituição na qual colaboro profissionalmente, por todo o incentivo, compreensão e apoio na gestão dos diversos compromissos profissionais e sobretudo pela confiança depositada no meu trabalho.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

As infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, contudo é necessário que os profissionais de saúde tenham consciência das suas práticas e dos riscos que estão inerentes, de modo a estarem mais conscientes e adotarem medidas corretas de prevenção e controlo de infeção. A adoção de medidas preventivas, reduz o número de infeções, morbilidade, dias de internamento, custos e mortalidade.

Considerando a importância da implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), com o objetivo de mapear a melhor evidência sobre as estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção, no cuidado ao doente crítico, de modo a responder à questão de revisão: “Quais são as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado ao doente crítico?”

Os artigos encontrados deram resposta à questão de revisão, fazendo referência a várias medidas, nomeadamente: prevenções básicas de controlo de infeção, precauções baseadas nas vias de transmissão, medidas de prevenção e controlo de infeções, nomeadamente COVID-19 e *Clostridium difficile*, medidas de prevenção de pneumonia associada à intubação, prevenção de infeção com a implementação de banho com clorhexidina, técnicas assépticas, medidas de prevenção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central e cateter venoso periférico, medidas de prevenção urinária associada a cateter vesical, bem como participação em programas de gestão antimicrobiana.

Com base no estudo elaborado, foi possível desenvolver as minhas competências na área da prevenção e controlo de infeção direcionada à pessoa em situação crítica e aplicá-las durante os momentos de estágio da especialidade médico-cirúrgica.

Todo o percurso realizado permitiu mobilizar o pensamento crítico e o conhecimento, permitindo desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas, relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação

crítica e respetiva família, aumentando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Descritores: enfermeiros, prevenção e controlo de Infecção, pessoa em situação crítica, cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; enfermagem médico-cirúrgica; pessoa em situação crítica; prevenção e controlo de infeção; estratégias de saúde.

ABSTRACT

Healthcare associated Infections are preventable, however, it is necessary for healthcare professionals to be aware of their practices and the inherent risks, in order to have greater awareness and adopt correct infection prevention and control measures. The adoption of preventive measures reduces the number of infections, morbidity, hospital stay, costs and mortality.

Considering the importance of implantation of infection prevention and control measures, a Scoping Review was carried out in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, with the purpose of mapping the best evidence on nurses' strategies in infections control and prevention in critically ill patients in order to answer the review question "What are the strategies used by nurses in the infection prevention and control in the care of critically ill patients?"

The articles found responded to the review question, making reference to several measures, namely: basic infection control prevention, precautions based on transmission routes, infection prevention and control measures, namely COVID-19 and Clostridium difficile, prevention of intubation associated pneumonia, prevention of infection with the implementation of a chlorhexidine bath, aseptic techniques, blood flow prevention measures of central venous catheters and peripheral venous catheters associated infections, urinary prevention measures of bladder catheters associated infections, as well as participation in antimicrobial stewardship programs.

Based on this study, it was possible to increase my skills in infection prevention and control area in critically ill patients and apply them during internships in the medical-surgical specialty.

The entire journey led to the expansion of critical thinking and knowledge, enabling the development of specialized scientific, technical, ethical and relational skills, related to the provision of care to critically ill patients and their families, increasing the quality of nursing healthcare provided.

Descriptors: nurses practitioners, infection prevention and control, critically ill patient, nursing healthcare.

Keywords: specialist nurse; medical-surgical nursing; critically ill patient; infection prevention and control; healthcare strategies.

LISTA DE SIGLAS

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*;

CHG - Gluconato de Clorohexidina;

CVC- Cateter venoso central;

DGS - Direção Geral da Saúde;

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*;

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local-PPCIRA;

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde;

JBI - *Joanna Briggs Institute*;

JCI - *Joint Commission International*;

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos;

UL-PPCIRA - Unidades Locais - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	23
2.1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA NO ESTUDO.....	29
3. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	37
4. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	73
APÊNDICE I - APRESENTAÇÃO CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA DA ANCA E ARTROPLASTIA DO JOELHO	75
APÊNDICE II - PLANO DE HIGIENIZAÇÃO – GERAL	87
APÊNDICE III - PLANO DE HIGIENIZAÇÃO: EQUIPA DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA	93
APÊNDICE IV - FOLHA DE REGISTO – PLANO DE HIGIENIZAÇÃO.....	95
APÊNDICE V - APRESENTAÇÃO FEIXES DE INTERVENÇÃO	97
APÊNDICE VI - APRESENTAÇÃO PREVENÇÃO BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO	111
ANEXOS	123
ANEXO I - CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA LUZ SAÚDE 2024.....	125
ANEXO II - CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS III JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESSATLA.....	127

ANEXO III - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO ORAL NAS III JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESSATLA.....	129
--	-----

1. INTRODUÇÃO

O paradigma de Enfermagem tem evoluído ao longo dos anos e os cuidados baseados na experiência, no conhecimento empírico, tem vindo a ser ocupado por uma prática reflexiva, baseada em evidência científica. Cada vez mais a preocupação com a qualidade dos cuidados é uma realidade nas unidades de saúde, a melhoria contínua é incutida aos profissionais, para que possam prestar cuidados de excelência.

O Código Deontológico de Enfermagem, realça a importância de o enfermeiro manter uma atualização contínua de conhecimentos, de modo a prestar cuidados de qualidade. Destaco o Artigo 97º alínea a) onde refere que o enfermeiro tem o dever de “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. No Artigo 100º alínea e) menciona que o enfermeiro deve “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de acções de qualificação profissional”. No Artigo 109º alínea a) acrescenta que o enfermeiro deve “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”; bem como na alínea c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 3-10) .

É importante que a reflexão sobre os cuidados prestados seja permanente, que haja pensamento crítico, capacidade de avaliação, curiosidade intelectual e rigor nos cuidados que se prestam, de modo a fazer crescer a qualidade dos mesmos. A procura de conhecimento e desenvolvimento de competências é fundamental para o desenvolvimento profissional de um enfermeiro.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, define-o como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para

prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

É necessário que o Enfermeiro Especialista invista no desenvolvimento de competências baseadas nas mais recentes evidências científicas.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

o avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19360).

Inerente aos cuidados de qualidade está a prevenção e o controlo de infeção, garantindo a prestação de cuidados com segurança. A Direção Geral da Saúde (2017, p. 5) refere que:

Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade.

Segundo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Tendo por base esta preocupação, ao longo da última fase do processo de aquisição de competências de especialista, centrei-me em fazer a diferença e melhorar os cuidados nos diferentes contextos de estágio.

Relativamente à estrutura do relatório, este apresenta seis capítulos, sendo o primeiro a introdução; o segundo capítulo corresponde ao enquadramento teórico da temática,

onde é abordada a *scoping review* intitulada “Estratégias do Enfermeiro na Prevenção e Controlo de Infecção no cuidado ao doente crítico: uma Revisão Scoping”; o terceiro capítulo corresponde à descrição dos contextos de estágio; o quarto capítulo integra a descrição, análise e reflexão do processo de desenvolvimento de competências, onde foram abordados os objetivos específicos de cada contexto de estágio e posteriormente as competências que foram sendo desenvolvidas ao longo de todo o percurso, tendo por base os regulamentos de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista; o quinto capítulo aborda as considerações finais e o sexto capítulo apresenta as referências bibliográficas que suportam a conceção deste relatório.

Foram utilizadas as normas *American Psychological Association 7th Edition* na elaboração de todo o documento.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ao longo dos anos têm surgido diferentes modelos conceptuais e as teorias de Enfermagem que vão de encontro ao saber fazer, ao saber ser e ao saber, definindo, caracterizando e explicando, compreendendo e interpretando os fenómenos que fazem parte da profissão, servem de referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros que contribuem para o desenvolvimento de conhecimento e para a investigação (Schaurch & Crossetti, 2010).

Neste contexto, é fulcral abordar a teoria ambientalista de Florence Nightingale.

Florence Nightingale, enfermeira inglesa, nasceu em Florença a 12 de maio de 1820. Foi considerada a fundadora da Enfermagem Moderna. Cuidou de soldados na Guerra da Crimeia e a sua capacidade de observação e constatação de fatos levou-a a tirar conclusões fundamentais e antecipadas para o seu tempo. Percebeu que existia uma associação entre boa higiene e doença, criando assim ambientes favoráveis à recuperação. Florence observava, mensurava, contava, comparava e sintetizava conclusões e criava recomendações para a ação (Nightingale, 2009).

Segundo Medeiros et al. (2015), a teoria ambientalista desenvolvida por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, refere que todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, são capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte. O ambiente onde a pessoa está inserida, muitas vezes adverso, está intimamente relacionado com a causa da doença e/ou a não reabilitação. Sendo assim, é essencial a existência de um ambiente saudável para a cura, higiene pessoal e roupa da cama apropriada. Refere ainda que a limpeza previne a morbilidade e que o número de infeções diminui com o ambiente limpo.

Esta teoria, mostra o quão fulcral é o ar puro, água pura, rede de esgotos eficiente, limpeza e iluminação, para a recuperação das pessoas doentes (Junqueira & Quintas, 2013).

Em “Notas de Enfermagem” a lavagem das mãos também é mencionada como sendo uma das medidas mais eficazes para reduzir o risco de infeções, sendo importante encorajar uma prática frequente.

Como foi observado na altura por Florence Nightingale, muitas podem ser as intervenções de enfermagem em vários contextos, que ajudam a prevenir e controlar a infeção.

Segundo Siegel et al. (2023), a transmissão de agentes infecciosos envolve três elementos, sendo eles a fonte ou reservatório, um hospedeiro suscetível com uma porta de entrada e um modo de transmissão. Destes elementos, a fonte humana (profissionais de saúde, pessoas doentes, familiares ou outras visitas) é a principal geradora de transmissão de microrganismos, contudo fontes ambientais inanimadas também contribuem para a transmissão deste tipo de agentes. A fonte humana pode apresentar infeções ativas, em estado assintomático ou em período de incubação, ou pode encontrar-se colonizada com microrganismos patogénicos, de forma transitória ou crónica.

Cada vez mais, o controlo e a prevenção das infeções são uma preocupação a nível mundial. Muitos são os estudos/relatórios sobre taxas de infeção, uso de antimicrobianos e suas resistências. Um desses exemplos é o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), que emite anualmente relatórios sobre estes temas, como é o caso do “*Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) Annual Epidemiological Report for 2022*” e do “*Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) Annual Epidemiological Report for 2022*”.

A Direção Geral da Saúde (2007) refere que os primeiros trabalhos desenvolvidos sobre o controlo de infeção foram elaborados por Semmelweis, Lister e Florence Nightingale, como referido anteriormente.

Ignaz Semmelweis, médico húngaro, ficou conhecido como o “pai do controle de infeções”, tendo conseguido provar experimentalmente que a lavagem das mãos conseguia prevenir infeções (Best & Neuhauser, 2004).

Joseph Lister, médico inglês, ficou conhecido por ter sido pioneiro nos estudos de assepsia e desinfeção. Conseguiu implementar práticas de controlo asséptico em várias áreas, nomeadamente das mãos, das feridas, dos campos operatórios, dos

instrumentais utilizados nos procedimentos, bem como dos ambientes hospitalares e cirúrgicos (Neufeld, 2021).

Em Portugal, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direção Geral da Saúde (DGS) e posteriormente, em 1979, pela Direcção-Geral dos Hospitais, onde era recomendado o controlo de infeção. Foi em 1993 que a Direção-Geral dos Hospitais foca a importância da institucionalização de comissões de controlo da infeção nos hospitais (Direção Geral da Saúde, 2007).

Foram criadas as Comissões de Controlo de Infeção nas unidades de saúde públicas e privadas e, posteriormente, em 1999 foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infeção, com o objetivo de dar a conhecer a dimensão do problema e prover as intervenções necessárias para prevenir a infeção através de identificação e mudança de práticas de risco. Este programa foi de seguida transferido para o Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (Direção Geral da Saúde, 2007).

Em 2006 houve uma nova mudança, tendo sido transferido o Programa Nacional de Controlo de Infeção para a DGS, centrando-se “na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde” (Direção Geral da Saúde, 2007, p. 5).

A Organização Mundial da Saúde com o lançamento da *World Alliance for Patient Safety* definiu “a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade como uma prioridade global. Esta iniciativa surgiu no seguimento de uma crescente preocupação internacional em torno do dano evitável decorrente ou associado aos cuidados de saúde” (Despacho n.º 10901/2022 | DR - Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), 2022, p. 93).

Para além da Organização Mundial da Saúde, o ECDC desenvolve desde o final do século passado “sistemas de vigilância epidemiológica de infeções associadas a cuidados de saúde, de microrganismos resistentes e de consumo de antimicrobianos” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022, p. 93).

Em 2013 foi criado em Portugal o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), incluindo assim os anteriores

programas nacionais de Controlo de Infecção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

A este Programa, junta-se a DGS, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, o INFARMED e a Administração Central do Sistema de Saúde, de modo a criar um grupo de trabalho interinstitucional, que permita a obtenção de indicadores por instituição hospitalar. Em 2022, foi criada uma atualização na missão do PPCIRA, adequando a sua estrutura às novas realidades, aos novos desafios, muitas vezes de carácter emergente (Despacho n.º 10901/2022 | DR - Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), 2022).

Segundo o Despacho n.º 10901/2022 a estrutura criada dentro do Sistema Nacional de Saúde, remete-nos a três níveis: Central integrada na DGS; Regional, através das Unidades Regionais - PPCIRA e a Local, através das Unidades Locais - PPCIRA (UL-PPCIRA), integradas nos estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 10901/2022 | DR - Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), 2022).

O Decreto-lei n.º 10901/2022 descreve também detalhadamente as competências das UL-PPCIRA, tendo por base a intenção de prevenir, diminuir e controlar as IACS.

As IACS são uma realidade a nível mundial, que leva a um aumento das morbilidades da pessoa, mortalidade, dias de internamento, bem como custos associados (Direção Geral da Saúde, 2017).

A Fundação Calouste Gulbenkian & Institute for Healthcare Improvement (2015) referem que muitos países têm desenvolvido estratégias para atenuar este problema, nomeadamente Inglaterra, Escócia e até alguns estados norte americanos, onde a implementação de programas específicos, implementados a nível nacional, contribuíram para uma redução até 85% num curto período de tempo. Estes programas são exemplo e inspiração para iniciativas semelhantes no nosso país.

Segundo a Direção Geral da Saúde (2022a) entre 2011 e 2012, Portugal era um dos países europeus com mais elevada taxa de infeção hospitalar, contudo com a

implementação do projeto STOP desenvolvido entre 2015 e 2018, a tendência tem vindo a diminuir.

Segundo o Sistema Nacional de Saúde (2023), em 2014 havia sete vezes mais mortes por infeções adquiridas a nível hospitalar, do que acidentes de viação, sendo o tempo de internamento aumentado para cinco vezes mais, em comparação com os restantes. Portugal apresentava o dobro das infeções hospitalares em comparação com a média dos países europeus, com custos associados (cerca de 300 a 400 milhões de euros por ano).

Segundo o Sistema Nacional de Saúde (2023) na Europa, morrem 35 mil pessoas, anualmente, no decurso de infeções resistentes aos antimicrobianos, o que equivale a cerca de 100 mortes por dia e a incapacidade de desenvolver novos antibióticos é uma realidade.

No Relatório Epidemiológico anual de 2022 do ECDC, o número de espécies bacterianas notificadas subiu comparativamente a 2021, de 366 794 para 392 602. As bactérias mais frequentemente encontrada foram *Escherichia coli* (39.2%), seguido de *Staphylococcus aureus* (22.1%), *Klebsiella pneumoniae* (12.3%), *Enterococcus faecalis* (8.2%), *Pseudomonas aeruginosa* (6.1%), *Enterococcus faecium* (5.9%), *Streptococcus pneumoniae* (3.7%) e *Acinetobacter spp.* (2.5%) (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2023).

É de salientar que nesse mesmo relatório tem sido constatado um aumento da resistência aos antimicrobianos, sendo considerado um problema de saúde pública.

A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico estimou que a implementação de um reforço da higiene, programas de gestão de antibióticos, campanhas nos meios de comunicação social e a utilização de testes de diagnóstico rápido, teriam o potencial de prevenir aproximadamente 27 000 mortes todos os anos na União Europeia/Estado Económico Europeu, sendo que os gastos associados compensariam em apenas um ano e poupar-se-ia cerca de 1,4 mil milhões de euros por ano (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2023).

É fundamental implementar uma prática fundamentada e de qualidade que ajude a reduzir este problema. A *Joint Commission International* (JCI), tem como missão melhorar a segurança e qualidade dos cuidados, considerando fundamental uma

unidade de saúde “identificar e reduzir ou eliminar os riscos de aquisição e transmissão de infecções entre pacientes, funcionários, profissionais de saúde, contratados, voluntários, estudantes, visitantes e comunidade” (The Joint Commission (Oakbrook Terrace, Illinois), 2020, p. 189).

A implementação de boas práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, adoção de Feixes de Intervenção, bem como Programas de Apoio à Prescrição de Antibióticos, permitem prevenir e reduzir essas infeções.

Margarida Tavares, antiga Secretária de Estado da Promoção da Saúde, refere que as lideranças têm influência no sucesso do combate às infeções hospitalares, sendo importante a formação para a capacitação profissional e criação de melhores condições de trabalho (Sistema Nacional de Saúde, 2023).

O projeto *Stop Infeção Hospitalar* verificou-se eficaz na redução de mais de 50% das quatro infeções prioritárias: associada a cateter vesical; relacionada com o cateter venoso central, proveniente da intubação e a infeção do local cirúrgico. Os hospitais que integram este projeto renovaram o compromisso em 2022, sendo importante partilhar experiências e fomentar novas práticas, de modo a enfrentar a realidade que se assiste relativamente à resistência aos antimicrobianos (Sistema Nacional de Saúde, 2023).

Os 22 hospitais que fazem parte deste projeto pertencem todos ao Sistema Nacional da Saúde (públicos ou em regime de parceria público-privada), contudo os seus objetivos e preocupações são comuns a todas as outras instituições de saúde que não participam no projeto, sendo elas públicas ou privadas, considerando que estamos a analisar um problema de saúde pública.

Sendo assim, é com base no conhecimento técnico-científico, partilhado pela DGS através de Normas/Feixes de Intervenção, que as instituições de saúde se baseiam para obter melhores resultados, diminuir IACS e melhorar cuidados de saúde.

O aparecimento dos Programas de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos; a sensibilização das lideranças; a existência de membros dinamizadores que possam na sua área ter um olhar mais atento e ser um elo facilitador de mudança e formação ativa; a partilha de conhecimento; a avaliação de

práticas e uma correta vigilância epidemiológica, contribuem para suavizar este problema que é inerente aos cuidados de saúde, tendo em conta que muitas das infeções podem ser prevenidas e/ou evitadas.

2.1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA NO ESTUDO

Tendo em conta o que foi descrito anteriormente, torna-se fundamental aprofundar as estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção, contribuindo para a melhoria dos cuidados na sua equipa, serviço e instituição.

Para isso foi elaborada uma *Scoping Review*, sobre este tema, de acordo com a metodologia do JBI. O objetivo do estudo foi mapear a melhor evidência sobre as estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado ao doente crítico. De forma a responder ao objetivo delineado, surgiu a seguinte questão de revisão: Quais são as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado ao doente crítico?

Como estratégia de pesquisa, foram definidos os termos para população, conceito e contexto. A população alvo são todos os enfermeiros que cuidam de pessoas em situação crítica, o conceito definido são as estratégias de prevenção e controlo de infeção e o contexto são todos os contextos de cuidados críticos, sem quaisquer restrições no que se refere a especialidades médicas e/ou cirúrgicas. Foram considerados estudos de paradigma quantitativo, qualitativo e com métodos mistos. De igual modo, estudos observacionais e experimentais que atendessem à questão de investigação. Foi definido que os artigos pesquisados e selecionados estariam escritos em português, espanhol e inglês, visto que, constituem os idiomas de domínio dos revisores; disponíveis de forma integral e gratuita e com o limite temporal 2019 a 2024, para tentar obter informação mais recente, visto ser uma temática em constante atualização.

A estratégia de pesquisa tinha como objetivo localizar estudos publicados e não publicados (literatura cinzenta).

Numa primeira fase, foi realizada uma busca inicial limitada na MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina e na Cochrane

Central Register of Controlled Trials, através da plataforma EBSCO, para identificar artigos sobre o tema. As palavras-chave contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, assim como os termos de indexação utilizados para descrever os artigos, foram selecionados e posteriormente utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa e adaptada às bases de dados selecionadas: MEDLINE Complete; CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.

Numa segunda fase, após esta criteriosa análise, foram selecionados os seguintes termos MeSH: Nurse Specialists; Nurse Practitioners; Nurses; Nurse's role; Infection Control; Health Strategies; Prevention and Control; Cross Infection; Critical Care Nursing; Critical Care; Emergency nursing; Emergencys; Operating Rooms; Intensive Care Unit. De forma a obter um resultado mais abrangente e que incluísse o maior número de artigos que procuram responder à questão proposta, foram incluídos na pesquisa algumas palavras-chave que não fazem parte dos descritores MeSH, tendo sido limitada a pesquisa a "Título" e "Resumo". Os termos foram: Nurse Attitudes e Nurs*. Em suma, foi realizada uma pesquisa de cada termo/palavra-chave disponível de forma integral, de forma isolada e com a limitação temporal definida. Posteriormente, recorrendo aos operadores booleanos AND e OR, foi construída a seguinte equação de pesquisa: ((Nurse Specialists) OR (Nurse Practitioners) OR Nurses OR (Nurse's role) OR ((TI Nurs*) AND (AB Nurs*))) AND ((Infection Control) OR (Health Strategies) OR ((TI Nurse Attitudes) AND (AB Nurse Attitudes)) OR (Prevention AND Control) OR (Cross Infection)) AND ((Critical Care Nursing) OR (Critical Care)).

Após a pesquisa, foram encontrados 419 artigos, que foram compilados e carregados na aplicação RAYYAN @ 2022, que auxilia na identificação e seleção dos artigos duplicados (identificou 63 artigos repetidos, tendo restado 356 artigos para leitura de títulos e resumos). Em seguida, todos os títulos e resumos foram lidos e revistos, sendo que a imparidade do número de revisores elimina à partida a ausência de um

consenso. Em concordância foram excluídos 301 artigos, obtendo no total 55 artigos para leitura integral.

Durante a leitura completa dos mesmos, foram excluíram estudos por 3 motivos, nomeadamente: não respondiam à questão de investigação (excluídos 29 artigos); população do artigo não corresponde à população da revisão (excluídos 3 artigos); não disponível de forma total e gratuita, ou em português, espanhol ou inglês (8 artigos excluídos).

Após todo este processo de seleção, ficaram para análise e discussão 15 artigos que cumprem os critérios de elegibilidade e inclusão.

Os resultados da busca e do processo de inclusão dos estudos foram descritos integralmente e apresentados num diagrama de fluxo PRISMA.

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos, pelos revisores independentes. Não foi necessário contactar autores para completar informações inexistentes.

Os resultados foram sintetizados numa tabela e posteriormente apresentada a discussão dos resultados.

As estratégias encontradas abordam diferentes áreas de prevenção e controlo de infeção:

- Melo et al. (2023), revelam que as principais intervenções de enfermagem, direcionadas à prevenção de infeção de derivação ventricular externa e lombar são a higienização das mãos, implementação de técnicas assépticas, uso de pensos oclusivos com clorhexidina, verificação das características do líquido cefalorraquidiano e avaliação de sinais inflamatórios;
- Hassan & Elsaman (2022), abordam no seu estudo, cinco estratégias que integram a *bundle* de prevenção de eventos associados à ventilação: elevação da cabeceira da cama de 35 a 45 graus, suspensão da sedação e avaliação da possibilidade de extubação, profilaxia de úlcera péptica e trombose venosa profunda e uso de clorhexidina para higiene oral;
- A revisão sistemática realizada por Cooper (2021), reforça o que foi mencionado no artigo anterior relativamente ao uso da clorhexidina como estratégia para diminuir o risco de pneumonia associada a ventilação. Para reduzir este tipo de

infecções, o estudo sugere criar rotinas de higiene oral, com frequência e método definidos;

- Johnny et al. (2021), reforçam a importância da higiene oral como medida preventiva, no entanto, direcionado ao risco de pneumonia adquirida sem ventilação mecânica invasiva. A inexistência de cuidados orais adequados a doentes sob ventilação não mecânica, pode aumentar o risco de pneumonia, aumentar do tempo de internamento, mortalidade e consequentemente, os custos;
- Hori et al. (2021) e Ng et al. (2021), abordaram as estratégias de controlo de infeção que foram adotadas no hospital e que contribuíram para a proteção dos profissionais de saúde da infeção por SARS-CoV-2, nomeadamente médicos e enfermeiros. Este estudo menciona que os profissionais de saúde devem prestar cuidados a doentes com COVID-19, cumprindo as precauções contra doenças infecciosas, nomeadamente criar unidades específicas apenas para tratamento de pessoas com COVID-19; garantir o uso adequado de equipamento de proteção individual e aplicar as precauções baseadas no tipo de isolamento; formação sobre a colocação e remoção de equipamento de proteção individual e sobre a COVID-19; garantir o distanciamento social, a correta higiene das mãos, proibição de visitas hospitalares, verificação de temperatura e sintomas a todos os doentes e profissionais à entrada do hospital;
- Pandian et al. (2020), fazem referência ao risco de transmissão de microrganismos durante o cuidado a doentes com traqueostomia, nomeadamente procedimentos geradores de aerossóis realizados por enfermeiros da UCI. De modo a reduzir o risco deve-se utilizar equipamento de proteção individual adequado: máscara N95/FFP3, luvas, óculos de proteção e bata ao realizar procedimentos geradores de aerossóis em doentes com COVID-19 conhecido ou suspeito. A verificação uma vez turno do *cuff* previne a ocorrência de pneumonia. Ao longo do artigo são mencionadas outras medidas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente: colocação de filtro antibacteriano e viral durante o transporte de doentes com traqueostomia sem

ventilação mecânica e colocação de máscara cirúrgica na face do doente e sobre a cânula de traqueostomia, de modo a evitar a dispersão de partículas;

- Chapman et al. (2021), abordam o impacto do banho diário com solução de gluconato de clorhexidina (CHG) a 4% e a substituição da roupa de cama, na incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, numa UCI médico-cirúrgica e uma unidade de telemetria pós-operatória, tendo chegado à conclusão que esta prática contribuiu para reduzir em 52% a infeção na UCI e 45% na unidade de telemetria pós-operatória;
- Silva et al. (2021), alertam para as fragilidades nos conhecimentos dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes com cateter venoso central (CVC). O estudo faz referência à *bundle* da inserção de CVC, destacando as cinco medidas principais: higiene das mãos, precauções máximas de barreira, assepsia da pele com CHG, seleção do local do cateter e evitar o uso de veia femoral. Relativamente à *bundle* da manutenção, destaca o uso de penso semipermeável transparente e estéril; antisepsia do local de inserção com CHG de 0.5% a 2%; troca de penso a cada 48 horas ou quando estiver sujo, solto ou húmido e para pensos transparentes a cada 7 dias; registo da troca do penso; adesão à higiene das mãos na troca de sistema de infusão, administração de medicação ou colheita de sangue;
- Huppert et al. (2020), realizaram um estudo onde a equipa de enfermagem recebeu formação e implementou pensos com CHG na inserção do CVC. Embora não tenham obtido resultados significativos, houve menos infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC, em doentes com o penso de CHG. O estudo refere que as infeções do cateter central são evitáveis e que a taxa de infeção do CVC diminuiu após sessões de formação/treino da equipa de enfermagem;
- Nickel (2020), refere que uma eficaz higiene das mãos é a base de todos os esforços para a prevenção de infeções. As intervenções para prevenção extraluminal e intraluminal passam por selecionar o local da punção eficazmente, uma correta desinfecção do local com CHG a 2% com álcool a 70% e a utilização de técnica assética aquando da colocação e sempre que se

manipula o cateter venoso periférico. O penso deve ser aplicado corretamente e deve ser substituído se não estiver íntegro e pelo menos a cada 5-7 dias. Deve ser avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso periférico e remover os que não estão a ser utilizados. Acessos colocados em locais de risco devem ser removidos (zonas de flexão);

- Shadle et al. (2021), descrevem medidas que reduzem as infecções do trato urinário associadas a cateteres em UCI, nomeadamente sobre o uso adequado de cateter, inserção e remoção adequadas e manutenção apropriada. Um protocolo de remoção de cateter urinário, orientado por enfermeiros foi também aplicado, para interrupção do uso de cateter urinário;
- Sloan & Dudjak (2020), destacam o envolvimento dos enfermeiros nos programas de gestão antimicrobiana, de modo a melhorar os resultados e atingir as metas, visto que são parte integrante dos cuidados. *American Nursing Association/Centers for Disease Control and Prevention Working Group* (CDC) recomendaram especificamente 5 práticas de administração antimicrobiana conduzidas por enfermeiros sendo estas: a avaliação sobre a necessidade de colher culturas e técnicas de cultura precisas; compreensão dos resultados microbiológicos para orientar adequadamente os cuidados perante um caso de colonização ou infeção; início imediato de antimicrobianos quando justificado; transição oportuna de antibióticos intravenosos para orais e redução da terapêutica; documentação mais precisa de alergia a medicamentos, bem como intolerância a medicamentos;
- Riley (2019), refere que enfermeiros de UCI devem implementar intervenções de prevenção de infeções nomeadamente: higiene das mãos; etiqueta respiratória; uso de equipamento de proteção individual; identificação de doentes colonizados, através de colheita nasal para *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* ou por exemplo a colheita retal para *Enterococcus Resistente a Vancomicina*; aplicação de medidas baseadas nas vias de transmissão; aplicar protocolo de descolonização quando aplicável; implementação de programas de gestão antimicrobiana; limpeza e desinfeção ambiental; correta triagem de resíduos hospitalares; desmame precoce da

ventilação; remoção precoce de cateteres; cuidados adequados a feridas e cateteres; técnica asséptica quando adequado e realizar formação a profissionais, a doentes e familiares;

- Por fim, Clarkin et al. (2019), referem que devem ser mantidas as precauções de contato até ao momento da alta, se as taxas de Infecção *Clostridium Difficile* nas unidades de saúde forem elevadas. Idealmente, estes doentes devem ser isolados em quarto individual, com casa de banho exclusiva. Sempre que possível, o equipamento e material devem ser descartáveis e o material não descartável deve ser limpo com desinfetante esporicida. Todas as pessoas devem usar luvas e aventais descartáveis ao entrar no quarto de um doente infetado e lavar as mãos com água e sabão ao entrar e sair. Um estudo recente descobriu que a limpeza diária com desinfetante esporicida e a triagem de *Clostridium difficile* na admissão, foram as estratégias eficazes, reduzindo as taxas de infeção hospitalar.

Após a leitura dos artigos, concluiu-se que a abordagem na prevenção e controlo de infeção é multidimensional, envolvendo tanto a implementação de protocolos padronizados quanto a adaptação a situações específicas, como a pandemia de COVID-19. Os estudos destacam a importância da formação para aprimorar as práticas existentes e desenvolver novas estratégias para prevenir infeções.

Sugere-se que o caminho esteja na criação de programas e protocolos de incentivo para os enfermeiros, desde a formação contínua dos profissionais de enfermagem, até à promoção de uma cultura de segurança e responsabilidade no local de trabalho. Além disso, é importante que existam mecanismos de monitorização e avaliação para garantir a adesão às práticas recomendadas e identificar áreas de melhoria.

Em suma, a prevenção e o controle de infeções são pilares essenciais da prática de enfermagem em ambientes de saúde, e por isso, cabe ao enfermeiro implementar estratégias eficazes e guiar a sua prática com base na evidência, uma vez que os enfermeiros assumem uma responsabilidade determinante na proteção da saúde da pessoa e na promoção de resultados positivos.

Alguns destes resultados foram apresentados sob a forma de comunicação oral nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica 2024 e pretende-se submeter para publicação, na Revista de Enfermagem Referência. Por esse motivo, não foi colocada a revisão de forma integral no relatório.

3. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Durante o meu percurso como enfermeira, fui atribuindo cada vez mais importância à aquisição de conhecimentos atualizados e ao desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família. Para isso, procurei na fase final deste meu percurso, diferentes contextos de estágio, que contribuíssem para o meu desenvolvimento profissional e execução de objetivos delineados.

Tendo como base uma linha orientadora, os três contextos de estágios, foram realizados em duas unidades de saúde, acreditadas pela JCI, onde a qualidade e a segurança da pessoa são consideradas prioridade e para mim fundamentais na prestação de cuidados.

Os três estágios tinham objetivos específicos que serão abordados posteriormente e um objetivo comum, sendo este: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas, relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e respetiva família.

O primeiro estágio foi realizado numa UCI na área metropolitana de Lisboa. Este serviço partilhava o mesmo espaço com a Unidade de Cuidados Intermédios, sendo composto por dez camas de cuidados intermédios e oito camas de cuidados intensivos. Três unidades tinham uma antecâmara, estando preparadas para situações de isolamento.

A unidade da pessoa em situação em crítica era composta por um computador, uma cama articulada com capacidade para avaliação do peso da pessoa, sistemas de monitorização hemodinâmica, ventilador, insuflador manual, rampa de oxigénio e ar comprimido, aspiração por vácuo e seringas infusoras.

Havia um balcão de enfermagem composto por dois computadores e um monitor que transmitia a informação da monitorização contínua, das pessoas internadas no serviço.

Cada enfermeiro na UCI tinha ao seu cuidado duas pessoas e contava com o apoio de um auxiliar de ação médica a trabalhar consigo e de uma equipa médica 24 horas por dia no serviço.

A UCI em questão admite pessoas com patologias e situações diversas, tais como pós-operatório de cirurgias major, patologia cardíaca e respiratória instável, lesão renal aguda e doença renal crónica agravada, intoxicações, entre outras. A pessoa em situação crítica poderia ser admitida no serviço proveniente do bloco operatório, do serviço de urgência, de serviços de internamento do hospital ou de outras instituições. O segundo contexto de estágio foi realizado no Grupo de Coordenação Local – Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) noutra unidade de saúde da área metropolitana de Lisboa.

A escolha deste estágio deve-se sobretudo ao meu interesse pessoal na área de prevenção e controlo de infeção, tendo intenção de aprofundar conhecimentos num hospital acreditado, onde a sua atividade e missão assenta em valores que considero essenciais.

O GCL-PPCIRA deste hospital, é constituído pelo Núcleo Executivo, Núcleo Consultivo e pelos Membros Dinamizadores.

Existe um regulamento interno que descreve a constituição, bem como as funções dos grupos acima descritos.

O Núcleo Executivo é composto por dois Enfermeiros, um Médico de Medicina Intensiva, um Médico de Medicina Interna, dois Farmacêuticos, um Médico de Farmacologia Clínica e um Apoio Administrativo.

O Núcleo Consultivo é composto por profissionais de cada área específica, sendo elas: Medicina Interna, Pediatria, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Patologia Clínica e Cuidados Intensivos (incluindo neonatais); um Enfermeiro do Bloco Operatório, Pediatria, Internamento e UCI; um representante dos Técnicos de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; um representante das comissões de Farmácia e Terapêutica, Qualidade e Segurança e Transfusão Hospitalar; um representante do Gabinete de Saúde Ocupacional, do Gabinete da Gestão do Risco, da Direção Geral de Suporte Operacional (Hotelaria, Logística, Direção de Infraestruturas, Manutenção e Equipamentos).

Os Membros dinamizadores são constituídos por Enfermeiros e Técnicos de cada serviço/unidade funcional.

Os focos de intervenção do GCL-PPCIRA são as Precauções Básicas de Controlo de Infecção, as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, as medidas recomendadas para a prevenção das principais IACS, do ponto de vista epidemiológico (Feixes de Intervenção para a prevenção da pneumonia associada à intubação, da infeção associada a cateter venoso central, infeção urinária associada a cateter vesical e infeção do local cirúrgico), bem como a gestão adequada dos antimicrobianos através do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos.

Com base nas linhas de intervenção, é realizada a normalização de boas práticas, formação e informação de profissionais e pessoas, monitorização das práticas recomendadas, apoio e consultoria técnica e vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica permite prevenir a transmissão cruzada de microrganismos e dessa forma, prevenir IACS. A unidade de saúde implementa um questionário na admissão e o seu preenchimento gera automaticamente prescrição de rastreios epidemiológicos, quando aplicável. Ao gerar a prescrição de colheitas microbiológicas, a pessoa fica automaticamente em isolamento até se obterem os resultados. Diariamente esses processos são analisados e os isolamentos são levantados ou mantidos consoante o resultado. É fundamental as unidades de saúde terem conhecimento da incidência das infeções, de forma a identificar situações, analisar a causa das infeções e assim aplicar medidas corretivas de forma a melhorar.

É efetuada uma monitorização contínua de indicadores de qualidade como por exemplo consumo de litros de solução antisséptica com base alcoólica por 1000 dias de internamento, auditorias da Higiene das Mãos, Precauções Básicas de Controlo de Infecção, Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão e Feixes de Intervenção.

O Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos acontece através de duas vias, sendo elas a proativa e a reativa. A proativa surge quando o profissional de saúde, perante uma situação, entra em contato com os profissionais que estão dedicados ao Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos e solicita o apoio para a prescrição de antibiótico. A reativa acontece quando a prescrição de antibiótico é realizada e a equipa

do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos aconselha o médico prescritor a alterar e adotar uma solução mais apropriada à situação.

Por fim, o último estágio foi realizado no serviço de urgência da mesma unidade de saúde do estágio anterior, permitindo-me “fazer a ponte” entre a monitorização realizada e as intervenções propriamente ditas. À semelhança do estágio anterior, a escolha deste serviço permitiu-me dar continuidade ao meu interesse pela prevenção e controlo de infeção, podendo conciliar o estudo da temática de interesse (estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no doente crítico) e aprofundar as minhas competências num hospital que procura cuidados com qualidade.

Este serviço de urgência presta cuidados de saúde durante 24 horas, garantindo uma equipa e recursos adequados para dar resposta a situações urgentes e emergentes que possam surgir.

É constituído por uma equipa de enfermeiros, alguns dos quais especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica; auxiliares de ação médica; administrativos; técnicos de cardiologia e uma equipa médica com especialidade de medicina interna e medicina geral e familiar. Caso seja necessária a observação por parte de outra especialidade médica, como por exemplo ortopedia, urologia, dermatologia, infeciologia, neurologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outras especialidades, a pessoa pode ser encaminhada para a consulta externa ou ser observada pela especialidade em regime de chamada.

Dispõe de duas receções; dois gabinetes de triagem; dezasseis gabinetes de consultas; uma sala de reanimação; um gabinete para eletrocardiogramas; duas salas de tratamentos; uma zona de observação com seis cadeirões e duas macas; um serviço de observação com treze unidades, em que duas estão preparadas para pessoas em isolamento protetor e aerossol, sendo colocadas as pressões positivas ou negativas conforme a situação; uma sala de pequena cirurgia; uma sala de gessos; o gabinete de enfermeira gestora e o gabinete de médico gestor; dois armazéns de consumíveis; uma sala de equipamentos; uma rouparia; uma sala de sujos; duas copas e três salas de espera.

Perto de uma das receções e sala de reanimação, é possível encontrar uma área com macas, onde pessoas ficam a aguardar serem encaminhados para exames ou consultas externas.

Neste serviço são monitorizados ao longo do ano os seguintes feixes de intervenção: prevenção de infeção associada a cateter venoso central e prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Para além desses feixes, são realizadas auditorias à higiene das mãos, bem como às precauções baseadas nas vias de transmissão.

Ao longo destes três diferentes contextos de estágios, abordei o meu interesse na área da prevenção e controlo de infeção, conseguindo contribuir para a melhoria dos cuidados, como adiante procuro apresentar.

4. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

É neste capítulo que será demonstrado o percurso efetuado aos longo dos três contextos de estágio, descrevendo a aquisição e o desenvolvimento de competências tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (2018), bem como os objetivos que me propus alcançar nos projetos de estágio.

Para os três contextos de estágio foi definido como objetivo geral: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas, relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e respetiva família.

No primeiro estágio, realizado numa UCI, foram definidos como objetivos específicos:

- a) Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos;
- b) Desenvolver competências de comunicação com a pessoa ventilada de forma invasiva;
- c) Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a artroplastia da anca e artroplastia total do joelho.

No segundo estágio, realizado num GCL-PPCIRA, foram definidos como objetivos específicos:

- a) Desenvolver competências no âmbito do controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos integrando um GCL-PPCIRA;
- b) Contribuir para a prevenção e controlo de infeção no âmbito do controlo ambiental.

No terceiro estágio, realizado num serviço de urgência, foram definidos como objetivos específicos:

- a) Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência;
- b) Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, no âmbito das precauções baseadas nas vias de transmissão.

Como profissional de enfermagem, é fundamental para mim, a prestação de cuidados de qualidade. Assim, a aprendizagem de competências técnico-científicas, éticas e relacionais e a atualização de conhecimento está intrínseco no desenvolvimento profissional. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019, p.4745), a competência acrescida integra:

conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

Segundo a Lei de Bases da Saúde, os profissionais de saúde têm o direito de aceder à formação de forma a atualizar conhecimentos e melhorar as suas práticas (Lei de Bases da Saúde, 2019).

Estão descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (2018) as competências que o enfermeiro deve desenvolver quando se compromete a especializar-se nesta área de Enfermagem, as quais são inteiramente fundamentais na minha prática.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, (2015b, p. 25) a formação para atualização e aperfeiçoamento profissional torna-se tanto um direito como um dever, de forma a garantir a “prestação de um cuidado de excelência, atualizado e à luz dos saberes e conhecimentos mais recentes.”

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere que os enfermeiros:

concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral (...) contribuem, no exercício da sua atividade, na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem (...) (Ministério da Saúde, 1996. p.2961).

É desta forma, que o desenvolvimento a nível profissional se encontra realçado em regulamentos, deontologia profissional e REPE, justificando a importância, direito e dever de o enfermeiro salvaguardar uma prestação de cuidados baseada em evidência científica, de qualidade e excelência.

Foi então que comecei o meu processo de procura de conhecimento e aquisição de competências acrescidas, para que perante as pessoas que cuidava, pudesse contribuir da melhor forma, promover melhores resultados e consolidar o meu pensamento crítico.

Os anos de experiência permitem desenvolver a capacidade de análise, sentido crítico e reflexivo, sendo assim, faz sentido prestar primeiramente cuidados gerais, de forma a capacitarmo-nos, para posteriormente, propormo-nos a aprimorar e a desenvolver competências acrescidas em uma determinada área do cuidar. Ter conhecimento e consciência das limitações e conhecimentos é ser-se competente, na medida em que se previnem falhas. Contudo, é essencial que haja uma procura de conhecimento quando nos deparamos perante essas limitações. São as experiências profissionais que muitas vezes nos fazem parar para refletir e perceber que as intervenções executadas e a análise efetuada poderiam ter sido diferentes, ou pelo contrário perceber que o nosso pensamento crítico, o planeamento realizado, as intervenções executadas fizeram toda a diferença na vida de uma pessoa. Um cuidado rigoroso faz parte, no meu entender, de um dever profissional.

Para que seja possível desenvolver competências especializadas e aumentar o conhecimento, é preciso ter compromisso e dedicação. O estudo intensivo é fundamental para que se consiga analisar a pessoa em todas as suas vertentes, nos diferentes contextos de situação crítica. Aliado a esse conhecimento, é fundamental a realização de estágios, de forma a aplicar os conhecimentos e desenvolver competências.

Na UCI, prestei cuidados a pessoas em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, dei assistência em procedimentos tais como colocação de uma traqueostomia percutânea, linha arterial, cateter venoso central e *Swan Ganz*; montagem de um sistema de hemodiálise; broncofibroscopia; endoscopia digestiva alta e toracocentese.

Para analisar a pessoa na totalidade foram observados os processos clínicos, de forma a ter acesso a todo o contexto, como por exemplo resultados de análises, exames complementares de diagnóstico. Compreendendo toda a monitorização hemodinâmica, foi possível perceber o tratamento implementado e todo o suporte farmacológico.

Diariamente no meu local de trabalho, contactava com pessoas sob ventilação mecânica invasiva em modos controlados, pois trabalhava num bloco operatório. Este estágio permitiu-me compreender outros modos ventilatórios, adquirindo uma maior noção da alternância de parâmetros e tentativas de desmame. Quando os alarmes surgiam, era necessário analisar a pessoa na sua totalidade e perceber o motivo, como por exemplo fuga de ar porque o balão do cuff encontrava-se pouco insuflado.

Em termos de avaliação hemodinâmica, desenvolvi competências de observação e vigilância, sendo necessário ajustar de forma reflexiva e crítica os alarmes, de forma individual. Os limites estabelecidos permitiam dar espaço para intervir e uma vigilância segura. Avaliei a pressão venosa central e pressão intra-abdominal e interpretei resultados, observei a realização de ponto hemodinâmico no sistema PICCO e *Swan Ganz*. Desta forma, ganhei uma maior experiência na interpretação de dados, comunicando as alterações à enfermeira orientadora, de modo a obter observações médicas imediatas.

Neste estágio, foi mantida também a preocupação em implementar medidas de prevenção da pneumonia associada à intubação, seguindo as indicações da Norma da DGS sobre “Feixe de Intervenções”, nomeadamente manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30°, realizar higiene oral, verificar e manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (Direção Geral da Saúde, 2022).

Foi realizada análise e discussão de situações complexas e inesperadas com a enfermeira orientadora, partilhando conhecimentos, tendo em conta a evidência científica e prática especializada.

Ao longo do estágio aprofundei conhecimentos, realizando pesquisas, recorri a informação teórica lecionada no curso de mestrado e a livros, como é o caso de *Enfermagem em Cuidados Intensivos* de Linda Urden, Kathleen Stacy e Mary Lough. Desta forma, foram desenvolvidas ao longo do estágio competências em cuidados especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de UCI.

Relativamente ao segundo objetivo delineado neste estágio, para desenvolver competências de comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva, realizei uma pesquisa direcionada, onde obtive um maior conhecimento sobre este tema e alternativas para as dificuldades que se encontram.

Segundo Khalaila et al. (2011), a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, apresenta níveis moderados a elevados de sofrimento psicoemocional por não conseguir comunicar. A dificuldade na leitura labial, a incapacidade de escrever, a falta de formação dos enfermeiros sobre comunicação, o aumento da carga de trabalho são algumas das inúmeras barreiras na comunicação referidas no artigo. O mesmo refere que a capacidade de ouvir e as habilidades de comunicação não-verbal constituem fatores que contribuem para a comunicação eficaz, nomeadamente leitura labial, uso de caneta e papel, linguagem corporal e facial positiva, contato visual, solicitação de respostas de “sim” e “não”, estalar a língua ou uso de sinal sonoro, entre outras medidas.

Guttormson et al. (2015), referem que a formação dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre como apoiar a comunicação da pessoa durante a ventilação mecânica invasiva e sobre meios de comunicação alternativos a utilizar, contribuem para a diminuição do sofrimento da pessoa. O mesmo estudo revela que mais de um terço da comunicação realizada entre enfermeiros e pessoas sob ventilação mecânica invasiva relacionadas com o controlo de dor é ineficaz, por mensagem não recebida ou não compreendida e 30% das pessoas revela não conseguir transmitir as suas necessidades.

Ter consciência das dificuldades sentidas pelas pessoas que cuidamos, dá-nos outra percepção e outra sensibilidade. Ter consciência que é comum existirem relatos de incapacidade ou dificuldade na comunicação nas Unidades de Cuidados Intensivos, permite aos profissionais olharem para este fenómeno como um problema, sendo necessário trabalhar com as equipas estratégias para diminuir esta ocorrência e desta forma diminuir a ansiedade e o desconforto das pessoas, preocupando-nos em prestar cuidados de qualidade.

O enfermeiro numa UCI necessita de ter competências técnicas e conhecimento teórico, mas também é importante desenvolver competências relacionais e comunicacionais, pois são fatores que potenciam a qualidade interventiva do enfermeiro. Cabe ao Enfermeiro prestador de cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva, diminuir o seu desconforto e as suas inquietações, facilitando a comunicação e explicando a necessidade de ventilação invasiva.

Neste estágio, houve a possibilidade de cuidar apenas de uma pessoa em fase de desmame ventilatório, onde a comunicação foi eficaz e desse modo garanti tanto o bem-estar físico (alternando posições no leito) como psicológico (esclarecendo dúvidas e acalmando as suas preocupações).

O facto de ter consciência do problema existente relativamente à dificuldade na comunicação, fez com que mobilizasse algumas das estratégias descritas nos artigos de modo a facilitar a comunicação. Este processo foi simplificado pelo facto de a pessoa ter uma traqueostomia. Por este motivo, foi mais fácil ler-lhe os lábios e desta forma comunicar. Para além da leitura labial, preocupei-me em orientar a pessoa relativamente ao tempo e espaço, bem como estado de saúde, de forma a conseguir clarificar algumas questões que pudessem existir. Preocupei-me em fazer perguntas direccionadas, de modo a obter a resposta “sim” e “não” com a cabeça, nomeadamente perceber se a pessoa apresentava dor, se gostaria de mudar de posição, se tinha frio. Expliquei que poderia por exemplo bater na grade para emitir um som e desta forma, despertaria a atenção e seria mais fácil algum profissional se aproximar.

Através dos estudos lidos, foi possível ter uma maior noção de estratégias para atenuar este problema.

Uma das responsabilidades de um enfermeiro especialista é exatamente procurar evidência científica de forma a atualizar conhecimentos, como também adquirir novo conhecimento perante novas situações e dessa forma prestar cuidados com qualidade. A gestão da comunicação interpessoal tanto com a pessoa, como sua família/cuidador face à situação de alta complexidade foi trabalhada tanto na UCI, como no serviço de urgência, permitindo a presença de visita alargada, esclarecendo eventuais dúvidas, gerindo sentimentos de incerteza. Apesar da complexidade das patologias apresentadas e muitas vezes ser difícil a gestão de cuidados de forma a não ficar assoberbada, é importante o tempo para escutar, esclarecer, informar, tranquilizar, dar suporte. O desafio maior foi, provavelmente, a comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva. A percepção através da leitura de lábios ou da escrita é, por vezes, difícil. É preciso arranjar alternativas, para que a comunicação não seja nunca um entrave e desta forma demonstrei “conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com barreiras à comunicação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p19363), iniciando uma “relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363). A família, sendo ela muitas vezes o suporte, mostra a fragilidade no momento que vai embora, onde as questões são colocadas, os sentimentos e o medo são demonstrados. É nesse momento que os nossos cuidados têm de se direccionar à família e transmitir a informação de forma adequada, adaptada ao estado da pessoa, dando suporte nesta fase.

A comunicação eficaz também passa pela transmissão de informação entre equipas e toda a informação transmitida em passagem de turno, foi realizada segundo a metodologia ISBAR: (I) *Identification* da pessoa, através dos dois primeiros e dois últimos nomes e data de nascimento; (S) *Situation*, mencionando o motivo da admissão e diagnóstico (B) *Background*, onde eram referidos os antecedentes pessoais; (A) *Avaliation*, com a descrição da situação atual e avaliações e por fim, (R) *Recommendation*, onde eram citadas as recomendações, reavaliações necessárias e exames pendentes.

Delineei então como terceiro objetivo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a artroplastia da anca e artroplastia total do joelho.

Abordei a existência de um protocolo desse mesmo hospital, sobre a remoção de drenos cirúrgicos às 24 horas, salvo indicação médica em contrário, protocolo esse não aplicado na UCI. Desta forma, sensibilizei a equipa para este tema, contribuindo para o menor tempo de exposição a dreno, diminuição de risco de contaminação e possível infeção. A formação realizada à equipa de UCI (APÊNDICE I) teve o intuito de rever cuidados às pessoas submetidas a artroplastia da anca e artroplastia total do joelho, face às suas especificidades (tipos de prótese na artroplastia da anca, as vias de abordagem, os cuidados pós-operatórios, a reeducação funcional, os posicionamentos permitidos e os cuidados com o levante, pois a UCI era partilhada com a Unidade de Cuidados Intermédios). As fotografias incluídas na apresentação, que demonstravam cuidados a ter com a mobilização, foram retiradas do relatório, de forma a manter a privacidade dos profissionais e da unidade de saúde.

A formação em Enfermagem é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, exigindo aos formandos atualização constante sobre as temáticas do dia-a-dia. Esta formação foi considerada uma mais-valia para os enfermeiros do serviço, pois foi possível observar o interesse dos mesmos perante o tema.

Relativamente ao segundo contexto de estágio, no GCL-PPCIRA, consegui centrar-me no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no âmbito da “intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19364), como também noutros contextos hospitalares.

Ao longo deste estágio revelei conhecimento sobre o PPCIRA, demonstrei competências nos quadro focos de intervenção da unidade de saúde (Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, Feixes de Intervenção e Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos) através da normalização de boas práticas, formação e informação de profissionais, monitorização das práticas recomendadas, apoio e consultoria técnica e vigilância epidemiológica; aumentei progressivamente a atuação nas diversas áreas de controlo de infeção; validei previamente com o enfermeiro orientador dúvidas existentes; demonstrei

conhecimentos sólidos de controlo de infeção, utilizando-os para fundamentar as práticas; demonstrei curiosidade intelectual, questionando e promovendo os momentos de discussão sobre os casos reais ou teóricos.

No âmbito das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, colaborei na gestão do programa da Promoção da Higiene das Mãos; realizei auditorias globais a serviços internos e um serviço externo (lavandaria central); realizei treinos de observação, explorei instrumentos de recolha de dados e de divulgação; realizei apoio e consultoria no reprocessamento dos endoscópios da consulta de Otorrinolaringologia; contribuí para a prevenção e controlo de infeção no âmbito do controlo ambiental, nomeadamente na análise de incidente sobre a limpeza e desinfeção do bloco operatório; realizei uma visita à marca dos produtos utilizados na higienização hospitalar, de modo a rever métodos, propor auditorias e rever processos; realizei auditorias à higiene ambiental do serviço em questão; revi o plano de higienização, contribuindo para a normalização de boas práticas e prevenção e controlo de infeção no âmbito do controlo ambiental, com a aplicação de um Plano de Higienização “teste” no Serviço de Internamento (APÊNDICES II, III e IV).

A contaminação ambiental, bem como do material e equipamento clínico, propiciam a propagação de microrganismos, aumentando o risco de transmissão destes e consequentemente o desenvolvimento de doenças.

A DGS discrimina na norma sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção, a descontaminação de Equipamento Clínico e o Controlo Ambiental, como sendo duas das medidas fundamentais para prevenir e controlar as infeções.

O equipamento clínico utilizado pode conter fluídos orgânicos e agentes infecciosos, que indiretamente são transmitidos de pessoa para pessoa, através das mãos dos profissionais que tocam em áreas contaminadas. Caso a descontaminação do material não seja realizada de forma correta, poderá também constituir uma fonte de infeção (Direção Geral da Saúde, 2013).

Também a JCI destaca a limpeza ambiental como sendo um requisito à prevenção e controlo de infeção:

O programa de prevenção e controle de infeções identifica e implementa padrões de programas reconhecidos de prevenção e controle de infeções para

lidar com a limpeza e desinfecção do meio ambiente e das superfícies ambientais. (...) Práticas eficazes de limpeza e desinfecção ambiental contribuem para a prevenção de infecções no hospital. A limpeza de rotina do ambiente inclui limpeza diária de salas de pacientes e áreas de cuidados, áreas de espera e outros espaços públicos, espaços de trabalho de profissionais, cozinhas, e assim por diante (The Joint Commission (Oakbrook Terrace, Illinois), 2020, p. 199).

Tanto a JCI como a DGS fazem referência à necessidade de conhecimento sobre as práticas de limpeza, frequência, equipamento, produtos e quais os profissionais responsáveis pelo processo. A JCI refere ainda que áreas hospitalares com elevado risco de contaminação requerem uma limpeza com especial atenção.

A limpeza terminal é concluída após a alta; esse processo pode ser ainda mais aprimorado se o paciente tiver uma infecção contagiosa conhecida ou suspeita. A limpeza terminal requer maior atenção ao meio ambiente e pode incluir lavagem de cortinas, remoção e limpeza de todos os itens destacáveis na sala e desinfecção de superfícies com múltiplos agentes de limpeza (...) (The Joint Commission (Oakbrook Terrace, Illinois), 2020, p. 199).

Muitas são as referências sobre as medidas necessárias para prevenir e controlar as infecções através do ambiente e apesar dos anos, as indicações da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale são ainda hoje consideradas relevantes para o controle de infecção.

Durante o estágio, a visita à lavanderia central permitiu compreender a articulação com a unidade de saúde, bem como os requisitos obrigatórios para evitar a contaminação cruzada e prevenir a transmissão de microrganismos através da roupa, nomeadamente circuito de limpo e contaminado, temperaturas, ciclos e produtos.

Atuei também no âmbito das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão: participei na vigilância epidemiológica, realizada diariamente, levantando isolamentos após resultados microbiológicos negativos, bem como implementação de medidas de isolamento quando aplicável; participei na gestão das medidas de isolamento em pessoas internadas, realizando auditorias à implementação de precauções adicionais.

Relativamente aos Feixes de Intervenção (prevenção da pneumonia associada à intubação, da infeção associada a cateter venoso central, da infeção urinária associada a cateter vesical e infeção do local cirúrgico) realizei uma apresentação sobre a implementação dos Feixes de Intervenção (APÊNDICE V). Foi omitido da formação, o logotipo e o nome da unidade de saúde, de modo a manter o anonimato da instituição.

Em relação ao Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos, realizei um turno com a restante equipa do GCL-PPCIRA, no sentido de ficar a conhecer o trabalho multidisciplinar existente, como está definido o programa e quais as competências do enfermeiro nesta área.

Contribuí para as necessidades de melhoria da qualidade identificadas nos serviços relativamente à prevenção e controlo de infeção, nomeadamente definição de plano de higienização com base nas áreas de risco; apoio no circuito de reprocessamento dos endoscópios da consulta de Otorrinolaringologia, participando no desenvolvimento de procedimento de controlo de infeção, de acordo com normas de prevenção e controlo de infeção e demonstrei a metodologia para implementação de Feixes de Intervenção num serviço.

Salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos foi e é uma preocupação constante na minha prática, tendo em conta que as ações contribuem para a diminuição de transmissão de microrganismos, passando por uma correta higiene das mãos nos 5 momentos indicados; cumprimento da etiqueta respiratória, fornecendo máscara sempre que aplicável; manter técnica asséptica nos procedimentos que assim requerem este rigor; confirmar se as prescrições de rastreios epidemiológicos são cumpridas; garantir a aplicação de isolamentos devidamente sinalizados e garantir que os ensinamentos à pessoa e sua família são cumpridos.

No estágio do GCL-PPCIRA tive a oportunidade de monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo implementadas.

Desta forma, consegui desenvolver competências no âmbito de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, integrando um GCL-PPCIRA.

É de salientar que o trabalho de investigação visa mapear a melhor evidência sobre as estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado à pessoa em situação crítica e que muitas são as áreas onde a intervenção do enfermeiro é fundamental, nomeadamente: Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, prevenção da infeção associada à intubação, prevenção da infeção urinária associada a algaliação, prevenção da corrente sanguínea associada a CVC e a cateter venoso periférico, prevenção da infeção do local cirúrgico, medidas de prevenção de infeção relacionadas com derivações ventriculares ou lombares externas e participação em programas de gestão antimicrobiana.

Ressalvo para a preocupação crescente da resistência dos antimicrobianos e o papel fundamental dos médicos e enfermeiros nesta área.

O relatório anual do ECDC, revela que em 2020, mais de 800 000 infeções na União Europeia/ Espaço Económico Europeu foram devidas a bactérias resistentes a antibióticos e que mais de 35 000 pessoas morreram em consequência direta destas infeções (European Centre for Disease Prevention and Control, 2023).

No estudo desenvolvido, a formação foi muito evidenciada como sendo uma estratégia importante, na medida em que consolida os conhecimentos e ajuda a melhorar as práticas nos serviços. Desta forma, em todos os contextos de estágio, tive a oportunidade de realizar formações para as equipas, de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Também neste estágio tive a oportunidade de participar no Congresso Internacional de Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobiana Luz Saúde 2024 (ANEXO I), onde foram abordados vários temas, nomeadamente IACS, resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, doenças infecciosas nos migrantes, entres outros temas relevantes.

No serviço de urgência, tomei conhecimento sobre os procedimentos internos do serviço, nomeadamente organização da prestação de cuidados; protocolos de atuação em situações críticas (Via Verde Acidente Vascular Cerebral e Via Verde Coronária) e de situações não-críticas.

Tive a possibilidade de realizar três turnos no gabinete de triagem, no sentido de ter uma maior noção da aplicação dos fluxogramas de acordo com o caso apresentado, segundo a Triagem de Manchester.

Realizei pesquisa direcionada de acordo com os conhecimentos a consolidar ou a mobilizar para a *praxis*, como por exemplo: suporte avançado de vida, aspetos a ter em conta no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Analisei e reconheci parâmetros de monitorização hemodinâmica específicos, desenvolvi o meu sentido crítico e reflexivo através de discussão de casos práticos e abordei outros aspetos teóricos oportunos ao contexto e importantes para a formação especializada, nomeadamente atuação em situação de arritmia, cardioversão, suporte avançado de vida, ventilação não invasiva (*Continuous Positive Airway Pressure*), choque anafilático e cetoacidose diabética.

A avaliação da pessoa deve concretizar-se com base numa boa observação, análise e valorização de alterações de sinais e sintomas, de modo a tomar decisões assertivas, solicitar observação multidisciplinar. Uma abordagem à pessoa em situação crítica, utilizando a mnemónica (A) Via Aérea, (B) Ventilação, (C) Circulação, (D) Disfunção neurológica e (E) Exposição, torna-se essencial, permitindo que haja uma avaliação rigorosa, sob uma orientação lógica e eficaz. Desta forma, detetei alterações relevantes na pessoa, priorizando problemáticas; demonstrei conhecimentos sólidos na avaliação à pessoa em situação crítica e sua família e utilizei-os para fundamentar os cuidados que prestava.

Deste modo, fui desenvolvendo ao longo do estágio competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (2018), refere que o enfermeiro “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação,” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359). Relativamente a esta área, este último estágio permitiu aprofundar conhecimentos e um desenvolvimento maior neste âmbito, não do ponto de vista do acontecimento, mas pela possibilidade de conhecer o protocolo de atuação da unidade de saúde, conhecer o carro de apoio a situações de exceção e catástrofe,

bem como receber formação da enfermeira que dirigiu este protocolo. Este hospital realizou em novembro de 2023 um simulacro, onde profissionais conseguiram testar o circuito definido e ter uma maior percepção de como deverão atuar. Tive a oportunidade de assistir a um vídeo sobre a atividade realizada, onde me pareceu ser bastante realista e prática, o que ajuda a consolidar os conhecimentos teóricos transmitidos em formação. Este tipo de atividades é fundamental e deve ser regular, de modo a relembrar práticas e melhorar a atuação. Não estamos isentos de sofrer uma situação limite (sismo, terramoto, terrorismo, etc), onde a atuação rápida, eficaz e de excelência faz toda a diferença para a segurança das pessoas que cuidamos, tendo em conta que numa situação destas existe, habitualmente, uma discrepância entre o número de vítimas e o número de profissionais capazes de prestar cuidados em tempo útil.

Em termos concretos, não foram prestados cuidados à pessoa em situação crítica em situação de exceção e catástrofe, uma vez que não se verificou este tipo de situações, no entanto, tive a oportunidade de conhecer em detalhe o plano de emergência interno. O carro de apoio contém material essencial para atuação, nomeadamente placas com as zonas definidas; folhetos com as tarefas por área, de forma a orientar os profissionais que estão destacados nos locais; coletes para sinalizar profissionais; sacos organizados por números com tubos de colheitas de sangue, pulseira de identificação, requisições, folha de triagem com segunda avaliação. Numa situação destas é preenchida a idade aproximada e sexo.

Durante a minha prestação de cuidados, tive especial atenção para as questões da prevenção e controlo de infeção, nomeadamente higiene das mãos, etiqueta respiratória, isolamentos, rastreios epidemiológicos, rigor nas técnicas assépticas, limpeza ambiental, suportando a prática clínica no âmbito das decisões que tomei, com base na investigação que conduzia (revisão *scoping*).

Sendo a urgência um serviço que atende uma variada tipologia de pessoas, este tem de estar preparado para aplicar medidas de precauções adicionais associadas às vias de transmissão e aplicar circuitos novos quando necessário, colocando pessoas suscetíveis de transmissão de microrganismos significativos, em áreas definidas e restritas, de modo a prevenir e controlar a infeção. De modo a melhorar os cuidados de enfermagem no âmbito das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão no

serviço de urgência, realizei uma formação sobre a temática (APÊNDICE VI). Foi omitido da formação, o logotipo e o nome da unidade de saúde, de modo a manter o anonimato da instituição.

Criei um cartaz com um *QR code* com as *Guidelines do CDC* sobre as medidas de isolamento a aplicar consoante o microrganismos e localização (último slide da apresentação). Desta forma, a equipa tem rápido acesso à informação, de modo a intervir adequadamente e sem dúvidas.

Importa dizer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (2018), é aquele que “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica “(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359).

Desta forma, foi definido como objetivo geral dos três contextos de estágios “desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas, relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e respetiva família”, de modo a dar resposta às competências supramencionadas.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, envolve múltiplos fatores, tendo em conta que se encontram em situações de risco onde a vigilância minuciosa, a antecipação de instabilidade hemodinâmica, o cuidado de alta complexidade é essencial para evitar o seu agravamento e risco de falência. É no meio deste contexto que o enfermeiro terá também de olhar para a família e conseguir chegar a esta, cuidando, ouvindo, gerindo a sua incerteza.

Os conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma são também essenciais, pois uma resposta rápida e eficaz aumenta a taxa de sucesso dos cuidados prestados. Perante isto, consegui no estágio de urgência participar numa reanimação cardiovascular que foi presenciada, exatamente porque a instabilidade hemodinâmica estava a instalar-se, foi reconhecida e a equipa médica previamente avisada, permitindo iniciar manobras de imediato e contribuindo para o sucesso da reanimação. Participei tanto nas compressões, como no apoio à via aérea avançada, onde colaborei na inserção do cateter orotraqueal, aspiração de conteúdo gástrico aspirado, bem como fixação do tubo e ventilação através de insuflador manual.

Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, sob ventilação mecânica invasiva; monitorização hemodinâmica invasiva; submetida a cardioversão;

com diagnósticos de enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, taquidisritmias, cetoacidose diabética, fui demonstrando os meus conhecimentos e garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnosticando precocemente as complicações, dando respostas apropriadas aos contextos. Fui também realizando uma reflexão crítica, juntamente com os enfermeiros orientadores, de forma a abordar as pessoas que tínhamos ao nosso cuidado, avaliando e monitorizando as respostas aos problemas identificados.

A gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica, a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, estão descritas no regulamento de competência, sendo também necessário ter conhecimento sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Foram utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente aplicação de gelo, otimização de posicionamento, gestão de sedo-analgesia (horário fixo, perfusão contínua, via endovenosa ou subcutânea, etc).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) fazem parte das competências de um Enfermeiro Especialista a responsabilidade profissional, ética e legal. Cabe ao profissional cuidar das pessoas segundo princípios éticos e a deontologia profissional, onde o respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional está inerente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

É essencial refletir sobre os cuidados que prestamos e atuamos segundo princípios éticos e deontológicos, normas, assegurando a qualidade e garantido a segurança nos cuidados prestados. A privacidade, a confidencialidade, os cuidados individualizados, o consentimento informado, são essenciais. Nesse sentido, durante a minha prática preocupei-me em garantir estes aspetos e o direito à informação, ao esclarecimento de dúvidas tanto da pessoa, como da sua família. Muitas são as dúvidas e os medos que surgem sobre o estado de saúde e os exames/tratamentos propostos. Relato aqui a explicação prévia que realizei à pessoa que iria ser submetida a cardioversão, sobre o que estava a acontecer com o seu coração e o que o tratamento implicaria. A possibilidade de a pessoa poder ligar ao seu pai antes do procedimento, de forma a

explicar com a nossa ajuda a sua situação, permitiu diminuir a sua ansiedade e tranquilizar a família. Desta forma, foram prestados cuidados individualizados, foi garantido o direito à informação, solicitado o seu consentimento informado e esclarecimento de dúvidas tanto da pessoa, como da sua família. Destaco também um doente com enfarte agudo do miocárdio, que rapidamente foi direcionado para o serviço de hemodinâmica, mas sem antes lhe ser dada informação sobre o seu estado, sobre o procedimento que iria ser realizado, explicadas as suas dúvidas e solicitado o consentimento informado. Tive a possibilidade de realizar o transporte da pessoa para o serviço e ainda assistir à intervenção. Posteriormente ao exame tive a possibilidade de esclarecer a família sobre o estado de saúde da pessoa e falei com o médico, de modo a esclarecer a família sobre o tratamento a implementar a partir desse momento. A análise detalhada dos processos clínicos permitiu aumentar a segurança das práticas executadas, na medida em que obtinha toda a informação para analisar de forma rigorosa e consciente as necessidades da pessoa e definir o plano terapêutico. É com base nestes princípios que reajo a minha forma de atuar e cuidar do Outro.

No domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados descrita no mesmo regulamento, destaco o desenvolvimento de práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria, onde recorri a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade: utilizei indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas, integrando em auditorias internas, analisando os resultados da avaliação e elaborando planos estratégicos de melhoria; elaborei guias orientadores de boa prática, nomeadamente cuidados específicos à pessoa submetida a artroplastia da anca e joelho, plano de higienização, circuito de reprocessamento dos endoscópios da consulta de Otorrinolaringologia, método de implementação de feixes de intervenção, bem como cartaz sobre as prevenções baseadas nas vias de transmissão. Desta forma, fomentei a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade e supervisionei-os.

Ao longo dos três contextos de estágio, a segurança da pessoa e o cuidado com qualidade foi sempre tido em conta, garantindo um ambiente terapêutico e seguro. Centrando-me na temática da investigação que realizava, colaborei nas necessidades dos serviços, que foram apresentadas após o diagnóstico de situação, elaborando

assim estratégias de prevenção e controlo de infeção. Objetivamente a *scoping review* que conduzi iluminou dados importantes, que me permitiram aplicar nos diferentes contextos.

A liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, é também fundamental na minha prática diária, visto que me encontro atualmente num cargo de gestão. Garantir que o meu serviço e a minha equipa têm todas as ferramentas necessárias para atuar com qualidade é basilar. Desta forma, consegui no último estágio, reunir-me com a chefia do serviço, de modo a perceber algumas dinâmicas de organização, coordenação e gestão do serviço e, desta forma levar essa experiência para o meu contexto laboral. Aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado é essencial e consegui ter uma maior noção do processo de avaliação da equipa, bem como a atribuição de prémios anuais, que tanto motivam os colaboradores.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, fazem referência ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como uma prática clínica especializada sustentada na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Como já referido, a importância da aquisição de conhecimento com base em evidência científica e o desenvolvimento de competências torna-nos mais eficazes, mais assertivos e rigorosos.

Na UCI tive a oportunidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a artroplastia da anca e artroplastia total do joelho, através de uma apresentação ao serviço (APÊNDICE I).

Destaco a elaboração do trabalho de investigação sobre as estratégias dos enfermeiros na prevenção e controlo de infeção à pessoa em situação crítica. A apresentação do mesmo, em congresso internacional (ANEXO II e III) permitiu apresentar os resultados obtidos, partilhando desta forma o conhecimento e investigação, contribuindo para a mudança de práticas e execução de cuidados de excelência.

No GCL-PPCIRA tive a oportunidade de realizar uma apresentação sobre o método de implementação de feixes de intervenção em unidade de saúde (APÊNDICE V).

A DGS criou feixes de intervenção em quatro focos, que muitos riscos acarretam, sendo eles a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, Prevenção de Infecção Urinária associada a cateter vesical, Prevenção da corrente sanguínea associada a CVC e Prevenção da Pneumonia associada a intubação. Com base em evidência científica, estes feixes trazem para as instituições as mais recentes recomendações em controlo de infeção nas quatro áreas definidas.

Por fim no serviço de urgência, foi elaborada uma apresentação sobre precauções baseadas nas vias de transmissão, com um cartaz no final, de modo a dar apoio em situação de dúvida (APÊNDICE VI).

Durante o meu percurso tive o cuidado de refletir e analisar o meu desenvolvimento com os enfermeiros orientadores, de modo a promover o sentido crítico e o cuidado de excelência de uma forma cientificamente fundamentada. É este desenvolvimento contínuo que nos permite evoluir e prestar cuidados sob uma renovada perspetiva. São muitos os momentos, onde a prática e a consciência dos riscos fazem toda a diferença.

Relativamente ao controlo de infeção, as IACS são consideradas muitas vezes evitáveis, contudo continuam a surgir. É preciso dotar os profissionais de conhecimento sólido e constante, dar espaço para que tenham essa informação e formação, para que os seus cuidados diários sejam realizados com base numa responsabilização consciente.

O simples exemplo de uma correta higiene das mãos não é perda de tempo, é praticarmos de forma intencional uma prática segura e de qualidade, que muito reduz a transmissão de microrganismos.

É muitas vezes, com situações que surgem, que a revisão de processos acontece, a avaliação do desempenho é concretizada, as ideias praticadas são postas em causa e a procura de novo conhecimento é realizado. É necessário ter uma equipa estruturada, com curiosidade intelectual para que a prática de um serviço seja realizada sob as evidências científicas e cabe ao enfermeiro especialista estimular esta cultura. A ciência está em constante evolução e a enfermagem também.

Não podemos ficar resignados à estagnação e aos ensinamentos prévios, devemos adaptar os cuidados às mudanças e evolução inerentes ao progresso científico, social

e ambiental. Se nos pautarmos por esta prática, o ganho é sobretudo para as pessoas que carecem dos nossos cuidados. Assim, é importante partilhar os trabalhos de investigação que se realizam com as equipas, serviços, unidades de saúde, comunidade. A partilha de evidência científica, a atualização das normas da DGS, ajudam a aperfeiçoar os cuidados já prestados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem tem evoluído ao longo dos anos e o desenvolvimento da profissão permitiu aumentar a complexidade dos cuidados.

A responsabilização das equipas é fundamental, para que haja compromisso e rigor nas práticas. O conhecimento do panorama de cada instituição, permite aos profissionais ganharem uma maior consciência da realidade na qual se encontram, pertencem e para a qual contribuem.

Enquanto profissional de saúde, considero que os cuidados prestados têm de garantir a qualidade, de forma a dar a melhor resposta às situações que surgem. Para isso é necessária formação contínua e desenvolvimento profissional em todas as áreas da saúde.

Segundo Capelo Gil (2024), a Universidade Católica Portuguesa tem como missão garantir uma formação académica com qualidade e a implementação do cultivo da ciência de modo a contribuir para um bem comum e desta forma preparar “protagonistas do bem comum”, como referiu o Papa Francisco, na audiência à Federação Internacional de Universidades Católicas.

A criação de especialidades permitiu que os enfermeiros, nas diversas áreas, começassem a prestar cuidados baseados na evidência científica, com sentido crítico, aumentando a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados.

Segundo o REPE, o Enfermeiro especialista é aquele que fica habilitado com um curso de especialização ou estudos superiores especializados em enfermagem, e que obtém competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados além dos cuidados gerais, atuando na sua área de especialidade (Ministério da Saúde, 1996).

A especialização em Enfermagem permite diminuir as taxas de mortalidade, complicações e dias de internamento; aumenta a satisfação das pessoas face aos cuidados recebidos; melhora a qualidade dos cuidados prestados, trazendo ganhos

em saúde para a pessoa doente, para as instituições e para os próprios profissionais (Lopes et al., 2018).

Desta forma, é essencial que haja a preocupação dos profissionais em melhorar os seus cuidados, aumentar conhecimento e competências.

Rabiais (2016), assume que no processo ensino-aprendizagem é importante compreender a aprendizagem através da experiência vivida e como a pessoa reflete sobre essa mesma experiência, tendo em conta questões teóricas e práticas, para um aumento do conhecimento e desenvolvimento científico da enfermagem.

Nesta perspetiva, é fundamental investir no processo de aquisição de conhecimento, desenvolvimento de competências, reflexão sobre todo o processo desenvolvido, culminando no título de enfermeiro especialista e mestre.

Os cuidados prestados apresentam outro nível de consciência, conhecimento e amadurecimento. O pensamento crítico desenvolvido foi e é essencial durante as intervenções de cuidados.

Considero, pelo que foi descrito que atingi os objetivos propostos, bem como as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O enfermeiro especialista deve sensibilizar os seus pares para a prática de cuidados de excelência, fornecendo informação, realizando formações sobre atualizações que demonstram ser mais eficazes.

Enquanto enfermeira especialista, procuro continuar a atualizar os meus conhecimentos, de forma a prestar melhores cuidados de enfermagem, bem como também a partilhá-los. Todo o conhecimento adquirido deve ser transmitido através de sensibilização e formação e assim contribuir para uma prática coletiva com qualidade.

Realço a importância da prevenção e controlo de infeção nos cuidados à pessoa em situação crítica, as inúmeras estratégias encontradas na *scoping review*, que contribuem para a diminuição do risco de transmissão de microrganismos e desta forma, prestar cuidados com qualidade.

A revisão de processos, a definição de estratégias de melhoria e a monitorização destes processos, são fundamentais, de forma a detetar falhas ou situações de risco, melhorando e avaliando os resultados.

Enfatizo a teoria ambientalista de Florence Nightingale, que contribuiu seriamente para a recuperação das pessoas que cuidava, implementando estratégias fundamentais na prevenção e controle de infecção e que ainda hoje são tidas em conta.

Termino este processo, com a consciência de que os diferentes contextos de estágio permitiram evoluir e adquirir competências de enfermeira especialista, deixando aqui o compromisso de promover cuidados de excelência no serviço onde desempenho funções, com a criação de momentos de formação e promovendo o desenvolvimento de competências dos restantes elementos da equipa.

Finalizo com a certeza de que a jornada foi longa e bastante enriquecedora e que os objetivos a que me propus foram cumpridos com esforço e dedicação, podendo então dar início a um novo caminho como enfermeira especialista e mestre.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Best, M., & Neuhauser, D. (2004). Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Quality and Safety in Health Care*, 13(3), 233–234.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010918>
- Chapman, L., Hargett, L., Anderson, T., Galluzzo, J., & Zimand, P. (2021). Chlorhexidine Gluconate Bathing Program to Reduce Health Care–Associated Infections in Both Critically Ill and Non–Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 41(5), e1–e8. <https://doi.org/10.4037/ccn2021340>
- Clarkin, C., Quist, S., Shamis, R., King, A. E., & Shah, B. M. (2019). Management of *Clostridioides difficile* Infection. *Critical Care Nurse*, 39(5), e1–e12.
<https://doi.org/10.4037/ccn2019841>
- Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), Ordem dos Enfermeiros (2015a).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Cooper, A. S. (2021). Oral Hygiene Care to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 41(4), 80–82.
<https://doi.org/10.4037/ccn2021314>
- De Melo, R. L. A., Valença, C. S. A. D. A., Bandeira, A. O. R., Costa, S. M. D. S., Almeida, K. D. S., & Furtado, B. M. D. A. S. M. (2023). CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A CATETER DE DERIVAÇÕES DO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 17(1). <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2023.257285>
- Despacho n.º 10901/2022 | DR - Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), N.º 174/2022, Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 93 (2022).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

- Direção Geral da Saúde. (2007). *PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE*.
https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)* (Versão 029/2012). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao-pbci.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 2017* (ISSN: 2184-1179). Direção Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2022a, outubro 20). *STOP Infecção Hospitalar 2.0*.
<https://www.inem.pt/2022/10/20/stop-infeccao-hospitalar-2-0/>
- Direção Geral da Saúde. (2022b). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Annual Epidemiological Report 2022—Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net)*. file:///C:/Users/009214/OneDrive%20-%20JCS/Ambiente%20de%20Trabalho/ESP/TESE/AER-antimicrobial-resistance.pdf
- Fundação Calouste Gulbenkian, & Institute for Healthcare Improvemen. (2015). *STOP infecção hospitalar! UM DESAFIO GULBENKIAN*. 16.
https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infeccao_Hospitalar.pdf
- Gil, I. C. (2024). *Missão, Visão e Estratégia*. Universidade Católica Portuguesa.
<https://www.ucp.pt/pt-pt/catolicainstitucionalapresentacao/missao-visao-e-estrategia>

- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>
- Hassan, E. A., & Elsaman, S. E. A. (2022). Relationship between ventilator bundle compliance and the occurrence of ventilator-associated events: A prospective cohort study. *BMC Nursing*, 21(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00997-w>
- Hori, H., Fukuchi, T., Sanui, M., Moriya, T., & Sugawara, H. (2021). Comprehensive infection control measures prevent hospital-acquired severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection: A single-center prospective cohort study and seroprevalence survey. *PLOS ONE*, 16(10), e0257513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257513>
- Huppert, K., Jones, S., & Johnson, K. (2020). The Effect of Initiating Chlorhexidine Gluconate Dressings at Insertion on Central Line Infection Rates in Surgical Patients Requiring Access. *MEDSURG Nursing*.
- Johnny, J. D., Drury, Z., Ly, T., & Scholine, J. (2021). Oral Care in Critically Ill Patients Requiring Noninvasive Ventilation: An Evidence-Based Review. *Critical Care Nurse*, 41(4), 66–70. <https://doi.org/10.4037/ccn2021330>
- Junqueira, H., & Quintas, P. (2013, maio 7). *Dia Internacional do Enfermeiro. Lembrando Florence Nightingale– 12 de maio de 2013*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dia-internacional-do-enfermeiro-lembrando-florence-nightingale-12-de-maio-de-2013-plus/>
- Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D., & Sviri, S. (2011). COMMUNICATION DIFFICULTIES AND PSYCHOEMOTIONALDISTRESS IN PATIENTS RECEIVING MECHANICAL VENTILATION. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, Volume 20(No. 6). <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2011989>
- Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, Assembleia da República (2019). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializado_senfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Medeiros, A. B. D. A., Enders, B. C., & Lira, A. L. B. D. C. (2015). The Florence Nightingale's Environmental Theory: A Critical Analysis. *Escola Anna Nery*, 19(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>
- Ministério da Saúde. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro*.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Neufeld, P. M. (2021). Personagem da História da Saúde XI: Joseph Lister. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 53(1).
<https://doi.org/10.21877/2448-3877.202102165>
- Ng, B. H., Low, H. J., Nik Nuratiqah, N. A., Faisal, A. H., Soo, C. I., Periyasamy, P., & Ban, A. Y. L. (2021). Understanding of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the practice of preventive measures among doctors and nurses in a university teaching hospital- A cross-sectional study. *The Medical Journal of Malaysia*, 76(4), 454–460.
- Nickel, B. (2020). Hiding in Plain Sight: Peripheral Intravenous Catheter Infections. *Critical Care Nurse*, 40(5), 57–66. <https://doi.org/10.4037/ccn2020439>
- Nightingale, F. (2009). *Notes on nursing: A guide for today's caregivers*. Elsevier/Baillière Tindall.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 429/2018—Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 135, 19359–19370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento n.º 429/2018—Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem*

- Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.* (N.º 135; 2.ª série). Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019—Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Pandian, V., Morris, L. L., Brodsky, M. B., Lynch, J., Walsh, B., Rushton, C., Phillips, J., Rahman, A., DeRose, T., Lambe, L., Lami, L., Wu, S. P. M., Garza, F. P., Maiani, S., Zavalis, A., Okusanya, K. A., Palmieri, P. A., McGrath, B. A., Pelosi, P., ... Brenner, M. J. (2020). Critical Care Guidance for Tracheostomy Care During the COVID-19 Pandemic: A Global, Multidisciplinary Approach. *American Journal of Critical Care*, 29(6), e116–e127. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020561>
- Rabiais, I. C. M. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado A natureza da interação no processo de cuidar* (1. Auflage, neue Ausgabe). Novas Edições Acadêmicas.
- Riley, M. M.-S. (2019). The Rising Problem of Multidrug-Resistant Organisms in Intensive Care Units. *Critical Care Nurse*, 39(4), 48–55. <https://doi.org/10.4037/ccn2019773>
- Schaurich, D., & Crossetti, M. D. G. O. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: Análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Anna Nery*, 14(1), 182–188. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027>
- Shadle, H. N., Sabol, V., Smith, A., Stafford, H., Thompson, J. A., & Bowers, M. (2021). A Bundle-Based Approach to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 41(2), 62–71. <https://doi.org/10.4037/ccn2021934>
- Siegel, J., Rhinehart, E., Jackson, M., Linda, & Chiarello,. (2023). *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.*

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/Isolation-guidelines-H.pdf>

Silva, M. M. M., Tavares De Oliveira-Figueirêdo, D. S., Cavalcanti, A. D. C., & Do Nascimento, L. C. (2021). Bloodstream infections related to central catheters: Understanding and practice of the nursing team / Infecções de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: entendimento e prática da equipe de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 640–645. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9376>

Sistema Nacional de Saúde. (2023, outubro 17). Stop Infecção Hospitalar 2.0. SNS *Serviço Nacional de Saúde*.

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/10/17/stop-infecao-hospitalar-2-0-2/>

Sloan, A. M. L., & Dudjak, L. (2020). Bedside Nurses: Champions of Antimicrobial Stewardship. *Critical Care Nurse*, 40(6), 16–22.

<https://doi.org/10.4037/ccn2020653>

The Joint Commission (Oakbrook Terrace, Illinois) (Ed.). (2020). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals: Including standards for academic medical center hospitals* (Seventh edition). The Joint Commission.

APÊNDICES

APÊNDICE I - APRESENTAÇÃO CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE
SUBMETIDO A ARTROPLASTIA DA ANCA E ARTROPLASTIA DO
JOELHO



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LIBRARIAS
PORTO - 2010

Cuidados de Enfermagem à pessoa submetida a Artroplastia da Anca e Artroplastia Total do Joelho

Formadora: Joana Almeida - Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Índice

1. Cuidados à pessoa submetida a Artroplastia da Anca

- Tipos de prótese;
- Vias de abordagem;
- Cuidados pós-operatórios;
- Reeducação funcional;
- Posicionamentos;
- Levante.

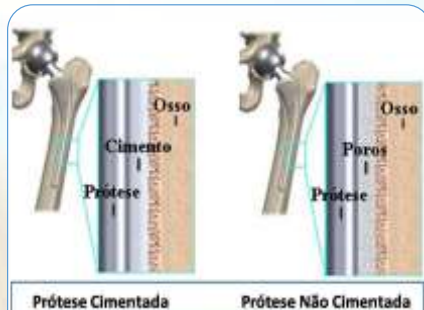


2. Cuidados à pessoa submetida a Artroplastia Total do Joelho

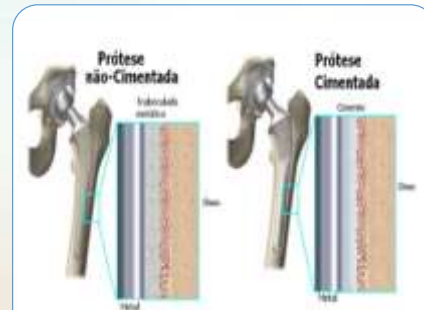
- Cuidados pós-operatórios;
- Reeducação funcional;
- Posicionamentos;
- Levante.



Artroplastia da Anca



Hemiartroplastia



Artroplastia total

Artroplastia da Anca – vias de abordagem

Anterior



Lateral



Posterior



[illegible]

Cuidados no pós-operatório

- Avaliação do estado de consciência;
- Avaliação dos sinais vitais;
- Vigilância e registo de drenagens: dreno removido às 24 horas se débito <150 mL nas últimas 8 horas;
- Vigilância do estado neurovascular;
- Vigilância de sinais de infeção;
- Vigilância do débito urinário;

- Avaliação do estado de consciência;
- Avaliação dos sinais vitais;
- Vigilância e registo de drenagens: dreno removido às 24 horas se débito <150 mL nas últimas 8 horas;
- Vigilância do estado neurovascular;
- Vigilância de sinais de infeção;
- Vigilância do débito urinário;

Cuidados no pós-operatório

- Avaliação da dor e alívio da mesma com posicionamento correto e medicação analgésica prescrita;
- Penso operatório – realizado às 48 horas pós-operatório ou em SOS;
- Crioterapia 3 vezes ao dia (20 minutos);
- Antibioterapia (protocolo): cefazolina nas primeiras 24 horas.

Cuidados pós-operatórios: Reeducação funcional

Exercícios isométricos (glúteos, quadríceps, isquiotibiais)



Flexão plantar e dorsiflexão



Cuidados no pós-operatório: Posicionamentos

Decúbito dorsal



Cuidados no pós-operatório - Posicionamentos

Mobilização no leito com almofada entre as pernas

Fotografias removidas de modo a manter a privacidade dos
profissionais de saúde

Cuidados no pós-operatório - Posicionamentos

Posição semi-lateral para o lado não
operado

Fotografia removida de modo a
manter a privacidade dos
profissionais de saúde

Cuidados pós-operatórios: Levante



Sempre com meias compressivas

Fotografias removidas de modo a
manter a privacidade dos profissionais
de saúde

Cuidados pós-operatórios: Levante

Fotografias removidas de modo a
manter a privacidade dos profissionais
de saúde

Cuidados pós-operatórios

- ✗ Realizar a flexão da anca acima dos 90º;
- ✗ Adução além da linha média do corpo;
- ✗ Rotação interna e externa da anca.



Artroplastia Total do Joelho



Cuidados no pós-operatório

- Avaliação do estado de consciência;
- Avaliação dos sinais vitais;
- Vigilância e registo de drenagens: dreno removido às 24 horas se débito <150 mL nas últimas 8 horas;
- Vigilância do estado neurovascular;
- Vigilância de sinais de infeção;
- Vigilância do débito urinário;

Cuidados no pós-operatório

- Avaliação da dor e alívio da mesma com posicionamento correto e medicação analgésica prescrita;
- Penso operatório – realizado às 48 horas pós-operatório ou em SOS. Retira ligadura fica com penso;
- Crioterapia 3 vezes ao dia (20 minutos);
- Antibioterapia (protocolo): cefazolina nas primeiras 24 horas.

Cuidados pós-operatórios: Reeducação funcional

Exercícios isométricos (glúteos, quadríceps, isquiotibiais)

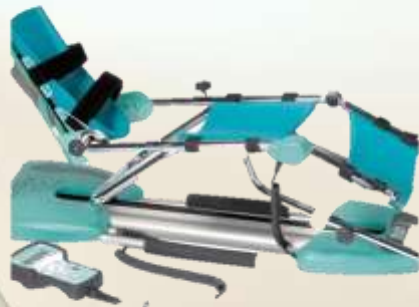


Flexão plantar e dorsiflexão



Cuidados pós-operatórios: Reeducação funcional

Fletir o joelho até 90º -inicia artromotor a 30º com incrementos de 15º diários



X Flexão do joelho operado no leito

Cuidados pós-operatórios: Levante



Sempre com meias compressivas

Fotografias removidas de modo a
manter a privacidade dos profissionais
de saúde

Cuidados pós-operatórios: Levante

Fotografias removidas de modo a
manter a privacidade dos profissionais
de saúde

Referências Bibliográficas

- CAMPINA, Fernando – NOC – artroplastia da anca. Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas/Unidade de Ortopedia, Hospital de Cascais. 2012;
- CARVALHO, Leonor; SOARES, Helena – Cuidados de Enfermagem ao Utente submetido a Artroplastia Total da Anca. Departamento de Formação, Hospital Sant'ana, fevereiro, 2009;
- CARVALHO, Leonor, et al – Cuidados de Enfermagem ao Utente submetido a Artroplastia Total do Joelho. Departamento de Formação, Hospital Sant'ana, fevereiro, 2009;
- COSTA, André, et al - *Artroplastia Total da Anca: Estudo Retrospetivo e Comparativo entre a Abordagem Anterior Direta e a Abordagem Posterior*. Gazeta Médica nº1 · VOL. 4, janeiro/março 2017;
- FILIPE, Ana, et al. – *O doente submetido a Artroplastia Total da Anca – Cuidados de Enfermagem*. Revista Sinais Vitais, nº 71, Março, 2007;
- GUIA INFORMATIVO PRÓTESES DA ANCA, Hospital de Sant'ana;
- GUIA INFORMATIVO PRÓTESES DO JOELHO, Hospital de Sant'ana;
- MARQUES, Carlos – NOC –antibioterapia profilática em cirurgia ortopédica. Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas/Unidade de Ortopedia, Hospital de Cascais. 2012;
- MARQUES, Carlos – Protocolo – Plano pós-operatório em Ortopedia. Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas/Unidade de Ortopedia, Hospital de Cascais. 2012;
- PATO, Tiago, et al - *Luxação de próteses totais da anca: causas e tratamento*. Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Uiversitário de Coimbra, Março, 2015.
- SCHMIEDT, Ivo; SCHWARTSMANN, Carlos Roberto - Vias de acesso ao membro inferior - Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5ª edição

APÊNDICE II - PLANO DE HIGIENIZAÇÃO – GERAL

Elementos	Nível do risco	Frequência mínima de limpeza DOC	CDC	Plano	Localização	Método de limpeza	Responsabilidade
Superfícies de alto toque	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Quarto	Limpeza e Desinfecção	AAM
Cama	Elevado	Grades da cama diário parte inferior semanalmente completo na alta	Diariamente	Diariamente	Quarto	Limpeza e Desinfecção	AAM
Cadeira, cadeirão e sofá	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Quarto	Limpeza e Desinfecção	AAM
Equipamentos gases medicinais	Elevado	Diariamente		Diariamente	Quarto	Limpeza e Desinfecção	AAM
Portas, bancada, lavatório 2 x dia, dispensador de sabão, espelhos, interruptor de luz, contentor de resíduos, lavatórios, armários e portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Quarto	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Televisão	Elevado	Semanalmente e na alta		Semanalmente e alta	Quarto	Limpeza	Equipa de Limpeza
WC	Elevado	1 vez/dia e sempre que necessário	Diariamente se quarto individual 2x dia se partilhado	Diariamente se quarto individual 2x dia se partilhado	Quarto	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Superfícies altas (acima dos ombros)	Elevado	Semanalmente	Semanalmente	Semanalmente	Quarto	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Cortinas	Elevado	Limpos, trocados ou substituídos anualmente e as cortinas da cama são trocadas semestralmente	Mensalmente	Mensalmente	Quarto	Lavagem	AAM
Pavimento	Elevado	Diariamente Uso de máquina semanalmente	Diariamente	Diariamente Semanalmente	Quarto	Limpeza	Equipa de Limpeza
Parede	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diariamente, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente - colocar semanalmente e no momento da alta	Semanalmente	Semanalmente	Quarto	Limpeza	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual - Propor entre clientes		Após alta	Quarto	Limpeza	Equipa de Limpeza
Vidros internos	Elevado	Verificar necessidade de limpeza diariamente e limpeza completa semanalmente		Semanalmente	Quarto	Limpeza	Equipa de Limpeza
Todos os vidros externos	Elevado	Trimestralmente		Trimestral	Quarto	Limpeza	Equipa de Limpeza
Extração e entradas de grades de ventilação	Elevado	Semanalmente		Semanalmente	Quarto	Limpeza e desinfecção na alta	Equipa de Limpeza
Corrimão e Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Corredor	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Balcão Administrativo	Elevado	Diariamente		Diariamente	Corredor	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Balcão de Enfermagem	Elevado	Diariamente		Diariamente	Corredor	Limpeza e Desinfecção	AAM
Carro de urgência	Elevado	Diariamente		Semanalmente	Corredor	Limpeza e Desinfecção	AAM
Pavimento	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Corredor	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Paredes	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diariamente, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente		Mensalmente	Corredor	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Tetos	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Mensalmente	Corredor	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza

Elementos	Nível do risco	Frequência mínima de limpeza DOC	CDC	Plano	Localização	Método de limpeza	Responsabilidade
Bancada	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Armários	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente		Semanalmente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Carro de roupa suja?	Elevado	Pontos de contato diariamente e completa semanal		Semanalmente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Contentor de resíduos	Elevado	Diariamente. Limpeza profunda semanalmente		Semanalmente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Máquina de lavar arrastadeiras	Elevado	Semanalmente		Semanalmente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Pia de despejo	Elevado	2 vezes/dia		2 vezes/dia	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Suporte de arrastadeiras	Elevado			Semanalmente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Lavatório	Elevado	2 vezes/dia	Diariamente	Diariamente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimento	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Parede	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diamente, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente - propor mensalmente		Mensalmente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Mensalmente	Sala de Sujos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Marquesa	Elevado			Semanalmente e após uso	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Suporte de balas de oxigénio	Elevado	Após utilização - Propor semanalmente		Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Banco	Elevado	Diariamente		Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Balança	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente scales semanalmente - propor após utilização e semanalmente		Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Foco de luz	Elevado			Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Bancada	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Armários	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente		Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Lavatórios	Elevado	2 vezes/dia		Diariamente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Contentores de resíduos grupo II	Elevado	Diariamente. Limpeza profunda semanalmente		Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Diariamente. Limpeza profunda semanalmente		Diariamente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Carro de pensos	Elevado			Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Arpirador portátil	Elevado	Semanalmente		Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Equipamento de mobilidade reduzida	Elevado	Após utilização		Após utilização ou semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Equipamentos gases medicinais	Elevado	Diariamente - sugerir após utilização ou semanalmente		Semanalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	AAM
Pavimento	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Paredes	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diamente, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente - propor mensalmente		Mensalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Mensalmente	Sala de Tratamentos	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza

Elementos	Nível do risco	Frequência mínima de limpeza DOC	CDC	Plano	Localização	Método de limpeza	Responsabilidade
Trolley de medicação - armário?	Elevado	Semanalmente - propor mensalmente		Mensalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Carro de de medicação	Elevado	Semanalmente		Diariamente e semanalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Armários	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente		Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Bancada	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Lavatórios	Elevado	2 vezes/dia	Diariamente	Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Contentores de resíduos grupo II	Elevado	Diariamente. Limpeza profunda semanalmente		Semanalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Diariamente. Limpeza profunda semanalmente		Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Bombas infusoras	Elevado	Diariamente e antes de cada doente		Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Aparelhos multiparâmetros	Elevado	Entre cada utilização	Diariamente	Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Frigorífico	Elevado	Três verificações de limpeza diárias e uma limpeza completa semanalmente (remova todo o conteúdo para limpar)		Mensalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	AAM
Sistema de vácuo para transporte	Elevado			Semanalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Vidros internos	Elevado	Verificar necessidade de limpeza diariamente e limpeza completa semanalmente		Semanalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza	Equipa de Limpeza
Todos os vidros externos	Elevado	Trimestralmente		Trimestral	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza	Equipa de Limpeza
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimento	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Paredes	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diariamente, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente		Mensalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Mensalmente	Sala de Trabalho Enfermagem	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Armários	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente		Diariamente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	AAM
Lavatório	Elevado	2 vezes/dia	Diariamente	Diariamente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pia de despejo	Elevado	2 vezes/dia		2 vezes/dia	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Carro de Higiene	Elevado			Semanalmente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	AAM
Bacias	Elevado	Diariamente e entre doentes		Entre doentes	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	AAM
Contentores de resíduos do grupo II	Elevado	Diariamente		Semanalmente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Bacia de retenção	Elevado			Semanalmente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	AAM
Carro de transporte	Elevado			Diariamente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	AAM
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimento	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Paredes	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diariamente, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente		Mensalmente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Mensalmente	Material de Limpeza	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza

Elementos	Nível do risco	Frequência mínima de limpeza DOC	CDC	Plano	Localização	Método de limpeza	Responsabilidade
Bancada	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	AAM
Armários	Elevado	Semanalmente		Semanalmente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Carro de alimentação	Elevado	Diariamente		Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	AAM
Eletrodomésticos	Elevado	Semanalmente		Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Frigorífico	Elevado	Três verificações de limpeza diárias e uma limpeza completa semanalmente (remova todo o conteúdo para limpar) e descongelamento do congelador mensalmente		Mensalmente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Mesa	Elevado	Diariamente		Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Cadeiras	Elevado	Diariamente		Semanalmente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Carro de apoio	Elevado			Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	AAM
Contentores de resíduos do grupo II	Elevado	Diariamente		Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Lavatório	Elevado	2 vezes dia	Diariamente	Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Vidros internos	Elevado	Verificar necessidade de limpeza diariamente e limpeza completa semanalmente		Semanalmente	Copa	Limpeza	Equipa de Limpeza
Todos os vidros externos	Elevado	Trimestralmente		Trimestral	Copa	Limpeza	Equipa de Limpeza
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimento	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Paredes	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diamante, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente		Trimestral	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Trimestral	Copa	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Armários	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente		Mensalmente	Rouparia	Limpeza e Desinfecção	AAM
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Rouparia	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimentos	Elevado	Diariamente			Rouparia	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Paredes	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diamante, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente		Semestral	Rouparia	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Tetos	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Semestral	Rouparia	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Armários	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente		Trimestralmente	Armazém	Limpeza e Desinfecção	AAM
Banco	Elevado			Semanalmente	Armazém	Limpeza e Desinfecção	AAM
Cadeira de rodas	Elevado	Semanalmente		Semanalmente	Armazém	Limpeza e Desinfecção	AAM
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Armazém	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimento	Elevado	Diariamente		Diariamente	Armazém	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Paredes	Elevado	Verificar a necessidade de limpeza diamante, limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente		Semestral	Armazém	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Semestral	Armazém	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza

Elementos	Nível do risco	Frequência mínima de limpeza DOC	CDC	Plano	Localização	Método de limpeza	Responsabilidade
Secretária	Elevado	Diariamente		Diariamente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Cadeiras	Elevado	Diariamente		Diariamente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Contentores de resíduos do grupo II	Elevado	Diariamente		Semanalmente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Computador e telefones	Elevado	Diariamente		Diariamente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Armários	Elevado	Limpeza dos pontos de contato após cada uso e uma limpeza completa diariamente		Mensalmente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Vidros internos	Elevado	Verificar necessidade de limpeza diariamente e limpeza completa semanalmente		Semanalmente	Gabinetes de chefias	Limpeza	Equipa de Limpeza
Todos os vidros externos	Elevado	Trimestralmente		Trimestral	Gabinetes de chefias	Limpeza	Equipa de Limpeza
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimento	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Parede	Elevado			Semestralmente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Semestralmente	Gabinetes de chefias	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Sanitas	Elevado	2 vezes dia	2 vezes dia	2 vezes dia	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Contentores de resíduos do grupo II	Elevado	Diariamente		Diariamente	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Lavatório	Elevado	2 vezes dia	2 vezes dia	2 vezes dia	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Espelho	Elevado	Diariamente	2 vezes dia	2 vezes dia	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Portas	Elevado	Diariamente	Diariamente	Diariamente	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Pavimento	Elevado	Após uso	2 vezes dia	2 vezes dia	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Parede	Elevado	Verificação de limpeza diária e uma limpeza completa semanalmente (somente pó) e uma lavagem completa anualmente		Mensalmente	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza
Teto	Elevado	Limpeza completa mensalmente (somente pó) e uma lavagem completa anual		Mensalmente	WC Funcionários	Limpeza e Desinfecção	Equipa de Limpeza

APÊNDICE III - PLANO DE HIGIENIZAÇÃO: EQUIPA DE AUXILIARES DE AÇÃO
MÉDICA

Plano de Higieneização – Equipa de Auxiliares de Ação Médica

Elementos	Nível do risco	Frequência	Turno	Localização	Responsabilidade	Observações
Aparelhos multiparâmetros	Elevado	Diariamente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza completa diariamente
Armário rodado de medicação	Elevado	Mensalmente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza completa
Armários/estantes	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Pausa	AAM	Limpeza completa
Armários/estantes	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Sujos	AAM	Limpeza completa
Armários/estantes	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa
Armários/estantes	Elevado	Diariamente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Pontos de contato
Armários/estantes	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza completa
Armários/estantes	Elevado	Trimestralmente	?	Material de Limpeza	AAM	Limpeza completa
Armários/estantes	Elevado	Trimestralmente	?	Rouparia	AAM	Inclui caixas de separação de roupa
Armários/estantes	Elevado	Trimestralmente	?	Armazém	AAM	Limpeza completa
Bacia de retenção	Elevado	Semanalmente	?	Material de Limpeza	AAM	Limpeza completa
Bancada	Elevado	Diariamente	?	Sala de Sujos	AAM	Limpeza completa
Bancada	Elevado	Diariamente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa
Bancada	Elevado	Diariamente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza completa
Cadeiras de banho	Elevado	Diariamente	?	Quarto	AAM	Limpeza completa
Carro de apoio - roupa e higiene	Elevado	Diariamente	?	Material de Limpeza	AAM	Pontos de contato
Carro de apoio - roupa e higiene	Elevado	Semanalmente	?	Material de Limpeza	AAM	Limpeza completa
Carro de medicação	Elevado	Diariamente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Pontos de contato
Carro de medicação	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza completa - inclui verificação de validade
Carro de pensos	Elevado	Diariamente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Pontos de contato
Carro de pensos	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa - inclui verificação de validade
Carro de roupa suja	Elevado	Diariamente	?	Sala de Sujos	AAM	Pontos de contato
Carro de roupa suja	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Sujos	AAM	Limpeza completa
Carro de urgência	Elevado	Diariamente	?	Corredor	AAM	Pontos de contato
Carro de urgência	Elevado	Semanalmente	?	Corredor	AAM	Limpeza completa
Carro para contentor de resíduos	Elevado	Diariamente	?	Material de Limpeza	AAM	Limpeza completa
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Diariamente	?	Quarto	AAM	Pontos de contato
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Diariamente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Pontos de contato
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Diariamente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Pontos de contato
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Semanalmente	?	Quarto	AAM	Limpeza completa
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa
Contentores de resíduos grupo III	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza completa
Dispensador de Solução de Limpeza	Elevado	Diariamente	?	Material de Limpeza	AAM	Inclui verificar pressão de rede e disponibilidade de produto no garrafão
Elementos da Unidade Próxima do Doente	Elevado	Diariamente	?	Quarto	AAM	Superfícies de alto toque: grades da cama, mesa de cabeceira, mesa de refeição, campainha de chamada, cockpit, cadeirão do cliente, mesa de higiene
Equipamento de mobilidade reduzida	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa: Canadanas, Andarilho, Elevador, transferes, cadeira de rodas
Equipamento de mobilidade reduzida	Elevado	Diariamente	?	Quarto	AAM	Pontos de contacto: Canadanas, Andarilho, Elevador, transferes, cadeira de rodas
Eletrodomésticos	Elevado	Diariamente	?	Copa	AAM	(ex. torradeira, microwaves, etc)
Equipamentos clínico conetado ao cliente	Elevado	Diariamente	?	Quarto	AAM	Pontos de contato diariamente
Equipamentos clínico não conetado ao cliente	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa (ex. candeiro de apoio clínico, balança, seringas infusoras, monitores, canadanas, etc.)
Escadote	Elevado	Mensalmente	?	Armazém	AAM	Limpeza completa
Frigorífico	Elevado	Diariamente	?	Sala de pausa	AAM	Limpeza de pontos de contacto e verificação de limpeza do interior do frigorífico.
Frigorífico	Elevado	Mensalmente	?	Sala de pausa	AAM	Limpeza completa e que inclui descongelamento (se aplicável).
Frigorífico	Elevado	Diariamente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza de pontos de contacto e verificação de limpeza do interior do frigorífico.
Frigorífico	Elevado	Mensalmente	?	Sala de Trabalho Enfermage AAM	AAM	Limpeza completa e que inclui descongelamento (se aplicável).
Máquina de lavar arrastadeiras	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Sujos	AAM	Pontos de contato
Máquina de lavar arrastadeiras	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Sujos	AAM	Limpeza completa
Marquesa	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa
Rampas de gases medicinais	Elevado	Semanalmente	?	Quarto	AAM	Rampas de oxigénio, ar comprimido e aspiração
Rampas de gases medicinais	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Rampas de oxigénio, ar comprimido e aspiração
Suporte de arrastadeiras e urinóis	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Sujos	AAM	Limpeza completa
Suporte de balas de oxigénio	Elevado	Semanalmente	?	Sala de Tratamentos	AAM	Limpeza completa

APÊNDICE IV - FOLHA DE REGISTO – PLANO DE HIGIENIZAÇÃO

FREQUÊNCIA	TURNO	MANHÃ									PLANO DE HIGIENIZAÇÃO MÊS										NOITE									
	DIAS	Quartar	Corredor	Sala do Sujo	Sala de Tratamento	Sala de Trabalho Enfermagem	Material de Limpeza	Capa	Rouparia	Armazém	TARDE									NOITE										
											DIAS	Quartar	Corredor	Sala do Sujo	Sala de Tratamento	Sala de Trabalho Enfermagem	Material de Limpeza	Capa	Rouparia	Armazém	DIAS	Quartar	Corredor	Sala do Sujo	Sala de Tratamento	Sala de Trabalho Enfermagem	Material de Limpeza	Capa	Rouparia	Armazém
DIÁRIO	1										1										1									
	2										2										2									
	3										3										3									
	4										4										4									
	5										5										5									
	6										6										6									
	7										7										7									
	8										8										8									
	9										9										9									
	10										10										10									
	11										11										11									
	12										12										12									
	13										13										13									
	14										14										14									
	15										15										15									
	16										16										16									
	17										17										17									
	18										18										18									
	19										19										19									
	20										20										20									
	21										21										21									
	22										22										22									
	23										23										23									
	24										24										24									
	25										25										25									
	26										26										26									
	27										27										27									
	28										28										28									
	29										29										29									
	30										30										30									
	31										31										31									
SEMANAL	Segunda										Segunda										Segunda									
	Terça										Terça										Terça									
	Quarta										Quarta										Quarta									
	Quinta										Quinta										Quinta									
	Sexta										Sexta										Sexta									
MENSAL	Sábado										Sábado										Sábado									
	Domingo										Domingo										Domingo									
	DIA 15 DE CADA MÊS										DIA 15 DE CADA MÊS										DIA 15 DE CADA MÊS									
	DIA 10 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 10 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 10 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)									
	DIA 20 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 20 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 20 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)									
TRIMESTRAL	DIA 10 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 10 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 10 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)									
	DIA 20 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 20 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)										DIA 20 DE CADA MÊS (JAN, ABR, JUL, OUT)									

APÊNDICE V - APRESENTAÇÃO FEIXES DE INTERVENÇÃO

Implementação de Feixes de Intervenção

Prevenção e Controlo de Infecção

2024

Realizado por:

Enfª Joana Almeida Dias

Aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica

Conteúdos

1. Feixes de Intervenção
2. Requisitos
3. Metodologia de implementação no Hospital Luz Lisboa.
4. Protocolo Hospital Luz Lisboa
5. Anexos

1. Feixes de intervenções

- Conjunto de boas práticas;
- Constituídas geralmente por 3 a 5 medidas;
- Baseadas na melhor evidência disponível;
- Agrupadas e implementadas de forma integrada;
- Melhores resultados com a soma de todas as intervenções, do que realizadas de forma isolada

1. Feixes de Intervenções

PACOTE DE MEDIDAS



PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

2. Requisitos

- Normas da DGS;
- Orientações técnicas da Luz Saúde;
- 7ª Edição do Manual da Joint Commission International.

2. Normas da DGS

4 Feixes de Intervenção

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 025/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 010/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central

2. Normas Saúde

[Redacted]	
Orientação Técnica: Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico	Aprovado em 02/02/2023
Âmbito:	Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico
Objetivo:	Prevenir a aquisição de bactérias para a minimização do risco de infecção do local cirúrgico
Destinatários:	Médicos e enfermeiros envolvidos no atendimento de pacientes cirúrgicos
[Redacted]	
Orientação Técnica: Prevenção de Infecção associada à ventilação traqueal e ventilação mecânica invasiva em adultos	Aprovado em 05/02/2023
Âmbito:	Prevenção e controle de infecção. Procedimentos invasivos. Intubação traqueal, ventilação mecânica invasiva
Objetivo:	Uniformizar procedimentos de prevenção da pneumonia associada à intubação traqueal e ventilação mecânica invasiva em adultos
Destinatários:	Médicos e enfermeiros envolvidos na realização de procedimentos relacionados com intubação traqueal, manutenção da via aérea e ventilação mecânica invasiva
[Redacted]	
Orientação Técnica: Prevenção de Infecção associada a dispositivos médicos	Aprovado em 22/01/2023
Âmbito:	Aquisição, Aplicação, Instalação, Utilização, Dispositivos Médicos, Cateles Médicos, Dispositivos Médicos, Protocolo de Desinfecção, Sistema (Unidade)
Objetivo:	Uniformizar procedimentos de prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde decorrentes da utilização de dispositivos médicos (inseridos no organismo)
Destinatários:	Profissionais de saúde envolvidos na aquisição, manutenção e manuseio de dispositivos médicos: Médicos, Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica
[Redacted]	
Orientação Técnica: Prevenção de Infecção decorrente de sangues associados a dispositivos venosos intravascular	Aprovado em 22/01/2023
Âmbito:	Prevenção e controle de infecções; Acesso vascular; Cateles venoso central; Cateles venoso periférico; Cateles de hemodiálise; Infecção de corrente sanguínea associada a dispositivos venosos
Objetivo:	Uniformizar procedimentos de prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde decorrentes do acesso à utilização de dispositivos venosos intravascular
Destinatários:	Médicos e enfermeiros envolvidos na realização e manutenção de procedimentos de cateterização venosa

2. Join Commission Internacional



Padrão IPSC.5.1

Os líderes do hospital identificam processos assistenciais que precisam ser melhorados e adotam e implementam intervenções baseadas em evidências para melhorar os resultados dos pacientes e reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. ②

Elementos de mensuração de IPSC.5.1

- ☐ 1. Líderes do hospital identificam áreas prioritárias para melhoria de infecções do hospital.
- ☐ 2. Os líderes do hospital identificam e implementam intervenções baseadas em evidências (como pacotes (bundles)) para todos os pacientes aplicáveis.
- ☐ 3. Intervenções baseadas em evidências (como pacotes (bundles)) utilizadas para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde são avaliadas pelos profissionais de saúde para conformidade e melhoria nos desfechos clínicos.

Elementos de mensuração do PCI.5.1

- ☐ 1. O hospital conclui e documenta uma avaliação de risco, pelo menos atualmente, para identificar e priorizar áreas de alto risco para infecções.
- ☐ 2. O hospital identifica e implementa intervenções para enfrentar os riscos de infecção identificados por meio da avaliação de risco.
- ☐ 3. O hospital avalia a eficácia das intervenções e faz alterações adequadas no programa de prevenção e controle de infecções, conforme necessário.
- ☐ 4. O hospital realiza monitoramento contínuo de dados para garantir que os riscos sejam reduzidos ou eliminados.

3. Metodologia de implementação no

Ocultar
unidade de
saúde

- 5 questões:

1. Quais as principais Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde relevantes?
2. Como operacionalizar?
3. Como organizo a formação?
4. Como avaliar a adoção das práticas recomendadas?
5. Como avalio o impacto?



- Destinatários e Grupos de Trabalho

1. Quais as principais Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?

As principais IACS são:



- Infecção Urinária associada a Cateter Vesical;



- Infecção do Local Cirúrgico;



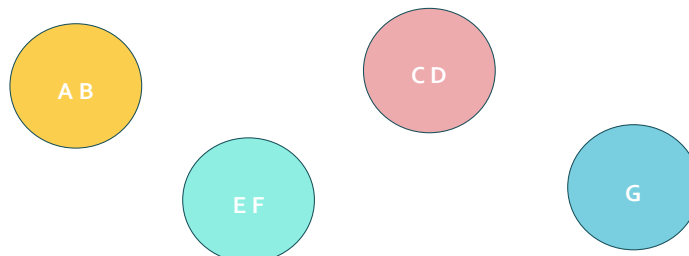
- Pneumonia associada à Intubação;



- Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central.

2. Como operacionalizar ?

Como organizo?



- Todos os feixes de intervenções são aplicáveis ao meu serviço?
- Quais as medidas a aplicar no meu serviço?
- Identificar grupos com “pacotes semelhantes”

2. Como operacionalizar ?

Como organizo?

1. Quais são as principais IACS aplicáveis à minha Unidade?
2. Quais são as principais IACS aplicáveis aos meus Serviços?
- A experiência do cliente

Serviços	PAV	ILC	ITU	CVC
A	x	x	x	x
B	x	x	x	x
C		x	x	x
D		x	x	x
E		x	x	
F		x	x	
G			x	

2. Como operacionalizar ?

Quais são as medidas aplicáveis por pacote?

- Trabalho com o Grupo

Pacotes de medidas aplicáveis a cada serviço

Medidas	A B	CD	EF	G
1	X			X
2	X	X	X	X
3	X	X	X	X
4	X	X	X	
5	X		X	

Feixes de Intervenção Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico

Implementação do Feixe de Intervenções* de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Fase Pré-operatória				
1. Há evidência de que é realizado a descolonização dos doentes colonizados por SAMR, sobretudo nas cirurgias de elevado risco para infecção por SAMR	APLICÁVEL			
2. Há evidência de que é realizado o banho do doente com sabão antimicrobiano (clorhexidina a 2%) na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia a 2 horas antes da cirurgia				

Fonte: Norma DGS – "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Feixes de
Intervenção
Prevenção de
Infecção do Local
Cirúrgico

Fase Pré e Intra-operatória				
3. Há evidência de que a tricotomia é realizada apenas quando absolutamente necessária e se necessária, é realizada o mais próximo possível do início da cirurgia e com máquina de corte				
4. Há evidência de que é realizada profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde)				
4.1 Há evidência de que na cirurgia eletiva do cólon e reto, com ou sem preparação mecânica, é adicionada profilaxia antibiótica via oral à prescrita por via endovenosa (EV)				
5. Há evidência de que é realizada a preparação antisséptica da pele do doente com solução antisséptica de clorexidina a 2% em álcool imediatamente antes da incisão, exceto quando contraindicado				
6. Há evidência de que é mantida a homeostasia intraoperatória do doente:				
6.1 Normotermia (Temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$)				
6.2 Normoglicemia em doentes com e sem diabetes (glicemia ≤ 180 mg/dl)				
6.3 Saturação periférica de oxigénio (SpO ₂) $\geq 95\%$				

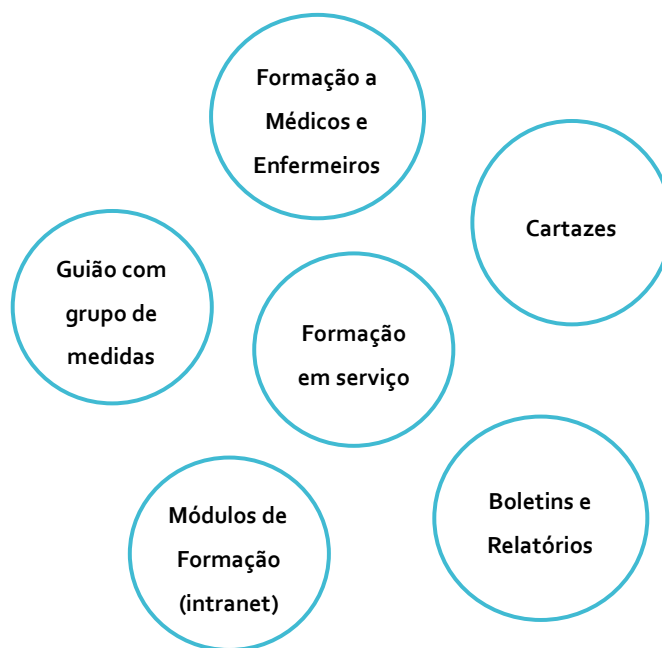
Fonte: Norma DGS – "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Feixes de
Intervenção
Prevenção de
Infecção do Local
Cirúrgico

Fase Pós-operatória				
1. Há evidência de que é mantida a homeostasia pós-operatória do doente:				
1.1 Normotermia (Temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$)				
1.2 Glicemia ≤ 180 mg/dl nas 24 horas seguintes à cirurgia				
1.3 Saturação periférica de oxigénio (SpO ₂) $\geq 95\%$				
2. Há evidência de que é cumprida a técnica asséptica na realização do penso				

Fonte: Norma DGS – "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

3. Como organizo a formação?



4. Como avaliar a adoção das práticas recomendadas?

1. 3 vertentes:



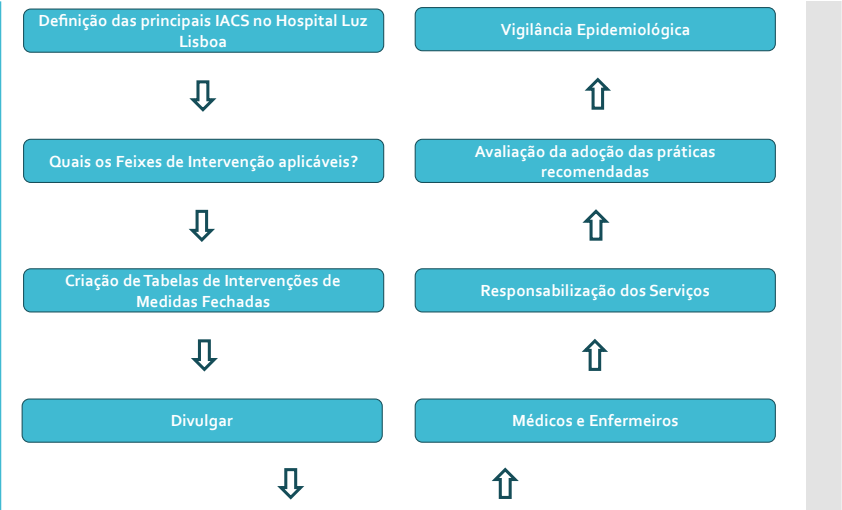
2. Recolha de dados;
3. Tratamento de dados;
4. Comunicação de resultados.

Auditoria: monitorização de boas práticas

5. Como avalio o impacto?



4. Protocolo Hospital Luz Lisboa



Referências Bibliográficas

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais - 7ª edição

NORMA DGS - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Pneumonia Associada a Intubação

NORMA DGS - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

NORMA DGS - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

NORMA DGS - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Associada a Cateter Venoso Central

~

Obrigada!



Exemplo
Pacote de
Medidas

FEIXE DE INTERVENÇÃO	PACOTE DE MEDIDAS BLOCO OPERATÓRIO
ILC	Tricotomia apenas quando absolutamente necessária e com máquina de corte
ILC	Adequar antibioterapia em clientes colonizados
ILC	Administrar antibioterapia correta nos 60 minutos antes da cirurgia/120 minutos no caso da Vancomicina
ILC	Adicionar profilaxia antibiótica oral nas cirurgias de cólon e reto
ILC	Desinfecção da pele com solução antisséptica de clorohexidina a 2% em álcool, imediatamente antes da incisão exceto quando contra indicado
ILC	Normotermia $\leq 36^{\circ}\text{C}$
ILC	Normoglicemias $\leq 180\text{mmHg}$
ILC	Saturação de oxigénio $\geq 95\%$
ITU	Colocação com técnica asséptica
ITU	Manutenção com técnica limpa
ITU	Fixação segura, abaixo da bexiga e esvaziado saco sempre que atinja 2/3 da capacidade
CVC	Treino e competência na avaliação e colocação
CVC	Higiene das mãos antes do procedimento
CVC	Barreiras de proteção máxima na colocação
CVC	Evidência que foi realizada a antissepsia da pele com clorohexidina a 2% em álcool, com tempo de atuação e secagem recomendadas
CVC	Há evidência que foi evitado o acesso de mural
CVC	Há evidência da higiene das mãos antes da manipulação
CVC	Há evidência da descontaminação dos pontos de acesso com clorohexidina a 2% em álcool ou álcool a 70% por fricção de 15 segundos antes de manusear
CVC	Há evidência que existe treino e competência na manipulação

APÊNDICE VI - APRESENTAÇÃO PREVENÇÃO BASEADAS NAS VIAS DE
TRANSMISSÃO

Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

Elaborado por:

Enfermeira Joana Almeida Dias

Aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem

Universidade Católica Portuguesa

Conteúdos

1. Transmissão de microrganismos;
2. Precauções Básicas de Controlo de Infecção;
3. Inquérito Epidemiológico;
4. Equipamento de Proteção Individual;
5. Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão;
6. Tipos de Isolamento;
 - 5.1. Isolamento de Protetor;
 - 5.2. Isolamento de Contato;
 - 5.3. Isolamento por *Clostridium difficile*;
 - 5.4. Isolamento de Gotículas;
 - 5.5. Isolamento Aerossol;
 - 5.6. Isolamento Misto;
6. Resumo de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão;
7. Exemplo prático: Suspeita de isolamento por sarampo;
8. Cartaz
9. Referências Bibliográficas

1. Transmissão de microrganismos



2. Precauções Básicas de Controlo Infecção

- 1 Colocação de doentes
- 2 Higiene das Mãos
- 3 Etiqueta respiratória
- 4 Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
- 5 Descontaminação do Equipamento Clínico
- 6 Controlo Ambiental
- 7 Manuseamento Seguro da Roupa
- 8 Recolha segura de resíduos
- 9 Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
- 10 Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

3. Inquérito Epidemiológico na Admissão

1

Colocação de doentes

Efetuar Identificação do Risco Epidemiológico na Triage do Atendimento Urgente

O cliente apresenta:

Medidas a implementar de imediato:

QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DE ADMISSÃO

1. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

2. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

3. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

4. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

5. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

6. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

7. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

8. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

9. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

10. NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO, para contato após deslocação para triagem:

4. Equipamento de Proteção Individual

4

Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

LUVAS:

- adequadas ao procedimento a que se destinam;
- utilizadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos;
- removidas imediatamente após o uso em cada utente e/ou após o procedimento;
- substituídas, em caso de perfuração ou rotura;
- pode estar indicado o uso de luvas duplas nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos (ex. cirurgias ortopédicas, urológicas).



O seu uso não substitui a higiene das mãos !

DGS Direção-Geral da Saúde

NORMA I

Norma de higiene das mãos

1. OBJETIVO

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

3. DEFINIÇÕES

4. PROCEDIMENTOS

5. RESPONSABILIDADES

6. MONITORIZAÇÃO

7. REGISTO

8. ANEXOS

9. GLOSSÁRIO

10. BIBLIOGRAFIA

11. ÍNDICE

12. ANEXOS

13. GLOSSÁRIO

14. BIBLIOGRAFIA

15. ÍNDICE

16. ANEXOS

17. GLOSSÁRIO

18. BIBLIOGRAFIA

19. ÍNDICE

20. ANEXOS

21. GLOSSÁRIO

22. BIBLIOGRAFIA

23. ÍNDICE

24. ANEXOS

25. GLOSSÁRIO

26. BIBLIOGRAFIA

27. ÍNDICE

28. ANEXOS

29. GLOSSÁRIO

30. BIBLIOGRAFIA

31. ÍNDICE

32. ANEXOS

33. GLOSSÁRIO

34. BIBLIOGRAFIA

35. ÍNDICE

36. ANEXOS

37. GLOSSÁRIO

38. BIBLIOGRAFIA

39. ÍNDICE

40. ANEXOS

41. GLOSSÁRIO

42. BIBLIOGRAFIA

43. ÍNDICE

44. ANEXOS

45. GLOSSÁRIO

46. BIBLIOGRAFIA

47. ÍNDICE

48. ANEXOS

49. GLOSSÁRIO

50. BIBLIOGRAFIA

51. ÍNDICE

52. ANEXOS

53. GLOSSÁRIO

54. BIBLIOGRAFIA

55. ÍNDICE

56. ANEXOS

57. GLOSSÁRIO

58. BIBLIOGRAFIA

59. ÍNDICE

60. ANEXOS

61. GLOSSÁRIO

62. BIBLIOGRAFIA

63. ÍNDICE

64. ANEXOS

65. GLOSSÁRIO

66. BIBLIOGRAFIA

67. ÍNDICE

68. ANEXOS

69. GLOSSÁRIO

70. BIBLIOGRAFIA

71. ÍNDICE

72. ANEXOS

73. GLOSSÁRIO

74. BIBLIOGRAFIA

75. ÍNDICE

76. ANEXOS

77. GLOSSÁRIO

78. BIBLIOGRAFIA

79. ÍNDICE

80. ANEXOS

81. GLOSSÁRIO

82. BIBLIOGRAFIA

83. ÍNDICE

84. ANEXOS

85. GLOSSÁRIO

86. BIBLIOGRAFIA

87. ÍNDICE

88. ANEXOS

89. GLOSSÁRIO

90. BIBLIOGRAFIA

91. ÍNDICE

92. ANEXOS

93. GLOSSÁRIO

94. BIBLIOGRAFIA

95. ÍNDICE

96. ANEXOS

97. GLOSSÁRIO

98. BIBLIOGRAFIA

99. ÍNDICE

100. ANEXOS

101. GLOSSÁRIO

102. BIBLIOGRAFIA

103. ÍNDICE

104. ANEXOS

105. GLOSSÁRIO

106. BIBLIOGRAFIA

107. ÍNDICE

108. ANEXOS

109. GLOSSÁRIO

110. BIBLIOGRAFIA

111. ÍNDICE

112. ANEXOS

113. GLOSSÁRIO

114. BIBLIOGRAFIA

115. ÍNDICE

116. ANEXOS

117. GLOSSÁRIO

118. BIBLIOGRAFIA

119. ÍNDICE

120. ANEXOS

121. GLOSSÁRIO

122. BIBLIOGRAFIA

123. ÍNDICE

124. ANEXOS

125. GLOSSÁRIO

126. BIBLIOGRAFIA

127. ÍNDICE

128. ANEXOS

129. GLOSSÁRIO

130. BIBLIOGRAFIA

131. ÍNDICE

132. ANEXOS

133. GLOSSÁRIO

134. BIBLIOGRAFIA

135. ÍNDICE

136. ANEXOS

137. GLOSSÁRIO

138. BIBLIOGRAFIA

139. ÍNDICE

140. ANEXOS

141. GLOSSÁRIO

142. BIBLIOGRAFIA

143. ÍNDICE

144. ANEXOS

145. GLOSSÁRIO

146. BIBLIOGRAFIA

147. ÍNDICE

148. ANEXOS

149. GLOSSÁRIO

150. BIBLIOGRAFIA

151. ÍNDICE

152. ANEXOS

153. GLOSSÁRIO

154. BIBLIOGRAFIA

155. ÍNDICE

156. ANEXOS

157. GLOSSÁRIO

158. BIBLIOGRAFIA

159. ÍNDICE

160. ANEXOS

161. GLOSSÁRIO

162. BIBLIOGRAFIA

163. ÍNDICE

164. ANEXOS

165. GLOSSÁRIO

166. BIBLIOGRAFIA

167. ÍNDICE

168. ANEXOS

169. GLOSSÁRIO

170. BIBLIOGRAFIA

171. ÍNDICE

172. ANEXOS

173. GLOSSÁRIO

174. BIBLIOGRAFIA

175. ÍNDICE

176. ANEXOS

177. GLOSSÁRIO

178. BIBLIOGRAFIA

179. ÍNDICE

180. ANEXOS

181. GLOSSÁRIO

182. BIBLIOGRAFIA

183. ÍNDICE

184. ANEXOS

185. GLOSSÁRIO

186. BIBLIOGRAFIA

187. ÍNDICE

188. ANEXOS

189. GLOSSÁRIO

190. BIBLIOGRAFIA

191. ÍNDICE

192. ANEXOS

193. GLOSSÁRIO

194. BIBLIOGRAFIA

195. ÍNDICE

196. ANEXOS

197. GLOSSÁRIO

198. BIBLIOGRAFIA

199. ÍNDICE

200. ANEXOS

201. GLOSSÁRIO

202. BIBLIOGRAFIA

203. ÍNDICE

204. ANEXOS

205. GLOSSÁRIO

206. BIBLIOGRAFIA

207. ÍNDICE

208. ANEXOS

209. GLOSSÁRIO

210. BIBLIOGRAFIA

211. ÍNDICE

212. ANEXOS

213. GLOSSÁRIO

214. BIBLIOGRAFIA

215. ÍNDICE

216. ANEXOS

217. GLOSSÁRIO

218. BIBLIOGRAFIA

219. ÍNDICE

220. ANEXOS

221. GLOSSÁRIO

222. BIBLIOGRAFIA

223. ÍNDICE

224. ANEXOS

225. GLOSSÁRIO

226. BIBLIOGRAFIA

227. ÍNDICE

228. ANEXOS

229. GLOSSÁRIO

230. BIBLIOGRAFIA

231. ÍNDICE

232. ANEXOS

233. GLOSSÁRIO

234. BIBLIOGRAFIA

235. ÍNDICE

236. ANEXOS

237. GLOSSÁRIO

238. BIBLIOGRAFIA

239. ÍNDICE

240. ANEXOS

241. GLOSSÁRIO

242. BIBLIOGRAFIA

243. ÍNDICE

244. ANEXOS

245. GLOSSÁRIO

246. BIBLIOGRAFIA

247. ÍNDICE

248. ANEXOS

249. GLOSSÁRIO

250. BIBLIOGRAFIA

251. ÍNDICE

252. ANEXOS

253. GLOSSÁRIO

254. BIBLIOGRAFIA

255. ÍNDICE

256. ANEXOS

257. GLOSSÁRIO

258. BIBLIOGRAFIA

259. ÍNDICE

260. ANEXOS

261. GLOSSÁRIO

262. BIBLIOGRAFIA

263. ÍNDICE

264. ANEXOS

265. GLOSSÁRIO

266. BIBLIOGRAFIA

267. ÍNDICE

268. ANEXOS

269. GLOSSÁRIO

270. BIBLIOGRAFIA

271. ÍNDICE

272. ANEXOS

273. GLOSSÁRIO

274. BIBLIOGRAFIA

275. ÍNDICE

276. ANEXOS

277. GLOSSÁRIO

278. BIBLIOGRAFIA

279. ÍNDICE

280. ANEXOS

281. GLOSSÁRIO

282. BIBLIOGRAFIA

283. ÍNDICE

284. ANEXOS

285. GLOSSÁRIO

286. BIBLIOGRAFIA

287. ÍNDICE

288. ANEXOS

289. GLOSSÁRIO

290. BIBLIOGRAFIA

291. ÍNDICE

292. ANEXOS

293. GLOSSÁRIO

294. BIBLIOGRAFIA

295. ÍNDICE

296. ANEXOS

297. GLOSSÁRIO

298. BIBLIOGRAFIA

299. ÍNDICE

300. ANEXOS

301. GLOSSÁRIO

302. BIBLIOGRAFIA

303. ÍNDICE

304. ANEXOS

305. GLOSSÁRIO

306. BIBLIOGRAFIA

307. ÍNDICE

308. ANEXOS

309. GLOSSÁRIO

310. BIBLIOGRAFIA

311. ÍNDICE

312. ANEXOS

313. GLOSSÁRIO

314. BIBLIOGRAFIA

315. ÍNDICE

316. ANEXOS

317. GLOSSÁRIO

318. BIBLIOGRAFIA

319. ÍNDICE

320. ANEXOS

321. GLOSSÁRIO

322. BIBLIOGRAFIA

323. ÍNDICE

324. ANEXOS

325. GLOSSÁRIO

326. BIBLIOGRAFIA

327. ÍNDICE

328. ANEXOS

329. GLOSSÁRIO

330. BIBLIOGRAFIA

331. ÍNDICE

332. ANEXOS

333. GLOSSÁRIO

334. BIBLIOGRAFIA

335. ÍNDICE

336. ANEXOS

337. GLOSSÁRIO

338. BIBLIOGRAFIA

339. ÍNDICE

340. ANEXOS

341. GLOSSÁRIO

342. BIBLIOGRAFIA

343. ÍNDICE

344. ANEXOS

345. GLOSSÁRIO

346. BIBLIOGRAFIA

347. ÍNDICE

348. ANEXOS

349. GLOSSÁRIO

350. BIBLIOGRAFIA

351. ÍNDICE

352. ANEXOS

353. GLOSSÁRIO

354. BIBLIOGRAFIA

355. ÍNDICE

356. ANEXOS

357. GLOSSÁRIO

358. BIBLIOGRAFIA

359. ÍNDICE

360. ANEXOS

361. GLOSSÁRIO

362. BIBLIOGRAFIA

363. ÍNDICE

364. ANEXOS

365. GLOSSÁRIO

366. BIBLIOGRAFIA

367. ÍNDICE

368. ANEXOS

369. GLOSSÁRIO

370. BIBLIOGRAFIA

371. ÍNDICE

372. ANEXOS

373. GLOSSÁRIO

374. BIBLIOGRAFIA

375. ÍNDICE

376. ANEXOS

377. GLOSSÁRIO

378. BIBLIOGRAFIA

379. ÍNDICE

380. ANEXOS

381. GLOSSÁRIO

382. BIBLIOGRAFIA

383. ÍNDICE

384. ANEXOS

385. GLOSSÁRIO

386. BIBLIOGRAFIA

387. ÍNDICE

388. ANEXOS

389. GLOSSÁRIO

390. BIBLIOGRAFIA

391. ÍNDICE

392. ANEXOS

393. GLOSSÁRIO

394. BIBLIOGRAFIA

395. ÍNDICE

396. ANEXOS

397. GLOSSÁRIO

398. BIBLIOGRAFIA

399. ÍNDICE

400. ANEXOS

401. GLOSSÁRIO

402. BIBLIOGRAFIA

403. ÍNDICE

404. ANEXOS

405. GLOSSÁRIO

406. BIBLIOGRAFIA

407. ÍNDICE

408. ANEXOS

409. GLOSSÁRIO

410. BIBLIOGRAFIA

411. ÍNDICE

412. ANEXOS

413. GLOSSÁRIO

414. BIBLIOGRAFIA

415. ÍNDICE

416. ANEXOS

417. GLOSSÁRIO

418. BIBLIOGRAFIA

419. ÍNDICE

420. ANEXOS

421. GLOSSÁRIO

422. BIBLIOGRAFIA

423. ÍNDICE

424. ANEXOS

425. GLOSSÁRIO

426. BIBLIOGRAFIA

427. ÍNDICE

428. ANEXOS

429. GLOSSÁRIO

430. BIBLIOGRAFIA

431. ÍNDICE

432. ANEXOS

433. GLOSSÁRIO

434. BIBLIOGRAFIA

435. ÍNDICE

436. ANEXOS

437. GLOSSÁRIO

438. BIBLIOGRAFIA

439. ÍNDICE

440. ANEXOS

441. GLOSSÁRIO

442. BIBLIOGRAFIA

443. ÍNDICE

444. ANEXOS

445. GLOSSÁRIO

446. BIBLIOGRAFIA

447. ÍNDICE

448. ANEXOS

449. GLOSSÁRIO

450. BIBLIOGRAFIA

451. ÍNDICE

452. ANEXOS

453. GLOSSÁRIO

454. BIBLIOGRAFIA

455. ÍNDICE

456. ANEXOS

457. GLOSSÁRIO

458. BIBLIOGRAFIA

459. ÍNDICE

460. ANEXOS

461. GLOSSÁRIO

462. BIBLIOGRAFIA

463. ÍNDICE

464. ANEXOS

465. GLOSSÁRIO

466. BIBLIOGRAFIA

467. ÍNDICE

468. ANEXOS

469. GLOSSÁRIO

470. BIBLIOGRAFIA

471. ÍNDICE

472. ANEXOS

473. GLOSSÁRIO

474. BIBLIOGRAFIA

475. ÍNDICE

476. ANEXOS

477. GLOSSÁRIO

478. BIBLIOGRAFIA

479. ÍNDICE

480. ANEXOS

481. GLOSSÁRIO

482. BIBLIOGRAFIA

483. ÍNDICE

484. ANEXOS

485. GLOSSÁRIO

486. BIBLIOGRAFIA

487. ÍNDICE

488. ANEXOS

489. GLOSSÁRIO

490. BIBLIOGRAFIA

491. ÍNDICE

492. ANEXOS

493. GLOSSÁRIO

494. BIBLIOGRAFIA

495. ÍNDICE

496. ANEXOS

497. GLOSSÁRIO

498. BIBLIOGRAFIA

499. ÍNDICE

500. ANEXOS

501. GLOSSÁRIO

502. BIBLIOGRAFIA

503. ÍNDICE

504. ANEXOS

505. GLOSSÁRIO

506. BIBLIOGRAFIA

507. ÍNDICE

508. ANEXOS

509. GLOSSÁRIO

510. BIBLIOGRAFIA

511. ÍNDICE

512. ANEXOS

513. GLOSSÁRIO

514. BIBLIOGRAFIA

515. ÍNDICE

516. ANEXOS

517. GLOSSÁRIO

518. BIBLIOGRAFIA

519. ÍNDICE

520. ANEXOS

521. GLOSSÁRIO

522. BIBLIOGRAFIA

523. ÍNDICE

524. ANEXOS

525. GLOSSÁRIO

526. BIBLIOGRAFIA

527. ÍNDICE

528. ANEXOS

529. GLOSSÁRIO

530. BIBLIOGRAFIA

531. ÍNDICE

532. ANEXOS

533. GLOSSÁRIO

534. BIBLIOGRAFIA

535. ÍNDICE

536. ANEXOS

537. GLOSSÁRIO

538. BIBLIOGRAFIA

539. ÍNDICE

540. ANEXOS

541. GLOSSÁRIO

542. BIBLIOGRAFIA

543. ÍNDICE

544. ANEXOS

545. GLOSSÁRIO

546. BIBLIOGRAFIA

547. ÍNDICE

548. ANEXOS

549. GLOSSÁRIO

550. BIBLIOGRAFIA

551. ÍNDICE

552. ANEXOS

553. GLOSSÁRIO

554. BIBLIOGRAFIA

555. ÍNDICE

556. ANEXOS

557. GLOSSÁRIO

558. BIBLIOGRAFIA

559. ÍNDICE

560. ANEXOS

561. GLOSSÁRIO

562. BIBLIOGRAFIA

563. ÍNDICE

564. ANEXOS

565. GLOSSÁRIO

566. BIBLIOGRAFIA

567. ÍNDICE

568. ANEXOS

569. GLOSSÁRIO

570. BIBLIOGRAFIA

571. ÍNDICE

572. ANEXOS

573. GLOSSÁRIO

574. BIBLIOGRAFIA

575. ÍNDICE

576. ANEXOS

577. GLOSSÁRIO

578. BIBLIOGRAFIA

579. ÍNDICE

580. ANEXOS

581. GLOSSÁRIO

582. BIBLIOGRAFIA

583. ÍNDICE

584. ANEXOS

585. GLOSSÁRIO

586. BIBLIOGRAFIA

587. ÍNDICE

588. ANEXOS

589. GLOSSÁRIO

590. BIBLIOGRAFIA

591. ÍNDICE

592. ANEXOS

593. GLOSSÁRIO

594. BIBLIOGRAFIA

595. ÍNDICE

596. ANEXOS

597. GLOSSÁRIO

598. BIBLIOGRAFIA

599. ÍNDICE

600. ANEXOS

601. GLOSSÁRIO

602. BIBLIOGRAFIA

603. ÍNDICE

604. ANEXOS

605. GLOSSÁRIO

606. BIBLIOGRAFIA

607. ÍNDICE

608. ANEXOS

609. GLOSSÁRIO

610. BIBLIOGRAFIA

611. ÍNDICE

612. ANEXOS

613. GLOSSÁRIO

614. BIBLIOGRAFIA

615. ÍNDICE

616. ANEXOS

617. GLOSSÁRIO

618. BIBLIOGRAFIA

619. ÍNDICE

620. ANEXOS

621. GLOSSÁRIO

622. BIBLIOGRAFIA

623. ÍNDICE

624. ANEXOS

625. GLOSSÁRIO

626. BIBLIOGRAFIA

627. ÍNDICE

628. ANEXOS

629. GLOSSÁRIO

630. BIBLIOGRAFIA

631. ÍNDICE

632. ANEXOS

633. GLOSSÁRIO

634. BIBLIOGRAFIA

635. ÍNDICE

636. ANEXOS

637. GLOSSÁRIO

638. BIBLIOGRAFIA

639. ÍNDICE

640. ANEXOS

641. GLOSSÁRIO

642. BIBLIOGRAFIA

643. ÍNDICE

644. ANEXOS

645. GLOSSÁRIO

646. BIBLIOGRAFIA

647. ÍNDICE

648. ANEXOS

649. GLOSSÁRIO

650. BIBLIOGRAFIA

651. ÍNDICE

652. ANEXOS

653. GLOSSÁRIO

654. BIBLIOGRAFIA

655. ÍNDICE

656. ANEXOS

657. GLOSSÁRIO

658. BIBLIOGRAFIA

659. ÍNDICE

660. ANEXOS

661. GLOSSÁRIO

662. BIBLIOGRAFIA

663. ÍNDICE

664. ANEXOS

665. GLOSSÁRIO

666. BIBLIOGRAFIA

667. ÍNDICE

668. ANEXOS

669. GLOSSÁRIO

670. BIBLIOGRAFIA

671. ÍNDICE

672. ANEXOS

673. GLOSSÁRIO

674. BIBLIOGRAFIA

675. ÍNDICE

676. ANEXOS

677. GLOSSÁRIO

678. BIBLIOGRAFIA

679. ÍNDICE

680. ANEXOS

681. GLOSSÁRIO

682. BIBLIOGRAFIA

683. ÍNDICE

684. ANEXOS

685. GLOSSÁRIO

686. BIBLIOGRAFIA

687. ÍNDICE

688. ANEXOS

689. GLOSSÁRIO

690. BIBLIOGRAFIA

691. ÍNDICE

692. ANEXOS

693. GLOSSÁRIO

694. BIBLIOGRAFIA

695. ÍNDICE

696. ANEXOS

697. GLOSSÁRIO

698. BIBLIOGRAFIA

699. ÍNDICE

700. ANEXOS

701. GLOSSÁRIO

702. BIBLIOGRAFIA

703. ÍNDICE

704. ANEXOS

705. GLOSSÁRIO

706. BIBLIOGRAFIA

707. ÍNDICE

708. ANEXOS

709. GLOSSÁRIO

710. BIBLIOGRAFIA

711. ÍNDICE

712. ANEXOS

713. GLOSSÁRIO

714. BIBLIOGRAFIA

715. ÍNDICE

716. ANEXOS

717. GLOSSÁRIO

718. BIBLIOGRAFIA

719. ÍNDICE

720. ANEXOS

721. GLOSSÁRIO

722. BIBLIOGRAFIA

723. ÍNDICE

724. ANEXOS

725. GLOSSÁRIO

726. BIBLIOGRAFIA

727. ÍNDICE

728. ANEXOS

729. GLOSSÁRIO

730. BIBLIOGRAFIA

731. ÍNDICE

732. ANEXOS

733. GLOSSÁRIO

734. BIBLIOGRAFIA

735. ÍNDICE

736. ANEXOS

737. GLOSSÁRIO

738. BIBLIOGRAFIA

739. ÍNDICE

740. ANEXOS

741. GLOSSÁRIO

742. BIBLIOGRAFIA

743. ÍNDICE

744. ANEXOS

745. GLOSSÁRIO

746. BIBLIOGRAFIA

747. ÍNDICE

748. ANEXOS

749. GLOSSÁRIO

750. BIBLIOGRAFIA

751. ÍNDICE

752. ANEXOS

753. GLOSSÁRIO

754. BIBLIOGRAFIA

755. ÍNDICE

756. ANEXOS

757. GLOSSÁRIO

758. BIBLIOGRAFIA

759. ÍNDICE

760. ANEXOS

761. GLOSSÁRIO

762. BIBLIOGRAFIA

763. ÍNDICE

764. ANEXOS

765. GLOSSÁRIO

766. BIBLIOGRAFIA

767. ÍNDICE

768. ANEXOS

769. GLOSSÁRIO

770. BIBLIOGRAFIA

771. ÍNDICE

772. ANEXOS

773. GLOSSÁRIO

774. BIBLIOGRAFIA

775. ÍNDICE

776. ANEXOS

777. GLOSSÁRIO

778. BIBLIOGRAFIA

779. ÍNDICE

780. ANEXOS

781. GLOSSÁRIO

782. BIBLIOGRAFIA

783. ÍNDICE

784. ANEXOS

785. GLOSSÁRIO

786. BIBLIOGRAFIA

787. ÍNDICE

788. ANEXOS

789. GLOSSÁRIO

790. BIBLIOGRAFIA

791. ÍNDICE

792. ANEXOS

793. GLOSSÁRIO

794. BIBLIOGRAFIA

795. ÍNDICE

796. ANEXOS

797. GLOSSÁRIO

798. BIBLIOGRAFIA

799. ÍNDICE

800. ANEXOS

801. GLOSSÁRIO

802. BIBLIOGRAFIA

803. ÍNDICE

804. ANEXOS

805. GLOSSÁRIO

806. BIBLIOGRAFIA

807. ÍNDICE

808. ANEXOS

809. GLOSSÁRIO

810. BIBLIOGRAFIA

811. ÍNDICE

812. ANEXOS

813. GLOSSÁRIO

814. BIBLIOGRAFIA

815. ÍNDICE

816. ANEXOS

817. GLOSSÁRIO

818. BIBLIOGRAFIA

819. ÍNDICE

820. ANEXOS

821. GLOSSÁRIO

822. BIBLIOGRAFIA

823. ÍNDICE

824. ANEXOS

825. GLOSSÁRIO

826. BIBLIOGRAFIA

827. ÍNDICE

828. ANEXOS

829. GLOSSÁRIO

830. BIBLIOGRAFIA

831. ÍNDICE

832. ANEXOS

833. GLOSSÁRIO

834. BIBLIOGRAFIA

835. ÍNDICE

836. ANEXOS

837. GLOSSÁRIO

838. BIBLIOGRAFIA

839. ÍNDICE

840. ANEXOS

841. GLOSSÁRIO

842. BIBLIOGRAFIA

843. ÍNDICE

844. ANEXOS

845. GLOSSÁRIO

846. BIBLIOGRAFIA

847. ÍNDICE

848. ANEXOS

849. GLOSSÁRIO

850. BIBLIOGRAFIA

851. ÍNDICE

852. ANEXOS

853. GLOSSÁRIO

854. BIBLIOGRAFIA

855. ÍNDICE

856. ANEXOS

857. GLOSSÁRIO

858. BIBLIOGRAFIA

859. ÍNDICE

860. ANEXOS

861. GLOSSÁRIO

862. BIBLIOGRAFIA

863. ÍNDICE

864. ANEXOS</

4. Equipamento de Proteção Individual

LUVAS:



Fonte: Tradução e adaptação de OMS: "Glove Use Information Leaflet - Patient Safety, a World Alliance for Safer Health care, 2009".

4. Equipamento de Proteção Individual

AVENTAL: utilizado durante procedimentos que envolvam contacto direto com o doente, para proteção dos uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação. Deve ser substituído no final do procedimento e entre clientes.



BATA: usada quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos; deve ser substituída no final do procedimento e entre clientes.



4. Equipamento de Proteção Individual

MÁSCARA: deve cobrir o nariz e a boca (bem ajustada à face).

CIRÚRGICA: sendo utilizado para proteção do utilizador, ao evitar a inalação de gotículas, e dos seus contactos, ao minimizar a dispersão das mesmas.

Deve ser usada quando há risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória;



RESPIRADOR DE PARTÍCULAS: tem como objetivo filtrar partículas aéreas (proteção de profissionais de saúde, clientes imunossuprimidos, preparação de citostáticos e manuseamento de agentes químicos irritantes).



As máscaras **devem ser removidas e substituídas:** no final do procedimento, quando a integridade da máscara estiver comprometida (ex. acumulação de humidade ou contaminação significativa) e de acordo com as instruções do fabricante.

4. Equipamento de Proteção Individual

PROTEÇÃO OCULAR: ÓCULOS OU VISEIRA

Usar quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face, e, durante procedimentos geradores de aerossóis (ex. entubações traqueais, endoscopias brônquicas). Os óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada.



TOUCA:

- Bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo.
- Dever ser utilizada: em áreas específicas (ex: bloco operatório, cozinha), durante procedimentos assépticos (ex: colocação de CVC); durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos.
- Dever ser substituída/eliminada entre sessões ou se estiver contaminada com fluidos orgânicos.



PROTEÇÃO DE CALÇADO:

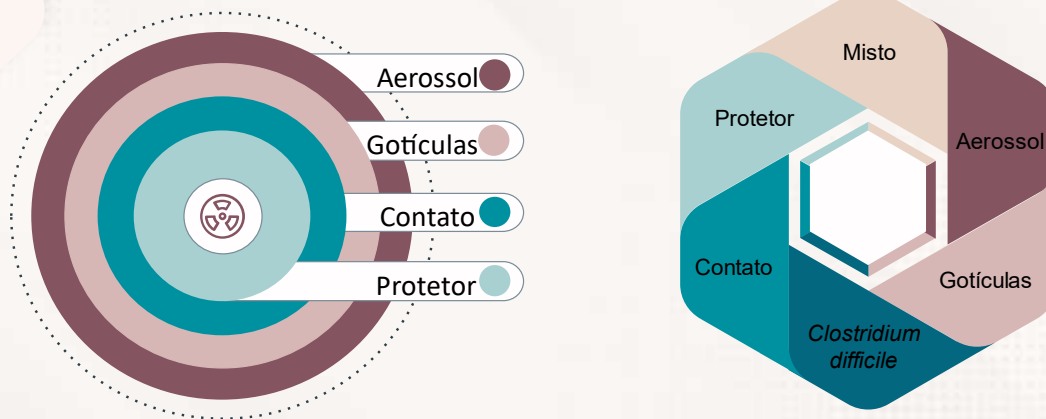
- Deve ser antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé, a fim de evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos ou lesão com material cortoperfurante;
- removido antes de sair da área específica (p.ex. Bloco Operatório).



5. Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão



6. Tipos de Isolamento



6.1. Isolamento Protetor

Objetivo

Proteger o cliente com aplasia medular pós-transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH)



Visitas

- Ensinos sobre a técnica correta de higiene das mãos e uso de EPI's.



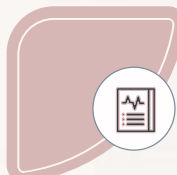
Cuidados

- Quarto individual com pressão+, com porta fechada;
- Mínimo 12 renovações de ar/hora;
- Filtração do ar com filtro HEPA (99,97% de eficiência, capazes de remover partículas com 0,3 µm);
- EPI segundo PBCI, excepto de cliente infectado ou profissionais de saúde a prestar cuidados com outros MES (bata, luvas e máscara);
- Material clínico individualizada sempre que possível



Exames

- Ser o primeiro do dia, sempre que possível;
- Se exame urgente deve permanecer o menor tempo possível no serviço;
- Cliente coloca máscara cirúrgica ou FFP2 (se obras a decorrer ou recentes) antes de sair do quarto.



6.2. Isolamento de Contato

Objetivo

Aplicar precauções adicionais de modo a evitar a transmissão de microrganismos patogénicos por via direta ou indireta.



Visitas

- Ensinos sobre a técnica correta de higiene das mãos e uso de EPI's.



Cuidados

- Quarto individual ou coorte;
- EPI: bata e luvas;
- Material clínico individualizado, sempre que possível.



Exames

- Último do dia, sempre que possível;
- Se exame urgente deve permanecer o menor tempo possível no serviço;
- Roupa trocada, fonte de infecção contida;
- Grades da cama desinfetadas com álcool a 70%;
- Profissionais retiram EPI's antes de sair do quarto e colocam novamente no local do exame.



6.3. Isolamento por *Clostridium defficile*

Objetivo

Aplicar precauções adicionais de modo a evitar a transmissão de microrganismos patogênicos pela via direta ou indireta



Visitas

- Ensinos sobre a técnica correta de higiene das mãos e uso de EPI's



Cuidados

- Quarto individual ou coorte;
- EPI: bata e luvas;
- Higienização das mãos sempre com água e sabão;
- Remover SABA do quarto;
- Material clínico individualizado, sempre que possível.



Exames

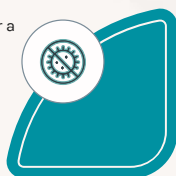
- Ser o último do dia, sempre que possível;
- Se exame urgente deve permanecer o menor tempo possível no serviço;
- Roupas trocadas, fonte de infecção contida;
- Grades da cama desinfetadas com álcool a 70%;
- Profissionais retiram EPI's antes de sair do quarto e colocam novamente no local do exame.



6.4. Isolamento de Gotículas

Objetivo

Aplicar precauções adicionais de modo a evitar a transmissão de gotículas. Acontece quando microrganismos patogênicos são transmitidos diretamente do trato respiratório do indivíduo infectado para superfícies mucosas do receptor, geralmente em distâncias curtas. Gotículas respiratórias são geradas quando uma pessoa tosse, espirra ou fala.



Visitas

- Ensinos sobre a técnica correta de higiene das mãos e uso de EPI's



Cuidados

- Quarto individual ou coorte;
- EPI: máscara cirúrgica;
- Material clínico individualizado, sempre que possível.



Exames

- Ser o último do dia, sempre que possível;
- Se exame urgente deve permanecer o menor tempo possível no serviço;
- Cliente coloca máscara cirúrgica;
- Grades da cama desinfetadas com álcool a 70%;
- Profissionais retiram EPI's antes de sair do quarto e colocam novamente máscara se houver necessidade do cliente retirar a sua.



6.5. Isolamento de Aerossol

Objetivo

Aplicar precauções adicionais de modo a evitar a transmissão por aerossol. Acontece pela disseminação de pequenas partículas transportadas pelo ar contendo agentes infecciosos que permanecem suspensos no ar por longos períodos de tempo e longa distância infectando pessoas que não estiveram perto. Prevenir a propagação requer um sistema de ventilação adequado.



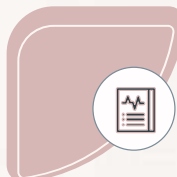
Visitas

- Ensinos sobre a técnica correta de higiene das mãos e uso de EPI's



Cuidados

- Quarto individual com pressão negativa ou coorte, com porta fechada;
- EPI: FFP2;
- Material clínico individualizado, sempre que possível.



Exames

- Ser o último do dia, sempre que possível;
- Se exame urgente deve permanecer o menor tempo possível no serviço;
- Cliente coloca máscara cirúrgica;
- Grades da cama desinfetadas com álcool a 70%;
- Profissionais retiram EPI's antes de sair do quarto e colocam novamente máscara se houver necessidade do cliente retirar a sua.

6.6. Isolamento Mista

Objetivo

Aplicar precauções adicionais de modo a evitar a transmissão por contato e por gotículas ou por via aérea.



Visitas

- Ensinos sobre a técnica correta de higiene das mãos e uso de EPI's



Cuidados

- Quarto individual ou coorte;
- EPI: Bata e luvas + máscara cirúrgica (se gotículas) ou FFP2 (se aerossol);
- Material clínico individualizado, sempre que possível.



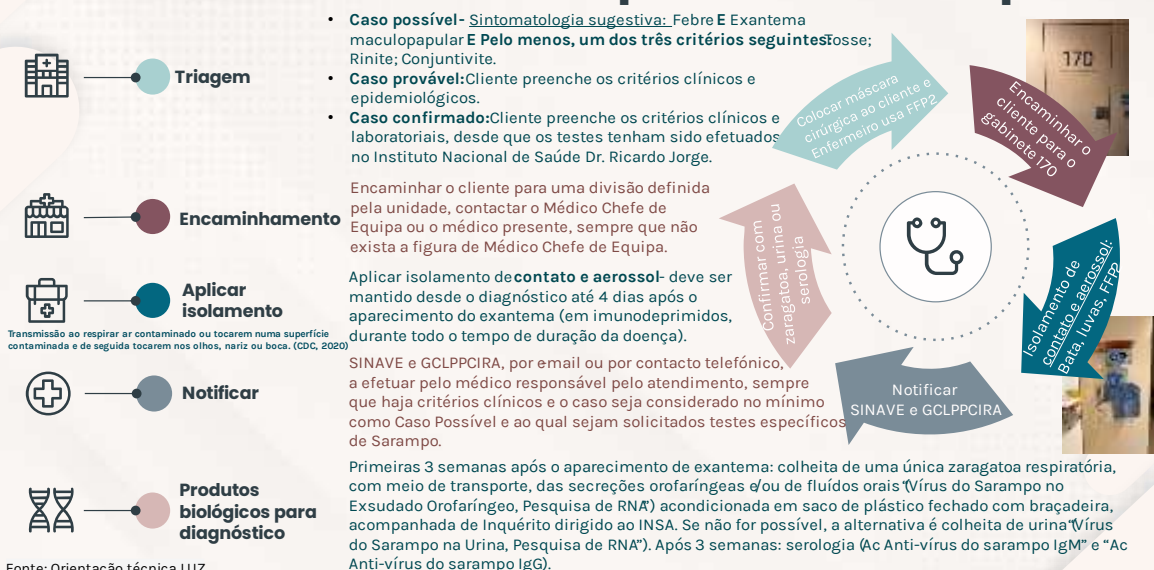
Exames

- Ser o último do dia, sempre que possível;
- Se exame urgente deve permanecer o menor tempo possível no serviço;
- Roupas trocadas e cliente coloca máscara cirúrgica;
- Grades da cama desinfetadas com álcool a 70%;
- Profissionais retiram EPI's antes de sair do quarto e colocam novamente máscara se houver necessidade do cliente retirar a sua.

7. Resumo de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

	Protetor	Contato	Contato <i>Clostridium difficile</i>	Gotículas	Aerossol	Contato + Gotículas	Contato + Aerossol
Luvas	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Bata ou Avental	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Máscara	✓ Cirúrgica	✗	✗	✓ Cirúrgica	✓ FFP2	✓ Cirúrgica	✓ FFP2
Viseira ou óculos de proteção	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco
Higiene das Mãos	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA	Sabão e água	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA
Quarto	Individual Pressão + Porta fechada	Individual ou coorte	Individual ou coorte	Individual ou coorte	Individual Pressão - Porta fechada	Individual ou coorte	Individual Pressão - Porta fechada
Visitas	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar
Transporte  Informar o local de destino o tipo de isolamento	Cliente usa máscara cirúrgica ou FFP2 todo o plano	Roupa lavada Último do plano	Roupa lavada Último do plano	Cliente usa máscara cirúrgica e lençol limpo Último do plano	Cliente usa máscara cirúrgica Último do plano	Cliente usa máscara cirúrgica e lençol limpo Último do plano	Cliente usa máscara cirúrgica e lençol limpo Último do plano
Material Clínico	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado

8. Atuar em caso suspeito de Sarampo



Precauções Básicas de Controlo de Infecção e Baseadas nas Vias de Transmissão

Precauções Básicas de Controlo de Infecção

1	Colocação de doentes
2	Higiene das Mãos
3	Etiqueta respiratória
4	Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
5	Descontaminação do Equipamento Clínico
6	Controlo Ambiental
7	Manuseamento Seguro da Roupa
8	Recolha segura de resíduos
9	Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
10	Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão



Guideline Isolamentos CDC

	Protetor	Contato	Contato + <i>Clostridium difficile</i>	Gotículas	Aerossol	Contato + Gotículas	Contato + Aerossol
Luvas	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Bata ou Avental	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓
Máscara	✓	✗	✗	✓	FFP2	✓	FFP2
Viseira ou óculos de proteção	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco	Se risco
Higiene das Mãos	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA	Sabão e água	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA	Sabão e água ou SABA
Quarto	Individual - Pressão + Porta fechada	Individual ou coorte	Individual ou coorte	Individual ou coorte	Individual - Pressão - Porta fechada	Individual ou coorte	Individual - Pressão - Porta fechada
Visitas	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar	Limitar
Transporte	Informar e local de destino e tipo de isolamento	Roupa lavada Último do plano	Roupa lavada Último do plano	Roupa lavada Último do plano	Cliente usa máscara cirúrgica Último do plano	Roupa lavada Último do plano	Roupa lavada Último do plano
Material Clínico	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado	Individualizado

10. Referências Bibliográficas

1. BISPO, Soraia – Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. 2016;
2. CDC - Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (2007) – última atualização 2023;
3. CDC - Isolation Precautions. Guidelines Library. 2023;
4. CDC - Precautions to Prevent Transmission of Infectious Agents. 2019;
5. CDC - Transmisión del sarampión.2020;
6. DGS - Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção. 2012;
7. DGS - Norma 013/2014: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. 2014;
8. DGS - Norma 004/2017: SARAMPO: Procedimentos em unidades de saúde - Programa Nacional Eliminação Sarampo – última atualização 2018;
9. DGS - Orientação no 001/2018: SARAMPO: Controlo de Infecção em unidades de saúde. 2018;
10. Orientação técnica LUZ – Atuação em casos possíveis, prováveis ou confirmados de Sarampo;
11. Orientação técnica LUZ – Isolamento de clientes.

ANEXOS

ANEXO I - CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO E
RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA LUZ SAÚDE 2024



Congresso internacional de controlo de infeção e resistência antimicrobiana Luz Saúde 2024



— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Avenida Lusíada 100 Edifício C, Piso -1
1500-650 Lisboa



NOME

Joana Medeiros De Almeida

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14166433

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-65df59311bbb4

Evento

Congresso internacional de controlo de infeção e resistência antimicrobiana Luz Saúde 2024

01-03-2024 09:00 → 01-03-2024 18:00 - Duração: 6 horas

Os conflitos armados, os movimentos migratórios de milhões de pessoas, a Inteligência Artificial e as ameaças à sustentabilidade do planeta são apenas alguns exemplos de um mundo em permanente mudança, que têm um impacto brutal e colocam grandes desafios em termos de prevenção e controlo de infeção.

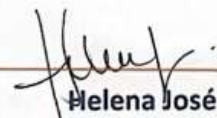
É neste contexto que o Grupo Luz Saúde organiza a 14ª edição do seu Congresso Internacional de Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobiana, que vai realizar-se já no próximo dia 1 de março, com a participação de conceituados especialistas nacionais e estrangeiros.

ANEXO II - CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS III JORNADAS
INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESSATLA



CERTIFICADO

Certifica-se que Jean Medeiros de Almeida Dias participou nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema "Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação", realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica, com a duração de 8h.


Helena José

Presidente da Comissão Científica



Helga Oliveira

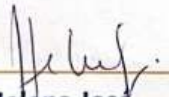
Presidente da Comissão Organizadora

ANEXO III - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO ORAL
NAS III JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESSATLA



CERTIFICADO

Certifica-se que **Mark Afonso** apresentou a Comunicação Oral intitulada: **Estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção do doente crítico**, da autoria de Annisia Costa, Cátia Rei, Isabel Rabiais, Joana Dias, Mark Afonso e Rafael Valente, nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema “Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação”, realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica.



Helena José
P^ªla Comissão Científica



Helga Oliveira
P^ªla Comissão Organizadora