



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DA PREVENÇÃO À EXCELÊNCIA FROM PREVENTION TO EXCELLENCE

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Guilherme Filipe Santos Rodrigues

Lisboa, 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DA PREVENÇÃO À EXCELÊNCIA FROM PREVENTION TO EXCELLENCE

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Guilherme Filipe Santos Rodrigues

Sob orientação de
Doutora Rita Marques

Lisboa, setembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores dos diferentes contextos de prática clínica, os enfermeiros Sónia Albano e Carla Martins, Ana Farias, Clara Peixoto e Fernando Sousa, pela disponibilidade e acompanhamento em todas as fases do estágio.

À Doutora Rita Marques pela disponibilidade, compreensão e estruturação analítica que promoveu neste percurso.

À Soraia Loureiro, minha esposa, que me acompanha a cada dia, me incentiva a cada obstáculo e partilha comigo o projeto de um futuro desejado. Sem ti não conseguiria nada e juntos somos mais fortes! A ti, minha razão de viver.

RESUMO

Chega ao fim um percurso formativo que se iniciou em setembro de 2015, o Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico–Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório pretende demonstrar tudo o que adquiri nesta caminhada, quer a capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, quer refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais e ainda de comunicar adequadamente as conclusões que retirei.

O presente documento encontra-se estruturado em seis partes, sendo a primeira a que diz respeito à introdução. De seguida apresenta-se a Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida durante o estágio do módulo opcional e que constitui o Capítulo I.

O Capítulo II é dedicado à fundamentação da escolha dos locais de estágio, com uma breve contextualização dos mesmos, bem como à descrição, reflexão crítica das atividades e competências desenvolvidas em cada contexto. Foram ainda evidenciados os contributos da minha prática clínica para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente crítico/pessoas significativas.

No Capítulo III apresenta-se uma avaliação global dos estágios, sendo que o Capítulo IV diz respeito à conclusão, onde serão evidenciados as principais competências desenvolvidas e os contributos deste processo formativo. Por último, apresentam-se as referências bibliográficas.

A prática clínica que desenvolvi nos diversos campos de estágio foi desenrolada sob um clima propício a uma aprendizagem abrangente e a um crescimento humano e profissional que espero transmitir em cada palavra que compõem este relatório.

O tema central que definiu o meu percurso foi a prevenção e controlo de infeções o que me levou à escolha do título deste documento, sendo a prevenção o primeiro passo para a prestação de cuidados de excelência.

Coloquei neste caminho toda a minha vontade e ambição de querer saber, saber ser, saber estar e saber fazer mais e melhor, quer no âmbito da prestação de cuidados diretos, quer ao nível da formação e da gestão.

Palavras-chave: Enfermagem; Prevenção; Excelência; Relatório; Estágio.

ABSTRACT

A training course began in September 2015, the Master in Nursing in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, at the Institute of Health Sciences of Lisbon, of the Portuguese Catholic University.

This report intends to demonstrate everything I have acquired in this journey, both the ability to identify problems and develop solutions, and to reflect on the actions carried out and their ethical and social implications, and also to adequately communicate the conclusions I have drawn.

This document is structured in six parts, the first with regard to the introduction. Following is the Systematic Review of Literature developed during the stage of the optional module and that constitutes Chapter I.

Chapter II is dedicated to the fundamentals of the choice of internships, with a brief contextualization of them, as well as the description, critical reflection of the activities and competences developed in each context.

The contributions of my clinical practice for the improvement of the quality of the care provided to the critical user / significant people were also evidenced.

Chapter III presents an overall evaluation of the internships, and Chapter IV concerns the conclusion, which will highlight the main competences developed and the contributions of this training process. Finally, the bibliographic references are presented.

The clinical practice that I have developed in the various fields of internship has been unfolded in a climate conducive to comprehensive learning and human and professional growth that I hope to convey in every word that make up this report.

The central theme that defined my course was the prevention and control of infections, which led me to choose the title of this document, and prevention is the first step towards providing care of excellence.

I placed on this path all my will and ambition to want to know, know to be, to know how to be and to know how to do more and better, both in the field of direct care, and in terms of training and management.

Keywords: Nursing; Prevention; Excellence; Report; Internship

SIGLAS

AO - Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorpórea

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

HCL – Hospital Central de Lisboa

HPL – Hospital da Periferia de Lisboa

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RX – Raio x

SUC – Serviço de Urgência Central

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	13
2. PERCURSO DE ESTÁGIO: DO PLANEADO AO CONCRETIZADO	23
2.1. HOSPITAL CENTRAL DE LISBOA	24
2.1.1. Estágio – Módulo I: Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	24
2.1.2. Estágio – Módulo II: Unidade de Cuidados Intensivos	35
2.2. HOSPITAL DA PERIFERIA DE LISBOA	46
2.2.1. Estágio – Módulo III: Serviço de Urgência Geral	47
3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTÁGIO	56
4. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
APÊNDICE I: Resultados da revisão sistemática da literatura	67
APÊNDICE II: Apresentação: “O papel do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção”	70
APÊNDICE III: Pedido de autorização à comissão de ética	82
APÊNDICE IV: Checklists de auditoria	84
APÊNDICE V: Poster de resultados	88
APÊNDICE VI: Projeto de Guia de Precauções de Isolamento	90
ANEXOS	
ANEXO I: Certificado de Participação como Orador no I Encontro de Enfermagem	94
ANEXO II: Certificado de Participação nas II Jornadas do PPCIRA	96
ANEXO III: Certificado de Participação na Formação sobre PBCI	98

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Processo de pesquisa.....	17
Quadro 2 - Síntese de recomendações práticas.	20
Quadro 3 - Resultados da Revisão Sistemática da Literatura.	68

INTRODUÇÃO

O término de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas permite-me a construção do presente documento, o qual representa o resultado de três experiências vivenciadas no terreno como integrante da equipa multidisciplinar dos três campos de estágio que selecionei.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, diz-nos no artigo 4.º, que é reconhecida a importância das competências dos profissionais legalmente habilitados, deixando clara a necessidade de habilitação específica para a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista. No mesmo documento está definido que um enfermeiro especialista é aquele que está habilitado com um curso de especialização em enfermagem e a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Tendo em conta os desafios que o passar dos tempos nos coloca no que diz respeito à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes, é fundamental aprofundar e fazer evoluir as perspetivas futuras de organização da profissão otimizando a intervenção dos enfermeiros aos vários níveis e nos vários contextos.

Assim, é pertinente definir competências, que para Dias (2006), representam um conjunto de saberes ligados à formação inicial e à experiência proveniente da ação adquirida ao longo do tempo, de forma empírica, não sistematizada e que se manifesta em situações concretas de trabalho.

Este enquadramento faz ressaltar o papel da experiência profissional no desenvolvimento das competências e a prática clínica parece ser o cenário privilegiado onde elas se manifestam.

Por sua vez, Benner (2001) atribuía importância vital à prática clínica, considerando que o desenvolvimento de competências está diretamente relacionado com a experiência que origina o alargamento dos conhecimentos práticos.

A perícia clínica desenvolve-se com a experiência, sendo o conhecimento teórico importante mas não suficiente para dar resposta a situações da prática clínica altamente complexas (Benner, 2001).

Este enquadramento serve um pouco como justificação dos estágios pois são momentos essenciais no processo formativo dos enfermeiros, razão pela qual estão fortemente integrados nos planos curriculares e, tal como refere Collière (1999), é preciso que a formação parta de situações vividas e permita a aprendizagem da reflexão a partir das situações, socorrendo-se dos diferentes domínios do conhecimento.

No mesmo sentido, Benner (2001) refere que é muito importante o que é vivido salientando que o envolvimento e o compromisso com o utente são centrais na prática de enfermagem, sendo estas as chaves para se adquirir a excelência.

De salientar o enorme contributo dos orientadores e de todos os tutores que me presenciaram nestes estágios com a criação da possibilidade de consecução dos objetivos delineados nos respetivos projetos entregues em tempo oportuno, para o meu enriquecimento profissional e pessoal com o desenvolvimento de competências na área de especialização que pretendi para o meu futuro.

O percurso desenvolvido no âmbito do plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, subdividiu-se em três estágios.

O Estágio Módulo I – Serviço de Urgência, foi desenvolvido no Serviço de Urgência Geral de um Hospital da Periferia de Lisboa, no período de tempo compreendido entre o dia 27 de outubro e 21 de dezembro de 2016, num total de 180 horas.

O Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos, foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Central de Lisboa, no período de tempo compreendido entre o dia 1 de setembro a 26 de outubro de 2016, num total de 180 horas.

O Estágio Módulo III – Opcional, desenvolveu-se no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos de um Hospital Central de Lisboa, no período de tempo compreendido entre o dia 26 de abril e 17 de junho de 2016, num total de 180 horas. Os estágios totalizam os 30 *European Credit Transfer and Accumulation System*.

Este relatório reveste-se de grande importância, pois funcionará como um elemento de análise dos projetos de estágio, dos diferentes campos, por mim desenvolvidos anteriormente, onde reflito não só acerca de todo o trabalho desenvolvido ao longo dos mesmos, como também dos objetivos/ resultados obtidos e dificuldades sentidas ao longo destes, bem como as atividades realizadas de modo a conseguir superar as minhas dificuldades.

O relatório vai funcionar como elemento de avaliação de todas as atividades que foram desenvolvidas ao longo dos estágios, bem como meio de identificar se os objetivos anteriormente propostos foram ou não alcançados e porquê. Deste modo, com a realização deste relatório tenho como principais objetivos:

- Analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas, bem como os contributos obtidos para meu enriquecimento pessoal e profissional;
- Servir como objeto de avaliação, levando a uma auto e hetero avaliações mais precisas, claras e objetivas do trabalho desenvolvido.

O presente documento encontra-se estruturado em seis partes, sendo a primeira a que diz respeito à introdução. De seguida apresenta-se a Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida durante o estágio do módulo opcional e que constitui o Capítulo I.

O Capítulo II é dedicado à fundamentação da escolha dos locais de estágio, com uma breve contextualização dos mesmos, bem como à descrição, reflexão crítica das atividades e competências desenvolvidas em cada contexto. Foram ainda evidenciados os contributos da minha prática clínica para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente crítico/pessoas significativas.

No Capítulo III apresenta-se uma avaliação global dos estágios, sendo que o Capítulo IV diz respeito à conclusão, onde serão evidenciadas as principais

competências desenvolvidas e os contributos deste processo formativo. Por último, apresentam-se as referências bibliográficas.

Para a elaboração deste relatório, recorri ao método descritivo, o qual me pareceu ser o mais indicado para a exposição da forma como decorreu esta etapa do meu percurso, tendo também por base o Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem, em vigor na Universidade Católica Portuguesa, assim como os Projetos de Estágio desenvolvidos por mim para cada campo acima referido.

Utilizarei as normas de referenciação bibliográfica da Associação Americana de Psicologia.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Prevenção e controlo da infeção por *Clostridium difficile*

Prevention and control of Clostridium difficile infection

RESUMO

A prevenção e o controlo da transmissão de infeções assumem-se como um dos principais focos de atuação dos profissionais de saúde estando, neste momento, incluídas nos planos de atividades de cada serviço e na avaliação de desempenho dos profissionais das Unidades de Saúde.

O *Clostridium difficile* é uma das bactérias presentes na flora intestinal não causando patologias nas pessoas saudáveis, no entanto, com a utilização de alguns antibióticos, estes que podem interferir no equilíbrio normal da flora intestinal, pode desencadear-se patologia.

Assim, esta revisão sistemática da literatura tem por objetivo determinar quais os cuidados a ter para a prevenção e controlo da infeção pela bactéria referida anteriormente e que se apresentam no presente documento.

Palavras-chave: Infeção por *Clostridium difficile*; Prevenção; Controlo; Orientações práticas

ABSTRACT

Prevention and control of infection transmission are assumed to be a major focus of activity of health professionals being at present included in the activity plans of each service and performance evaluation of professionals from health units.

Clostridium difficile is bacteria present in the gut without causing diseases in healthy people, however, with the use of some antibiotics, those that can disrupt the normal balance of the intestinal flora can trigger-pathology.

Thus, this systematic literature review aims to determine what precautions to prevent and control infection by the bacteria referred to above and which are presented herein.

Key-words: *Clostridium difficile* infection; Prevention; Control; Guidelines Practice

INTRODUÇÃO

A exigência na prestação de cuidados aumenta dia após dia, neste sentido, os enfermeiros são responsáveis por assegurar e providenciar um aumento da qualidade, da acessibilidade, da equidade e da eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de quem cuidam. Para além deste facto, a sociedade encontra-se cada vez mais informada e como tal, espera enfermeiros capazes de contribuírem para a resolução dos seus problemas e de prestarem cuidados seguros e de elevada qualidade.

Integrada no desenvolvimento de uma política de qualidade nas unidades de saúde, a prevenção e controlo de infeção constitui uma componente estruturante da qualidade em saúde no contexto da segurança do doente. É neste sentido que instituições governamentais como a Organização Mundial de Saúde e a Direção Geral de Saúde têm desenvolvido e divulgado um conjunto de recomendações de boas práticas.

O *Clostridium difficile* é uma bactéria Gram positiva, anaeróbia obrigatória com forma de bacilos, formadores de esporos e produtora de toxinas que resulta em milhões de mortes todos os anos, um pouco por todo o mundo. Este bacilo encontrado no solo e no trato gastrointestinal dos animais, foi identificado pela primeira vez como responsável pela colite pseudomembranosa na década de 70 (Calfee, 2008 e McDonald et al, 2006).

O *Clostridium difficile* tem a capacidade de formar esporos que resistem à acidez do estômago e chegam ao intestino onde, nas pessoas saudáveis, podem permanecer sem causar doença. No entanto, quando a flora intestinal é destruída,

germinam para a forma vegetativa, replicam-se e produzem toxinas (Cash & Glass, 2011).

Estas lesam as células que revestem o intestino causando inflamação que pode ser severa com diarreia grave ultrapassando vinte dejeções por dia. Por vezes causam ulcerações, que associadas ao exsudado inflamatório podem detetar-se na colonoscopia sob a forma característica de membranas, daí o nome de colite pseudomembranosa.

Na forma mais grave, pode evoluir para megacólon tóxico, sépsis e morte (Cash & Glass, 2011). Os sinais/sintomas podem incluir, além da diarreia com cheiro fétido, desconforto e plenitude abdominal, leucocitose e febre (Grossman & Mager, 2010).

As complicações da infeção incluem a desidratação, malnutrição e incontinência fecal, a última com uma associação estatisticamente significativa com a severidade da doença (Kyne et al., 1999). Pode também levar a desequilíbrios eletrolíticos como a hiponatremia e a hipocaliémia e fadiga intensa. É causa frequente de alterações da integridade da pele da área perineal (Itano & Taoka, 2005) incluindo dermatite de contacto principalmente quando são utilizadas fraldas ou absorventes para conter as fezes diarreicas (Shigeta, 2009). A suspeita de infeção determina que seja pesquisada a presença de fatores de risco.

A pesquisa de toxinas da bactéria nas fezes através de métodos imunoenzimáticos é muitas vezes usada por fornecer resultados rápidos (3 a 4 horas). Estes testes têm boa especificidade mas baixa sensibilidade (63% a 99%) o que origina resultados falsos negativos. As fezes líquidas devem ser rapidamente entregues no laboratório pois a sua permanência em temperatura ambiente pode também produzir estes resultados (Grossman & Mager, 2010).

Várias organizações internacionais tais como *European Clostridium difficile -Infection Control Group* e o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) recomendam medidas destinadas a prevenir a transmissão da infeção cruzada que focam principalmente a higiene das mãos e o isolamento de contacto (Vonberg et al., 2008) que está indicado para todos os microrganismos transmissíveis por esta via. Inclui o isolamento dos doentes infetados em quartos

individualizados ou em “coorte” (grupos de doentes com infeção pelo mesmo microrganismo) e o uso de luvas e bata quando se prestam cuidados ao doente.

A reflexão sobre esta realidade conduziu à questão central que orienta esta pesquisa – a questão de investigação: “Quais os procedimentos para o controlo e prevenção da infeção no *Clostridium difficile*?”. Numa tentativa de obter respostas que vão ao encontro desta problemática central, enveredou-se pela revisão sistemática da literatura, enquanto metodologia mais indicada no atual contexto académico e profissional. A pesquisa foi desenvolvida no sentido da consecução dos seguintes objetivos:

- Identificar práticas seguras em contexto de infeção por *Clostridium difficile*.

METODOLOGIA

A revisão sistemática da literatura foi realizada durante o período que decorreu entre maio e junho de 2016. Os trabalhos publicados foram agrupados num horizonte temporal dos últimos sete anos. Procedeu-se à sua análise, procurando uma relação com a questão de investigação inicial, com o objetivo de determinar as práticas que devem ser cumpridas para que se zele pela prevenção e controlo da infeção por *Clostridium difficile*.

A pesquisa documental seguiu um processo racional de consulta de fontes bibliográficas no motor de busca EBSCOhost. Para selecionar os documentos bibliográficos que respondessem à questão formulada estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos revistos por especialistas, apenas os disponíveis integralmente na biblioteca, artigos escritos em português e inglês e por fim os artigos que contivessem no resumo as seguintes expressões: *clostridium difficile* infection; infection control; prevention; *clostridium* diseases; prevention.

Assim, e de forma a operacionalizar a análise empírica dos artigos selecionados, definiram-se os seguintes conceitos-chave da investigação: Prevenção e Controlo; Orientações práticas; Infeção por *Clostridium difficile*.

Dos resultados obtidos nas diferentes bases de dados, selecionou-se, numa primeira fase, os artigos através da leitura e análise dos títulos, seguindo-se a leitura dos respetivos resumos, escolhendo-os de acordo com os critérios de

inclusão. Em última instância, procedeu-se à leitura integral dos artigos relevantes a partir do resumo. O processo de pesquisa é sintetizado de forma esquemática em quadro para uma melhor compreensão.

Quadro 1 - Processo de pesquisa.

Motor de busca	EBSCOhost	
Bases de Dados	CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database	
Descritores e operadores Booleanos	Clostridium difficile infection AND Practice Guidelines AND Prevention and control	
Limitadores	- [2009-2016]	
Pesquisa no Assunto	<ul style="list-style-type: none"> - clostridium difficile - infection - infection control - clostridium diseases - prevention 	
Artigos encontrados	31	
Artigos selecionados após leitura	Título	10
	Resumo	6
	Integral	6

Fonte: Elaboração própria.

De um total de 31 artigos encontrados nas bases de dados, 21 deles foram inicialmente excluídos pela leitura do título. Dos 10 que restaram foram excluídos 4 após leitura do resumo. Procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados constatando-se que constituíam resposta para a questão de investigação formulada anteriormente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise da tabela que se encontra no Apêndice I podemos concluir que existem pontos de concordâncias facilmente identificáveis. Pode verificar-se que conseguimos sintetizar todas as recomendações num quadro dividido por secções, umas mais dirigidas ao procedimento perante um doente com infeção a *Clostridium difficile*, outras relacionadas com a estrutura da unidade de internamento e ainda se pode criar outra secção para formação e informação.

Quanto mais precocemente for detetada a infeção a *Clostridium difficile*, menos riscos de transmissão cruzada existirão ao serem tomadas as devidas medidas. Como referido por Aziz (2009), os profissionais de saúde devem guiar-se pela mnemónica SILLT (Suspeitar, Isolar, Luvas e avental, Lavar e Testar). Esta mnemónica é explicada no quadro 2 de forma mais sucinta, no entanto, pode verificar-se que estão contemplados os passos gerais para a prevenção e controlo da infeção a *Clostridium difficile*.

Por sua vez, Cohen et al (2010) apresentam uma divisão das medidas a tomar entre instalações, descontaminação ambiental e medidas para profissionais, doentes e visitas. Esta visão contempla todas as possibilidades de contacto que o doente possa ter, ou seja, segundo o mesmo autor os doentes estão expostos ao *Clostridium difficile* através do contacto com um profissional contaminado, com o ambiente contaminado ou diretamente com outra pessoa contaminada. Desta forma, com os passos descritos através da divisão apresentada diminui significativamente as possibilidades de contaminações cruzadas.

Stuart et al (2011), apresentam a estratégia dos programas de melhoria da qualidade com a vigilância do *Clostridium difficile* para otimizar a prevenção e controlo destas infeções. Salientam que todas as instituições de saúde devem dar a máxima importância à prevenção e controlo das infeções a *Clostridium difficile* mesmo que a incidência desses casos seja baixa. Através da análise do artigo destes autores, podemos agrupar as recomendações por secções bastante coincidentes com as de outros autores já aqui referidos.

Um programa de prevenção e de redução do impacto da infeção a *Clostridium difficile* eficaz e global requer vários componentes, no entanto, os

profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão destas infeções. Um estudo mostrou que depois de cuidar dos doentes com infeção a *Clostridium difficile*, 59% dos profissionais contaminou as suas mãos. Portanto, a combinação das precauções de contacto adequadas e a lavagem das mãos com água e sabão é de crucial importância e tem sido associada à redução das taxas de incidência em 80% (Dubberke, 2012).

Tal como os autores anteriores, através da análise do artigo de Dubberke (2012), podemos separar as recomendações práticas por grupos bastantes distintos o que permite uma abrangência mais específica de cada uma, isto é, esta divisão pormenoriza a atuação e o papel de cada elemento de uma unidade de internamento no cuidado ao doente com infeção a *Clostridium difficile*.

Surawicz et al (2013), reforçam a importância da criação de programas de controlo de infeção na diminuição das taxas de incidência da infeção a *Clostridium difficile* e alerta que a deteção precoce destes casos com implementação das medidas de controlo de infeção o mais rápido possível é bastante significativa no que toca às taxas de incidência desta infeção.

Dubberke et al (2014), referem a ineficácia das soluções antissépticas de base alcoólica perante os esporos de *Clostridium difficile*. A eliminação destes esporos das mãos dos profissionais de saúde apenas se consegue com a lavagem realizada com água e sabão. A ação mecânica desse ato permite que os esporos sejam removidos das mãos dos profissionais de saúde. Também podemos verificar a divisão das recomendações práticas por categorias, tais como, Deteção, Infraestruturas, Higienização ambiental, Formação e Informação.

Perante os resultados obtidos e apresentados, através da revisão sistemática da literatura foi possível construir o quadro que se apresenta de seguida e sintetiza a análise de todos os artigos (Quadro 2).

Quadro 2 - Síntese de recomendações práticas.

Recomendações práticas na prestação de cuidados a doentes com infeção a <i>Clostridium difficile</i>		
Programa de prevenção e controlo de infeção a <i>Clostridium difficile</i>	Formação	*Fatores de risco e métodos de prevenção; *Treino para identificação precoce de casos de infeção; *Higienização da unidade do doente e equipamentos reutilizáveis.
	Deteção	*Se diarreia sem razão aparente suspeitar da infeção; *Testar toxina através de coprocultura o mais precocemente possível; *Implementar medidas de contacto.
	Infraestruturas	*Colocação do doente em quarto individual, se possível; *Identificação da área de isolamento (aplicar estratégia existente na unidade de internamento, que seja conhecida por todos os profissionais de saúde), de preferência fora da mesma, sobre as medidas implementadas no local; *Recipientes de recolha de lixo e roupa dentro da zona de isolamento, de acionamento não manual devendo ser devidamente fechados e retirados sempre que contaminados com fezes ou a 2/3 da sua capacidade; *Individualização de materiais e equipamentos, se não for possível, garantir a correta limpeza e desinfeção dos mesmos;
	Precauções de contacto	*Luvas e avental no contacto com o doente e ambiente; *Lavar as mãos com água e sabão após contactos com doente e ambiente; *Manter precauções até 48h após cessação de sintomatologia.
	Higienização ambiental	*Limpeza com detergente neutro; *Desinfeção com produtos à base de cloro (1000 - 5000ppm de cloro disponível) ou solução esporicida de outra natureza; *O contacto com as superfícies deve ser, no mínimo, de 10 minutos.
	Informação	*Disponibilização de material educacional sobre a infeção a <i>Clostridium difficile</i> , precauções de contacto e a importância da lavagem das mãos com água e sabão.
Fonte: Elaboração própria.		

CONCLUSÃO

A prevenção e controlo de infeção são parte crucial para a segurança do doente e um elo fundamental da qualidade dos cuidados de saúde, assumindo uma preponderância particular nos últimos anos. Esta preocupação dos prestadores de cuidados de saúde pela área da prevenção e controlo de infeção é

bastante importante, tanto para os doentes como para os seus familiares, que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde que recebem. Com a presente revisão obteve-se resposta para a questão: “Quais os procedimentos para controlo e prevenção da infeção no *Clostridium difficile*?”. Alcançando-se o objetivo que se propôs inicialmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aziz, A.-M. (2009). Clostridium difficile infection: A critical analysis of the guidance. British Journal of Nursing, 1328-1332.

Calfee, D.P. (2008). Clostridium difficile: a reemerging pathogen. Geriatrics, 10-21.

Cash, J., & Glass, C. (2011). Family Practice Guidelines Springer.

Cohen, S. H., Gerding, D. N., Johnson, S., Kelly, C. P., Loo, V. G., McDonald, L. C., et al. (2010). Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America and the Infectious Diseases Society of America. Infection Control and Hospital Epidemiology, 431-455.

Dubberke, E. (2012). Strategies for Prevention of Clostridium difficile Infection. Journal of HOSPITAL MEDICINE, 14-17.

Dubberke, E., Carling, P., Carrico, R., Donskey, C. J., Loo, V. G., McDonald, L. C., et al. (2014). Strategies to Prevent Clostridium difficile Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infection Control and Hospital Epidemiology, 48-65.

Grossman, S., & Mager, D. (2010). Clostridium difficile: implications for nursing. MEDSURG Nursing, 155-158.

Itano, J., & Taoka, K. (2005). Core Curriculum for Oncology Nursing (Quarta edição). Sounderf: Elsevier.

Kyne, L., Merry, C., O'Connell, B., Kelly, A., Keane, C., & O'Neil, D. (1999). Factors associated with prolonged symptoms and severe disease due to *Clostridium difficile*. *Age and Ageing*, 107-113.

McDonald, L.C., Owings, M., Jernigan, D.B. (2006). *Clostridium difficile* infection in patients discharged from US short-stay hospitals. *Emerg. Infect. Dis*; 12: 409-415.

Robin, B., Abdesayed, G.G. (2009). *Clostridium difficile*. *Dis Mon*; 55: 439-470

Shigeta, Y. (2009). Exploring the relationship between skin property and absorbent pad environment. *Journal of Clinical Nursing*, 1607-1616.

Stuart, R. L., Marshall, C., Mclaws, M.-L., Boardman, C., Russo, P. L., Harrington, G., et al. (2011). ASID/AICA position statement - Infection Control guidelines for patients with *Clostridium difficile* infection in healthcare settings. *Australian Infection Control Association*, 33-39.

Surawicz, C. M., Brandt, L. J., Binion, D. G., Ananthakrishnan, A. N., Curry, S. R., Gilligan, P. H., et al. (2013). Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Prevention of *Clostridium difficile* Infections. *The American Journal of GASTROENTEROLOGY*, 478-498.

Vonberg, R., Kuijper, E., Wilcox, M., Barbut, F., Tull, P., Gastmeier, P., et al. (2008). Infection Control Measures to limit the spread of *Clostridium difficile*. *Clinical Microbiology and Infection*, 2-20.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO: DO PLANEADO AO CONCRETIZADO

No presente capítulo serão apresentadas as principais características dos locais onde decorreram as práticas clínicas através de uma breve contextualização dos locais de estágio. Posteriormente serão apresentados os objetivos gerais, com os respectivos objetivos específicos. Serão descritas as atividades desenvolvidas, com base na reflexão pessoal e profissional, enquadrada no paradigma da transformação.

O paradigma da transformação preconiza uma mudança de mentalidades, perspectiva os fenómenos como únicos em constante interação com tudo o que os rodeia. De acordo com Kérouac et al. (1996) nas condições de contínua mudança e desequilíbrio, a interação de fenómenos complexos é vista como o ponto de partida de uma nova dinâmica ainda mais complexa.

Este enquadramento teve como base a teoria das transições de Meleis, pois esta autora faz-me sentir apoiado para poder justificar o meu olhar sobre como deve ser o cuidado de excelência dos enfermeiros. Esta permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição, ou seja, através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000).

Os mesmos autores sustentam que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências.

Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas no doente/família.

Os enfermeiros cuidam de pessoas que vivenciam quase constantemente processos de transição e a compreensão dos mesmos revela-se de extrema importância para facilitar e apoiar o doente/família nas suas respostas a essas transições de forma a atingir um estado de saúde e bem-estar.

Foi apoiado nesta teoria que tentei conduzir o meu estágio pois só compreendendo a situação vivida por cada pessoa se conseguirá prestar um Cuidado de Excelência, algo que é pretendido desde o início desta minha caminhada.

Para Haydt (2006), a educação é uma atividade humana, logo, também se realiza em função de propósitos e metas. Assim, no nosso processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional deverá estar implícita a formulação de objetivos definindo-se assim todos os comportamentos que podem ser modificadas como resultado da aprendizagem.

2.1. HOSPITAL CENTRAL DE LISBOA

O Hospital Central de Lisboa (HCL) onde decorreu o estágio é um hospital universitário que integra desde 2007 um Centro Hospitalar, Entidade Pública Empresarial. A sua missão é prestar cuidados de saúde diferenciados à população da zona de influência com garantia de equidade e universalidade de acesso, de assistência eficaz e eficiente e de promoção de qualidade e de excelência, com satisfação dos utentes e profissionais.

Realizei dois estágios no HCL, o primeiro campo de estágio que frequentei foi o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), correspondente ao Módulo Opcional do plano curricular do Curso. Seguiu-se o estágio do Módulo II que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

2.1.1. Estágio – Módulo I: Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

A realização de estágio no GCLPPCIRA é de extrema relevância no percurso profissional e formativo de um Enfermeiro Especialista, ainda mais se tivermos em conta que, conforme mencionado no Despacho número 2902/2013

da Direção Geral da Saúde (DGS), as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) dificultam o tratamento dos doentes, sendo igualmente causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (DGS, 2013a).

A afirmação supramencionada apenas suporta a importância do trabalho do GCLPPCIRA no controlo de infeções e de resistências aos Antimicrobianos, trabalho que terá posteriormente impacto nos recursos do Centro Hospitalar e em toda a comunidade.

Considerando ainda o mesmo despacho, onde podemos verificar que existe evidência de que Portugal é um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeções nosocomiais, cerca de um em cada dez doentes adquire infeção, urge ao GCLPPCIRA, conjugando a sua ação com os organismos competentes (Direção Geral de Saúde e Administração Regional de Saúde), reduzir estas taxas.

Segundo as orientações programáticas do PPCIRA (2013), o controlo das IACS está inevitavelmente ligado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. A partir da década de 40, o tratamento dos doentes com infeções foi revolucionado pela antibioterapia, contribuindo significativamente para a redução da morbi-mortalidade. Contudo, a sua utilização, frequentemente inadequada, promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes, existindo evidência de associação, consistente e estatisticamente relevante, entre o nível de consumo de classes específicas de antibióticos e a resistência a essas classes (DGS, 2013b).

A DGS torna este programa de saúde prioritário e tem como objetivo geral a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, e ainda, o número de microrganismos resistentes aos antimicrobianos.

No HCL, o GCL PPCIRA localiza-se no oitavo piso com acesso pelo elevador treze. Para este campo de estágio delineei como objetivo geral: “Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais decorrentes da especificidade da intervenção do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos”.

A concretização do mesmo implicou que com o decorrer do estágio eu atingisse os objetivos específicos seguintes:

- a) Objetivo específico I: Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde no âmbito da melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente.
- b) Objetivo específico II: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente com *Clostridium difficile*.

Atividades desenvolvidas

A realização de estágio no GCL PPCIRA revelou-se de extrema relevância no meu percurso profissional e formativo.

O grupo é, essencialmente, composto por três equipas, equipa de controlo de infeção, da qual fiz parte neste estágio, equipa de apoio à prescrição antimicrobiana e equipa de antimicrobianos. Existem também membros dinamizadores em cada serviço e membros consultivos. O grupo tem como objetivo Apoiar o Conselho de Administração no cumprimento das estratégias consignadas no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos.

No dia-a-dia do GCLPPCIRA, são considerados os seguintes microrganismos: *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, *enterococcus* resistente à vancomicina, estirpes produtoras de Beta-lactamases de largo espectro, *Clostridium difficile*, *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, *Acinetobacter* multirresistente, Enterobactérias produtoras de carbapenemase, *Serratia marcescens*, Gripe, Infeções do Trato Urinário e Infeções Nosocomiais da corrente sanguínea. Esta monitorização permitia ao GCL PPCIRA fazer o acompanhamento das equipas que prestavam cuidados a esses utentes para que se tomassem as medidas necessárias para evitar contaminações cruzadas.

Esta articulação era planeada mediante as disponibilidades dos serviços e a gravidade das situações, isto é, tentávamos evitar as horas de maior movimentação como higiene e passagens de turno. Se por algum motivo se verificasse uma incidência mais elevada de qualquer microrganismo num

determinado serviço tornava-se pertinente a deslocação ao mesmo para que a comunicação fosse mais eficaz.

Mantive com assiduidade a presença nas reuniões semanais e auxiliei na pesquisa de informação para a formação sobre o “Ambiente inanimado e o Controlo de Infeção” que foi realizada no Centro Hospitalar (CH) e da qual fiz parte enquanto elemento da plateia e ajudante na pesquisa bibliográfica numa etapa anterior. Se tivesse uma nova oportunidade de realizar estágio neste campo abraçaria todas as fontes de conhecimento e atividades com muita energia participando em todos os momentos de forma ativa.

O grupo desenvolve as suas funções através da dinamização de formação sobre Prevenção e Controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde sobre resistências aos antimicrobianos e sobre o uso adequado de antibióticos, tanto em meio hospitalar como em ambulatório. É ainda função do GCL a sensibilização do cidadão para a utilização prudente dos antibióticos, nomeadamente relevando os riscos associados ao seu uso.

Neste contexto, além de ter colaborado na construção de algumas formações para os colaboradores do CH, pude também participar na Campanha da Higiene das Mãos de 2016, bem como, em todas as ações desenvolvidas durante o ano para com os utentes daquele centro hospitalar. Desde ensinar os passos para a correta higienização das mãos, até à sensibilização para as situações graves que estamos a provocar com a não higiene das mãos e com, por exemplo, o não cumprimento da etiqueta respiratória.

As nossas mãos são o veículo mais acessível para o transporte de microrganismos e, por conseqüente, transmissão de infeções. Como é referido na Orientação de Boas Práticas para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (trato respiratório, etc.) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e de outros doentes ou do ambiente contaminado (DGS, 2010).

Assim, no CH comemorou-se o Dia Mundial da Higiene das Mãos a 5 de maio de 2016 com o lançamento de um concurso criativo para que todos os

profissionais de saúde dos dois Hospitais que o integram pudessem participar. A “estrela da campanha” era a Higiene da Mãos, no entanto os temas não tinham que ser restritos às mãos, uma vez que o lema escolhido foi: “Não trate Amanhã.... o que pode prevenir Hoje...”.

De realçar que no mesmo dia se lançou a campanha das mãos “Pode perguntar se lavei as mãos!” no sentido de sensibilizar e responsabilizar todos os cidadãos que recorrem aos serviços de saúde para a participação na prevenção e controlo de infeções. Incentivando a população a colocar a questão ao profissional de saúde que lhe presta cuidados.

Neste contexto participei ativamente na montagem dos cenários para a sensibilização de profissionais e utentes do CH, de onde posso salientar o “Túnel da Verdade” que além de ter grandes dimensões provocava também grande impacto junto da população alvo. No referido túnel era possível verificar as zonas das mãos que não teriam sido corretamente higienizadas pelos utentes/profissionais. Posteriormente, era ensinada por nós a técnica da correta higienização das mãos e era possível dentro do túnel comprovar-se que efetivamente toda a zona das mãos era abrangida.

Nunca é demais lembrar que a higienização das mãos se assume como um procedimento extremamente importante no controlo da transmissão das infeções associadas aos cuidados de saúde (Pina et al., 2010; Ducel et al., 2002).

É da maior importância a divulgação e implementação correta desta prática que, sendo uma ação simples, acessível e rápida é uma das principais medidas para a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde a nível mundial, contribuindo desta forma para redução da morbilidade e mortalidade dos doentes (Pina et al., 2010; Ducel et al., 2002; Carneiro et al., 2011).

Foi-me possível participar nas I Jornadas de Enfermagem em Cirurgia do CH onde pude assistir a diversos trabalhos realizados no CL e onde pude verificar que o trabalho que se realiza na área da prevenção e controlo de infeções nunca é esquecido. Facto que se revela de extrema importância pois este tema é transversal a todo o tipo de cuidados que se presta nas unidades de saúde.

Tive ainda a oportunidade de estar presente nas Conferências sobre Doenças Infeciosas do CH, onde o Médico Coordenador do GCLPPCIRA expôs o trabalho do grupo ao nível da “Antibioterapia e dados de Resistências Microbianas

do CH”. Contactando assim com a realidade, em números, das resistências e utilização de antimicrobianos no centro hospitalar, bem como, com a prevalência do número de isolamentos de cada microrganismo por serviço hospitalar.

Esta experiência fez-me refletir sobre a real importância da partilha de informação, o facto de se transmitir o trabalho desenvolvido permite que a curiosidade seja criadora de novas pesquisas e é motivadora de mais interesse em determinado tema e desenvolvimento de novos avanços.

Desta forma decidi participar no I Encontro de Enfermagem de uma Unidade de Cuidados Continuados da Região de Lisboa e Vale do Tejo, como orador (Anexo I) e esta experiência foi bastante enriquecedora para o meu percurso profissional. Pude apresentar uma comunicação (Apêndice II) acerca do papel do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção, promovendo uma partilha de informação com público da minha categoria profissional – Enfermeiros, entre outros. Consegui aperceber-me de que as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), já divulgadas desde 2012 na Norma número 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 da DGS, apenas eram conhecidas por menos de metade da plateia.

Esta situação é bastante preocupante já que as PBCI se destinam a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes (DGS, 2013c).

Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (DGS, 2013c).

Através da utilização de um programa informático, inovador, com ligação ao laboratório, pude colaborar com o GCL PPCIRA na monitorização em tempo real da existência de microrganismos alerta nos utentes hospitalizados. Isto permitiu que fossem articuladas, com qualquer serviço, as medidas necessárias a tomar para prevenir e controlar a infeção em causa. Após a chegada de

informação ao GCL é realizada a articulação com os serviços para se providenciarem todas as medidas a tomar com o isolamento de determinado microrganismo.

Pude ainda colaborar no registo de infeções para diversas finalidades, como por exemplo, a participação do CH no programa STOP INFEÇÃO, que é levado a cabo pela Fundação Calouste Gulbenkian e o Ministério da Saúde com a participação de doze hospitais públicos apurados por concurso, é um programa com duração de três anos que visa reduzir em 50% a prevalência de infeção hospitalar. São ainda efetuados registos das Infeções das Vias Urinárias, Local Cirúrgico e Infeção da Corrente Sanguínea.

O GCL, através do reforço da relação e sintonia com os Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infeção, tem como objetivo a normalização de todas as práticas no CH por forma a conseguir que sejam uniformes e o mais corretas e atualizadas consoante as evidências existentes.

Este trabalho é conseguido através da divulgação e emissão de Normas e Orientações Clínicas, de *bundles* de práticas de controlo de infeção e de política de antibióticos.

Foi-me possível colaborar com o grupo na distribuição de painéis sobre as referidas *bundles* por todos os serviços, permitindo que todas as equipas tivessem conhecimento das mesmas ficando assim sensibilizados para o seu cumprimento.

As *bundles*, que foram traduzidas pela DGS para “feixes”, são um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente (DGS, 2015).

Estes “Feixes de intervenções” têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente. A DGS colocou em discussão pública feixes de intervenção para situações como “Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”, “Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”, “Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central” e ainda “Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico”

No decorrer do estágio tive a oportunidade de fazer parte das reuniões semanais do GCL PPCIRA onde se discutem problemas/desafios que surgem no CH, como por exemplo, gestão de antibioterapia para determinados doentes, onde é feita uma avaliação do processo do doente e a justificação clínica para realização de determinada antibioterapia, sendo posteriormente encaminhada uma resposta ao Médico assistente.

Foi possível assistir a uma reunião onde se proporcionou uma discussão de extrema importância. Pretendia-se a criação de estratégias para investigar a origem de um possível surto de um microrganismo com resistência à colistina. Existiram dois casos no mesmo serviço num curto período, no qual os dois utentes se cruzaram, com a reunião discutiu-se a possível origem, o possível circuito do microrganismo e os motivos da mesma, permitindo o delineamento de estratégias e procedimentos a tomar.

Concluimos após troca de ideias experiências, entre todos, ser importante reforçar a informação sobre as PBCI aos profissionais de saúde, tendo-se agendado ações de formação para o efeito, e planeou-se um estudo de colonização aos utentes internados no serviço para permitir verificar se existe o mesmo microrganismo nos utentes que se cruzaram com os utentes infetados inicialmente. O estudo a realizar foi discutido com o médico Responsável pelo laboratório do hospital, optando-se pela zaragatoa nas axilas, virilha e ânus.

Como se pôde verificar, desenvolvi inúmeras atividades ao longo deste estágio, no entanto, realço uma que marcou toda a direção e que adotei para o meu percurso. Num dos primeiros dias de estágio, verifiquei que um utente se encontrava internado no Hospital de Santa Maria era proveniente da instituição onde trabalho. Há algum tempo atrás acredita-se ter existido uma série de casos de infeção a *Clostridium difficile* na instituição onde desempenho a minha profissão, este facto e o aumento do número de casos desta infeção na instituição despertou a minha preocupação.

Primeiro era importante averiguar se estavam a ser tomadas todas as medidas necessárias e posteriormente verificar se existiam melhorias a implementar. Apesar de tudo, os casos que emergiram na instituição na qual laboro eram coincidentes com os utentes que provinham de uma instituição

hospitalar com a qual existia um protocolo, não se registando casos de transmissão cruzada.

Ainda assim, senti motivação para proceder à realização de um estudo no meu local de trabalho, inserido no meu plano de estágio conseguindo todo o acompanhamento necessário para a correta realização deste processo. Primeiramente elaborei um pedido formal de autorização de realização do estudo na instituição submetendo o mesmo à comissão de Ética da instituição (Apêndice III). Após receber o parecer positivo dei início aos trabalhos.

Para poder responder e avaliar adequadamente todos os procedimentos necessários no caso de infeções a *Clostridium difficile*, desenvolvi uma revisão sistemática da literatura (já apresentada no Capítulo I do presente documento) a fim de desenvolver conhecimentos e colmatar possíveis lacunas da minha parte no que toca a este tipo de infeção e às orientações práticas que se devem adotar.

De seguida, elaborei checklists de avaliação da qualidade de uma série de padrões (Apêndice VI). Estes padrões foram criados tendo por base os resultados da revisão desenvolvida. Foram formados sete padrões: Formação / Informação; Colocação de Doentes e Identificação; Equipamento de Proteção Individual; Individualização de material e equipamento; Doente / Visitas; Limpeza e Desinfeção da área de isolamento; Procedimentos na alta. Estes englobam todas as orientações práticas que são recomendadas por diversas instituições pelo mundo inteiro.

Procedi a um pré-teste das checklists de auditoria, que não foi contabilizado para os resultados que viriam a ser obtidos. Verifiquei que eram necessárias algumas correções às mesmas e efetuei as mudanças. As checklists ficavam assim prontas para a sua utilização e podiam apreender-se as informações necessárias para o estudo que se realizou. De salientar a importante colaboração da minha orientadora do GCLPPCIRA do HCL, que com a sua larga experiência na preparação e execução de auditorias me conduziu neste percurso até ao objetivo pretendido.

Com as checklists operacionais iniciaram-se dois dias de observações e inquéritos. Na instituição apenas existiam três utentes em isolamento de contacto por infeção a *Clostridium difficile*, no entanto não foi obstáculo para que se obtivessem amostras significativas. Existiram apenas limitações em dois dos

padrões, nomeadamente na limpeza e desinfeção da área de isolamento e nos procedimentos na alta. Com a existência de apenas três utentes em isolamento de contacto e alguma limitação no que toca ao horário de observações, não foi possível observar qualquer alta nem um período de higienização de uma área de isolamento. Ainda assim, ficou o desafio para desenvolver auditorias utilizando as checklists criada para verificar todo esse procedimento no futuro.

Seguiu-se a análise dos resultados obtidos, que se revelaram bastante satisfatórios, despertando um certo sentimento de alívio enquanto profissional da minha entidade patronal. Referi alívio e não um “100% à vontade”, pois existem pontos a melhorar e cabe-me a mim enquanto futuro especialista levar todos os ensinamentos deste estágio para o meu futuro profissional, pois acredito que serei capaz de criar a mudança.

Os resultados foram divulgados na instituição em forma de poster (Apêndice V) para que todos os elementos das diversas equipas pudessem contactar com a realidade da instituição (em números). Posteriormente apresentarei as sugestões de melhoria em reunião de responsáveis para que a minha pesquisa possa realmente ter impacto positivo. Estarão disponíveis para todos os profissionais de saúde da instituição e prevejo desenvolvê-lo num futuro próximo esmiuçando os padrões de qualidade que não se conseguiram avaliar nas auditorias realizadas.

Durante as auditorias aconteceram alguns episódios que me marcaram e que eu gostaria de referir de forma a sensibilizar todos os profissionais para estas situações. Primeiro, todos os profissionais da instituição que foram inquiridos no que toca à formação que receberam sobre a infeção a que este documento se refere, responderam que não obtiveram a formação no ano transato. Facto facilmente solucionável com um plano de formação dinâmico e completo.

Segundo, na instituição, os quartos de internamento são de três camas, ora se existiam três doentes com infeção por *Clostridium difficile*, talvez fosse possível juntá-los no mesmo quarto, criando um isolamento em coorte e evitando assim a colocação de mais seis utentes em risco acrescido de contaminação cruzada. Esta situação não se verificava e estava cada utente em sua ala de pisos diferentes.

Terceiro, como é referido na Orientação de Boas Práticas para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (trato respiratório, etc.) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e de outros doentes ou do ambiente contaminado, é crucial que se lavem as mãos adequadamente. Assim, sabendo nós, profissionais de saúde, que as nossas mãos são o veículo mais acessível para o transporte de microrganismos e, por conseguinte, transmissão de infeções (DGS, 2010).

Sabendo ainda que a lavagem das mãos com água e sabão é a única que é eficaz na eliminação dos esporos de *Clostridium difficile* pela ação mecânica produzida, existiu ainda um de nove profissionais que não realizou a lavagem das mãos com água e sabão após o contacto com o utente ou com o seu ambiente.

Como podemos verificar no (Apêndice I) é de extrema importância individualizar todo o material de consumo clínico e todos os materiais e equipamentos, todavia, verifiquei que o equipamento de monitorização de sinais vitais não são individualizados no doente isolado, ou seja, à exceção do termómetro, todo o restante era partilhado, por exemplo o equipamento de avaliação da tensão arterial. No entanto, proponho o desafio de verificar se existe a correta limpeza e desinfeção destes materiais que serão reutilizados para que assim se evitem possíveis transmissões (Rhonda et al., 2011; Stuart et al., 2010; Erik et al., 2014).

Durante as auditorias, observei que um familiar que prestou cuidados diretos ao doente e contactou com o mesmo e com a sua cama apenas utilizou luvas. Perante a literatura, utilizar apenas luvas quando o contacto existe na restante roupa não é o mais correto, os equipamentos de proteção individual têm tanto mais eficácia quanto mais correta for a sua utilização (Ann-Marie Aziz, 2009).

Apesar de se terem verificado momentos de informação de profissionais-família, a lavagem das mãos com água e sabão foi realizada por apenas dois dos familiares observados, outros dois não o realizaram e um dos familiares, que

recebeu a informação errada por parte de um dos profissionais, apenas “desinfetou” as mãos à saída com solução antisséptica de base alcoólica.

Coloco “desinfetou” porque o que realmente ocorreu foi a condução dos esporos de *Clostridium difficile* para zonas distintas das suas mãos representando elevado risco de transmissão cruzada. Consegui perceber através da revisão bibliográfica que a concentração de cloro ativo (dicloroisocianurato de sódio) utilizada para a desinfeção das áreas de isolamento por *Clostridium difficile* deve ser no mínimo de 1000ppm até a um máximo de 5000ppm (Rhonda et al., 2011; Stuart et al., 2010; Christina et al., 2013; Erik et al., 2014).

Este estágio permitiu-me colmatar diversas lacunas no meu conhecimento ao nível da prevenção e controlo de infeção e levo uma enorme bagagem para os futuros locais de estágio e trabalho. Assim o fiz com o estudo realizado sobre a infeção a *Clostridium difficile* na minha instituição e tentarei fazer com todas as oportunidades de aprendizagem.

2.1.2. Estágio – Módulo II: Unidade de Cuidados Intensivos

Também no HCL, tive a oportunidade de desenvolver o meu estágio em Enfermagem de Cuidados Intensivos, como já foi referido, optei pela UCI, que se localiza no piso três.

Este serviço é relativamente recente, sendo que sofreu obras em 2013 com reequipamento completo, possuindo onze camas com tecnologia sofisticada (sete camas de cuidados intensivos e quatro de nível de cuidados intermédio); e um sistema de informação inovador.

Acresce a estes factos uma equipa de profissionais especializada, com enfermeiros peritos e especialistas na área do intensivismo, com competências creditadas internacionalmente, aberta à participação em diversos estudos controlados multicêntricos nacionais e internacionais, cujos resultados têm sido publicados nas revistas da especialidade.

Ao nível da estrutura organizativa dos cuidados de enfermagem, a distribuição de trabalho assenta no método individual, promotor do estabelecimento de uma relação de confiança.

Para o campo de estágio delinee o seguinte objetivo geral: “Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais decorrentes da especificidade da prestação de cuidados especializados à pessoa adulta e idosa em situação crítica, e sua família”.

A concretização do mesmo implicou que com o decorrer do estágio eu atingisse os objetivos específicos que apresento abaixo:

- a) Objetivo específico I: Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente em situação crítica e sua família em contexto de serviço de cuidados intensivos, integrando a equipa multidisciplinar de saúde.
- b) Objetivo específico II: Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde no âmbito da melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente.

Atividades desenvolvidas

O meu percurso na unidade de cuidados intensivos Médico-Cirúrgicos revelou-se extremamente rico e vantajoso para a minha evolução enquanto profissional e enquanto pessoa. Tive a possibilidade de desenvolver inúmeras atividades, umas pelas primeira vez e outras com as quais contactei há cerca de quatro anos em contexto de estágio, no entanto, realço uma que me marcou pela situação em si.

Pude através de pesquisa nos documentos da unidade, e até em conversa com os Enfermeiros da mesma, ficar a conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos.

Como não podia deixar de ser, e para melhor me integrar na equipa multidisciplinar, tornou-se crucial o conhecimento dos diferentes protocolos de atuação da unidade. Este passo, e o desenrolar do estágio permitiram-me comunicar eficazmente dentro da equipa de saúde de forma a possibilitar a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Todo o estágio se pautou por uma grande rotatividade de utentes com as mais diversas patologias, situação que possibilitou que eu efetuasse o acolhimento a inúmeros doentes com as mais diversas condições clínicas e procurando antever possíveis complicações.

Tive que realizar pesquisa bibliográfica sobre a técnica de entubação endotraqueal, e preparação do material para realização da mesma, sobre os diferentes modos ventilatórios assim como sobre todos os sinais e sintomas da não adaptação do doente ao ventilador, sobre alimentação entérica e sobre Oxigenação por Membrana Extracorpórea e preparação do material para execução da mesma, bem como a sua manutenção.

Toda esta pesquisa, e muita outra que senti necessidade de efetuar, permitiu-me adequar as minhas ações de enfermagem em função das respostas do doente e atuar, em conformidade com a equipa de saúde.

Num dos primeiros dias de estágio, contactei com uma doente bastante jovem que se encontrava sob a técnica de Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO). A sua história clínica desde logo me suscitou uma enorme angústia e um sentimento de medo de atuar.

A doente deu entrada no Serviço de Urgência Central (SUC) do HCL por acidente de viação. Foi submetida a cirurgia emergente em contexto de choque hemorrágico pós politraumatismo. Ainda no local do acidente de viação, esta doente tinha sofrido um episódio de paragem cardiorrespiratória (PCR) com reversão após Suporte Avançado de Vida.

À entrada no SUC, foram documentados os seguintes diagnósticos: choque, palidez cutânea e hipoperfusão periférica, distensão abdominal, presença de anisocoria e pneumotórax bilateral com enfisema subcutâneo extenso. Procedeu-se a drenagem torácica bilateral com saída de hemotórax à direita, sendo encaminhada para o Bloco Operatório de imediato. Durante a laparotomia a que foi submetida ainda se verificou fratura do baço com hemoperitoneu, tendo sido submetida a esplenectomia.

Durante o procedimento cirúrgico a doente sofreu novo episódio de PCR revertida com um ciclo de massagem cardíaca externa. A avaliação da radiologia, as Tomografias Axiais Computorizadas torácica e abdominal mostraram contusão pulmonar bilateral, pneumotórax bilateral, laceração pulmonar esquerda e laceração hepática. Deu entrada na unidade em coma profundo, sob perfusão de Propofol 100mg/h, noradrenalina 30mcg/h, com saturações periférica de oxigénio de 80%, hipotensão (80-50 mmHg) e hipoperfusão periférica.

Como se pode verificar, o estado clínico da doente era crítico, juntando a este facto a minha necessidade de consolidar conhecimentos em relação à ECMO parecem-me justificadas as dúvidas/dificuldades que referi anteriormente. O meu objetivo era a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente pelo qual era responsável naquele turno, logo no primeiro contacto com uma técnica que desconhecia e também pela descrição da doente feita anteriormente, necessitei de me apoiar bastante na minha orientadora.

Primeiro porque não me sentia seguro na prestação dos cuidados que a doente necessitava e em segundo lugar porque contactava pela primeira vez com a técnica de oxigenação por membrana extracorporeal. A cada procedimento de Enfermagem que tinha que realizar sentia a necessidade de solicitar a supervisão da orientadora, sentia que um pequeno deslize seria muito perigoso para a vida que estava nas nossas mãos.

A pesquisa bibliográfica que efetuei posteriormente acerca da ECMO, mostrou-me exatamente isso, a ECMO é uma técnica que consiste no suporte prolongado, embora temporário, da função cardíaca e/ou pulmonar, através da canulação extratorácica de vasos sanguíneos (Bartlett, 2012). Implica a drenagem de sangue venoso por um circuito de circulação extracorporeal, com remoção do Dióxido de Carbono e a adição de Oxigénio através de uma membrana artificial. Posteriormente o sangue retorna ao organismo através da canulação de uma veia ou artéria (no caso concreto, de uma veia).

Após a colocação das cânulas é imperiosa a confirmação do seu posicionamento por RX tórax. Essa oportunidade foi-me proporcionada e através da análise efetuada ao RX da doente pude verificar que as cânulas se encontravam bem colocadas. Assim, e conforme refere o mesmo autor, para evitar fenómenos de recirculação sanguínea e otimizar a técnica, as cânulas devem estar a uma distância mínima de quinze centímetros entre elas, situação que se verificava no RX.

Pude verificar que algumas das indicações para ECMO Venó-Venosa são hipoxemia com índice de Murray inferior a três com ou sem hipercapnia e ainda hipercapnia não compensada com pH sanguíneo inferior a 7,20 tendo ou não hipoxemia associada. Normalmente, os quadros clínicos associados a esses

parâmetros são a síndrome de desconforto respiratório grave, pneumonia infecciosa, contusão pulmonar grave, pneumonia de aspiração e fibrose pulmonar.

Esta última confirmada pois após observação do RX tórax da utente verificou-se que o pulmão direito não estava funcionante (fibrosado), e apenas o terço superior do pulmão esquerdo permitia a sua ventilação. Foi posta a possibilidade de transplante pulmonar, no entanto, a resposta positiva à Ventilação Mecânica (Pressão Controlada) permitiu a ponderação da colocação de uma prótese no ramo pulmonar funcionante para que seja obtido máximo rendimento do lobo superior esquerdo.

Pessoalmente, senti-me um pouco desconfortável com a situação que encontrei, devido ao receio que se gerou em mim na prestação de cuidados à doente. Por sentir que seria minha obrigação saber os princípios gerais de uma técnica bastante importante e realizada apenas em centros de referência de cuidados especializados. Apenas reconheci efetivamente que as trocas gasosas que se realizam a nível pulmonar eram realmente efetuadas no oxigenador externo.

Os cuidados que se deviam ter com os locais de inserção, com o posicionamento do doente, vigilância do membro onde estava colocada a primeira cânula para identificar possíveis sinais de hipoperfusão, monitorizar os valores de pressão pré-membrana e pós membrana do oxigenador a fim de verificar a existência de resistências no sistema e verificação de existência de coágulos ou condensações na consola, eram um pouco desconhecidos.

Na minha opinião, os cuidados de enfermagem que prestei foram adequados, mas apoio-me no facto de que me senti bastante dependente da minha orientadora por sentir receio de proceder de forma menos correta. Na prestação de cuidados especializados ao doente crítico podem surgir todo o tipo de situações pelo que concluo que, mesmo nunca tendo contactado com a técnica em questão, poderia estar melhor preparado e a atitude que tomei foi realizar pesquisa bibliográfica para consolidar conhecimentos.

Ainda assim, sei que muitos dos procedimentos a realizar na ECMO não se adquirem apenas com a pesquisa e que é necessária a prática do dia-a-dia para que se consiga atuar de forma autónoma na equipa multidisciplinar que é necessária para a por em prática. A técnica é bastante complexa e precisaria de

contactar com a mesma durante um período mais prolongado e com novas situações clínicas para melhor consolidar o meu conhecimento. Foi uma experiência bastante gratificante, embora que curta, pois apenas contactei com a mesma durante um turno.

Como já referi anteriormente, pude contactar com os mais variados diagnósticos, desde politraumatizados a doentes submetidos a cirurgia vascular. Desenvolvendo conhecimentos nesses âmbitos e aperfeiçoando as técnicas necessárias para a atuação em cada um deles.

Tenho a plena consciência que seriam necessárias mais horas de contacto para me tornar elemento da equipa multidisciplinar da UCI, mas foi com todo o interesse e empenho que me apresentei a cada dia de estágio, que me proporcionou uma evolução quer enquanto ser humano quer enquanto profissional de saúde.

Na atividade de enfermagem é bastante pertinente ter em conta as precauções básicas de controlo de infeção, neste âmbito, vivi uma situação que me marcou e que exponho de seguida: uma deslocação ao Bloco Operatório (BO) de Cirurgia Vascular para receber um doente em pós-operatório imediato de correção de aneurisma da aorta abdominal. A cama do doente já estava na sala de transferência do BO, no entanto, tínhamos que entregar o nosso monitor de sinais vitais para que assim se assegurasse a correta monitorização do estado do doente durante o período de transferência entre serviços.

Desta forma, assim que chegámos ao BO batemos à porta identificando-nos. Surge então um Assistente Operacional (AO) que, com luvas colocadas, abriu a porta recebendo-nos. De seguida, retira detrás da porta um recipiente de recolha de resíduos do Grupo III para colocar no exterior da sala de transferência de doentes.

O que nos levou ali, para além da receção e posterior transporte do doente que ficaria sob os nossos cuidados na UCI, era a entrega do monitor para que a monitorização do doente fosse efetuada na sua plenitude. Entregámos o equipamento ao AO. A situação que leva ao fundamento desta reflexão começa aqui. O AO ia receber o equipamento com as ditas luvas, que haviam sido utilizadas para o contacto com o recipiente de recolha de resíduos.

Posteriormente, a enfermeira do BO procederá à passagem das informações clínicas do doente e de todas as intercorrências e procedimentos que se realizaram na sala operatória. A colega, enfermeira, encontrava-se com o seu membro superior todo ensanguentado (sangue do doente).

A situação acima descrita levou-me a questionar os princípios básicos do controlo de infeção. Numa primeira abordagem surge uma questão: Como se pode estar a manusear resíduos hospitalares e querer receber um equipamento que estará junto do doente, na sua unidade, na sua bolha microbiológica, com as mesmas luvas e sem que houvesse uma desinfeção das mãos com solução alcoólica ou uma lavagem das mesmas?

Esta situação podia por em causa toda a evolução clínica do doente no seu pós-operatório e nem os profissionais em questão se estavam a proteger a eles próprios mas sim a propiciar a propagação de microrganismos por superfícies onde poderia nem existir carga microbiana patogénica.

Esta situação levou-me, mais uma vez, a refletir com a minha orientadora que partilhava desta mesma opinião. Sentia-me na obrigação de alertar os colegas acerca dos procedimentos menos corretos que haviam adotado.

No momento de entrega do equipamento eu mostrei-me apreensivo ao observar que, para além de ter aberto a porta com as luvas, o AO queria receber o monitor depois de ter estado em contacto com o recipiente de resíduos hospitalares. Dei por mim a “esticar e encolher” os braços com o equipamento na mão e num impasse de “dou, não dou?”.

Não sendo colaborador do CH não me senti capaz de alertar o AO para a situação, no entanto, a minha orientadora interveio pois apercebeu-se da mesma situação podendo também observar o meu comportamento de inquietude. Conseguimos que o AO retirasse, pelo menos, as luvas antes de contactar com o equipamento. De seguida, surge a Enfermeira do BO que nos passou a informação clínica do doente sem se aperceber que tinha o braço completamente ensanguentado. Ao alertarmos a mesma, esta continuou a passagem afirmando que iria lavar o membro de seguida.

Acabámos por entregar o equipamento depois do AO ter retirado as luvas. No entanto, devíamos ter exigido que efetuasse a higienização das mãos antes de contactar com o mesmo. Foi também despontante verificar que depois de

instruirmos o AO a proceder de forma adequada, o observámos a, após entregar o equipamento ao enfermeiro, manusear resíduos hospitalares sem luvas.

Perante toda esta situação, recebemos o doente e procedemos à sua admissão na UCI conforme procedimento do serviço. Aqui levanta-se a questão do controlo de infeção e da qualidade dos cuidados prestados, tendo como centro da atuação a segurança dos doentes. Senti-me na obrigação de consultar novamente os regulamentos de competências a que estão sujeitos todos os Enfermeiros Especialistas e também os Especialistas em Pessoa em Situação Crítica.

Segundo o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, devemos desenvolver uma prática profissional e ética no nosso campo de intervenção e promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

O mesmo regulamento mostra que para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é necessária a criação de um ambiente terapêutico e seguro. Esta competência considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proativamente na gestão do risco. No meu ponto de vista, sem a nossa intervenção este ambiente não seria seguro, pois existiu um risco mais elevado de transmissão cruzada de microrganismos podendo, posteriormente, desenvolver-se infeção.

O Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, refere que o Enfermeiro Especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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, 2011c).

Esta competência tem como principal objetivo, que o enfermeiro especialista possa responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos múltiplos contextos de intervenção, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Fazendo referência à situação descrita, o facto do AO não trocar de luvas nem efetuar desinfeção/lavagem das mãos e o facto de a enfermeira apresentar o braço ensanguentado levou-me a concluir que as suas intervenções não maximizaram a prevenção e controlo de infeção nos cuidados prestados.

Parece-me pertinente referir ainda a Norma número 13/2014 atualizada a 07/08/2015 referente ao Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde onde se define que as luvas de uso único não esterilizadas devem ser usadas nas seguintes situações: a) Exposição direta ao utente: (i). Contacto com sangue, (ii). Contacto com membranas mucosas e com pele não íntegra; (iii). Possível presença de microrganismos infecciosos; (iv). Situações de emergência ou epidemia; (v). Colocação e remoção de acessos venosos periféricos; (vi). Remoção de linha arterial; (vii). Limpeza e desinfeção de derrames e salpicos de sangue; (viii). Exame pélvico ou vaginal; (ix). Higiene oral; (x). Higiene perineal. b) Exposição indireta ao utente (exemplos): (i). Esvaziamento de recipientes de fluidos orgânicos; (ii). Manipulação/limpeza de instrumentos; (iii). Manipulação de antissépticos (biocida tipo 1) e desinfetantes (biocida tipo 2); (iv). Manipulação de resíduos; (v). Limpeza de fluidos corporais (DGS, 2015).

Da mesma forma que esta norma define momentos de utilização das luvas também define os momentos em que se devem retirar e quais os procedimentos a tomar:

a) Retirar as luvas imediatamente após terminar a tarefa ou o procedimento para o qual foram usadas, não devendo ser usadas para escrever ou tocar em qualquer superfície limpa ou outras pessoas, (incluindo o próprio);

b) Higienizar as mãos imediatamente após retirar e inutilizar as luvas, uma vez que o uso de luvas não substitui este procedimento.

Não seria, de todo, impossível evitar as situações aqui por mim descritas parecendo-me bastante acessível proceder da forma mais correta. No HCL, e como abordado anteriormente, existe o GCLPPCIRA que desenvolve a sua atividade de forma criteriosa e bastante completa, estando aberto e disponível para esclarecer toda e qualquer dúvida que surja.

Assim, foi possível verificar que não foram tomadas todas as atitudes que deveriam ter sido tomadas e houve rutura de procedimentos que são estudados pelas entidades competentes para o efeito. Parece-me pertinente referir que não

só a segurança do doente em questão foi posta em causa mas também todo o ambiente de prestação de cuidados que o envolvia.

Penso que os profissionais não tomaram as medidas adequadas para a sua própria proteção, bem como para a proteção de toda a equipa multidisciplinar. Assim, pode afirmar-se que foi colocado em causa o controlo e prevenção de infeção hospitalar criando situações que propiciam a transmissão de microrganismos que poderão ser, ou não, patogénicos no futuro.

O já referido GCLPPCIRA disponibiliza toda a informação necessária a qualquer área de intervenção e proporciona momentos de formação a todos os profissionais.

Em relação ao meu comportamento na situação descrita penso que poderia ter sido mais seguro dos meus conhecimentos e ter intervindo diretamente com os profissionais do BO em questão. Sendo futuro Enfermeiro Especialista deveria ter-me manifestado pois tendo os conhecimentos consolidados neste campo conseguiria argumentar perfeitamente e da forma mais correta e adequada, se assim fosse necessário.

Desta passagem do meu percurso consigo elaborar uma lista de procedimentos que tomaria se tal acontecimento voltasse a repetir-se. Certamente que não teria qualquer problema em intervir, interagindo de imediato com o profissional que estivesse a incorrer num procedimento menos correto ou que metesse em risco a segurança do doente ou de outro profissional de saúde.

Caso uma situação semelhante ocorresse num futuro próximo, instruiria o AO de todas as razões que servem de suporte para lhe solicitar que, pelo menos, retirasse as luvas usadas antes de contactar com o equipamento que lhe ia entregar. Pediria que de seguida higienizasse as suas mãos para posteriormente contactar com o equipamento que iria ser inserido na bolha do doente. Da mesma forma solicitaria à enfermeira do BO que efetuasse a higienização das suas mãos pois estas estavam completamente ensanguentadas.

Assim, estavam asseguradas todas as medidas que, enquanto profissionais de saúde, podemos controlar para evitar a transmissão cruzada de microrganismos no ambiente de cuidados de saúde. Evitando assim a possibilidade de surgirem infeções no futuro, diretamente causadas pelos nossos atos.

Pode perceber-se que tudo o que foi planeado para a concretização do objetivo específico I deste campo de estágio foi realizado, no entanto, no que toca ao II objetivo específico existiram algumas alterações.

A UCI está extremamente bem organizada e são tidas em conta todas as precauções e intervenções de prevenção e controlo de infeção nos cuidados prestados. Quer seja por procedimentos escritos, formações que o GCLPPCIRA articula com o serviço, ou até mesmo por iniciativa da equipa multidisciplinar, este serviço toma em consideração todas as atualizações que ocorrem no dia-a-dia no que toca ao exercício de um cuidado de excelência.

Prova disso são os resultados obtidos nas auditorias realizadas pelo GCLPPCIRA, assim como, nos resultados obtidos até mesmo para as novas *bundles* que estão a vigorar.

Posto isto, apenas me despertou a curiosidade o facto de os utentes traqueostomizados com ventilação invasiva terem a sua cânula lavada com água corrente. Isto porque, primeiro, se fala nas pneumonias associadas ao ventilador e eu efetivamente associava a obrigatoriedade de técnica estéril na manipulação do sistema e, segundo, porque no local onde exerço a minha prática existem dois produtos para desinfeção das cânulas de traqueostomia, este facto, fez-me levantar uma questão, as cânulas internas dos utentes em ventilação invasiva pela traqueostomia apenas são lavadas com água estéril, será correto?

Um estudo sobre o tratamento de cânulas internas obteve resultados que mostram que uma descontaminação da cânula pode ser conseguida com um método de baixo custo e que usar desinfetantes não tem nenhum benefício adicional. Esta cânula interna não tem de ser necessariamente esterilizada, porque é reintroduzida no mesmo doente e será então rapidamente contaminada pela flora do trato respiratório (Gunilla et al, 2007).

O objetivo de um procedimento de descontaminação é eliminar os riscos de contaminação durante o manuseio da cânula e remover a secreção que pode bloquear o lúmen, daí que Peróxido de hidrogênio e uma solução estéril para enxaguamento eliminam mais de 90% do crescimento bacteriano nas cânulas e até mesmo a lavagem da cânula interna com água e detergente é suficiente para descontaminar a mesma (Gunilla et al, 2007).

Por sua vez, um estudo sobre os princípios essenciais da traqueostomia no doente adulto mostra que a cânula interna deve ser limpa com água estéril ou solução salina, com auxílio de uma escova para remover as secreções que se prendem à superfície interna. Uma vez limpa, a cânula interna deve ser secada e devolvida ao paciente (Dawson, 2014)

Vim assim a concluir que não existe grande relação entre o número de infeções respiratórias dos utentes com traqueostomia que apenas lavam com água corrente comparativamente com os utentes que colocavam a cânula em detergente enzimático e posteriormente em desinfetante.

Logo, a UCI está a realizar tudo da forma correta e que na instituição onde laboro talvez se esteja a ter um custo desnecessário com a aquisição do detergente enzimático e do desinfetante.

2.2. HOSPITAL DA PERIFERIA DE LISBOA

O Hospital da Periferia de Lisboa (HPL) é um hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde. A abertura dos serviços do HPL foi faseada, tendo sido iniciada no dia 19 de janeiro de 2012. O processo de abertura foi dado como concluído a 27 de fevereiro de 2012, com a abertura do Serviço de Urgência Geral.

Este hospital constitui um marco fundamental para a requalificação da oferta em cuidados de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo. É uma unidade hospitalar completamente nova, destinada a colmatar uma necessidade desde há muito reconhecida na oferta de cuidados hospitalares às populações da região.

A visão do HPL é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os vários níveis de cuidados.

Tem como missão prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; e ainda contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade.

2.2.1. Estágio – Módulo III: Serviço de Urgência Geral

O Serviço de Urgência Geral (SUG) do HPL destina-se a todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, exceto grávidas, estando integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é definido como uma urgência médico-cirúrgica, o que significa que funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, para as áreas da Medicina, Cirurgia-Geral e Ortopedia.

O SUG adotou o sistema de Triagem de Manchester, que classifica por cores a gravidade dos doentes que recorrem a este serviço. Desta forma, é possível estabelecer, logo à entrada, as situações mais graves e dar-lhe prioridade no atendimento. A triagem é realizada por um enfermeiro, após a inscrição administrativa à chegada à Urgência.

Em termos físicos, apresenta um funcionamento contínuo e possui área própria para a realização de Triagem de Manchester, sala de reanimação com duas unidades de atendimento equipadas, nomeadamente com ventilação assistida, serviço de observação com doze unidades com suporte de monitorização invasiva e não invasiva, gabinetes para atendimento de ambulatório, sala de pequena cirurgia, sala para observação de monotrauma ortopédico e colocação de gessos, posto de observação rápida e posto de estadia curta.

Para o campo de estágio delineei o seguinte objetivo geral: “Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais decorrentes da especificidade da prestação de cuidados especializados à pessoa, e à sua família, em situação crítica no contexto de urgência e emergência”.

A concretização do mesmo implicou que com o decorrer do estágio eu atingisse os objetivos específicos e as atividades que apresento abaixo:

- a) Objetivo específico I: Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente em situação crítica e sua família em contexto de serviço de urgências, integrando a equipa multidisciplinar de saúde.

- b) Objetivo específico II: Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Atividades desenvolvidas

Antes de iniciar a descrição de todas as atividades que desenvolvi no serviço referido torna-se pertinente referir o que são cuidados de enfermagem de urgência. Para Sheely (2001), a prestação de cuidados de urgência é cuidar de indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.

No serviço de urgência o Enfermeiro tem uma prática clínica diversificada e multidimensional por contemplar todas as etapas do ciclo de vida e por exigir cuidados que emergem desde a prevenção e controlo de infeção até ao suporte vital. Com todos estes ingredientes, o Enfermeiro está perante uma exigência tremenda e é sempre necessária a aliança entre a humanização e a excelência técnica do cuidar.

O meu primeiro dia de contacto com o serviço foi bastante empolgante, verificava a correria, o elevado número de utentes que acorriam ao serviço de urgência, a diversidade de patologias, ainda assim, também pude observar a interligação entre as diversas equipas de saúde. Tudo para que o atendimento de cada utente seja personalizado e o mais adequado à sua situação.

Desde logo me pareceu um serviço onde se podia exercer uma prática clínica de excelência. Apesar de toda a azáfama que se verifica dia após dia, denota-se a boa disposição, vontade e iniciativa de cada profissional para que se faça mais e melhor estruturando-se um agir consciente e adequado às necessidades de cada utente.

O SUG está subdividido em diversos setores (Posto de Observação Rápida, Posto de Estadia Curta, Serviço de Observação, Sala de Reanimação, Sala de Azuis e Verdes, Sala de Pequena Cirurgia e Ortopedia), tal como já foi referido. Os turnos iniciais foram orientados por forma a poder passar em todos os setores para ter uma ideia da diversidade de situações que passam pelo serviço.

Após essa breve passagem por todos os setores o meu estágio centralizou-se apenas entre o serviço de observação e sala de reanimação.

Pude verificar que o serviço de observação é de uma polivalência extrema e bastante dinâmico. Como não poderia deixar de o ser, permite que se prestem cuidados globais e de excelência ao utente, englobando a sua pessoa significativa através das facilidades com os horários de visita e com a envolvimento da mesma nos cuidados ao seu familiar.

Durante todo este caminho senti algumas necessidades de aprofundar conhecimentos, não só por ser uma realidade diferente do meu dia-a-dia, mas porque era esse o meu objetivo fulcral, enriquecer profissional e pessoalmente. No serviço de urgência existe grande afluência de utentes com acidentes vasculares cerebrais, síndromes coronárias agudas, doenças pulmonares obstrutivas crónicas descompensadas, edemas agudos do pulmão e muitos outros.

Prestei cuidados a utentes com as mais variadas situações, nomeadamente, cardioversões medicamentosas, colocação de drenos torácicos, de cateteres venosos centrais e linhas arteriais. Tudo situações que me permitiram evoluir enquanto profissional e enquanto pessoa. Adquiri conhecimentos, destreza, habilidades que, sem dúvida, não possuía e que me fizeram crescer enquanto Enfermeiro.

Esta experiência não nos enriquece apenas enquanto profissionais, como já referi anteriormente, pude crescer pessoalmente pois os cuidados de enfermagem se centram nas relações interpessoais e qualquer das nossas intervenções tem como componente o relacionamento humano.

No SUG do HPL pude contactar com um software diferente de todos os que tinha trabalhado, apesar de desconhecido revelou-se bastante intuitivo. Este aliado permitia que se efetuassem registos de uma forma rápida e a interligação entre o sistema de controlo dos utentes que eram admitidos e a colheita de análises, bem como, a prescrição de terapêutica e meios complementares de diagnóstico eram bastante funcionais.

É importante referir que os registos devem ser objetivos, exatos, completos, concisos, atualizados e organizados. Pretende-se que sejam uma

ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade (Potter e Perry, 2006; Leal, 2006). Algo que o software nos facultava.

Na atividade de enfermagem é bastante importante ter em conta cada pormenor, cada sinal que o doente nos transmite. Neste âmbito, vivi uma situação que me marcou e que exponho de seguida: a transferência de um doente com abdómen agudo para a Unidade de Cuidados Intensivos do HPL.

Esta situação marcou-me, não pela complexidade do diagnóstico mas sim pelo que se passou na preparação da sua transferência. O referido doente não estava sob os meus cuidados, no entanto, enquanto elemento da equipa que se encontrava naquele turno fui colaborar com o enfermeiro que prestava cuidados ao doente referido na transferência, a mesma que acompanharia de seguida para poder observar todas as etapas desse processo.

O enfermeiro pensava ter tudo preparado para a transferência do doente, nomeadamente monitorização de sinais vitais, cardíaca e máscara de Venturi aplicada. Mesmo quando cheguei à unidade do doente tudo me pareceu bem. No entanto, veio a verificar-se que o utente se encontrava a descompensar respiratoriamente com saturações periféricas de 70% e fisicamente mostrava polipneia e cianose periférica.

Constatámos que os alarmes do monitor não estavam ligados, por conseguinte os seus limites não estavam programados e a botija de oxigénio que já tinha sido colocada para a transferência também se encontrava fechada.

Efetuámos de imediato todos os procedimentos para correção desta situação, tendo colocado uma máscara de alto débito ao doente até reversão do quadro e todos os alarmes foram devidamente programados e ativados. A transferência deu-se após a estabilização do doente, foi acompanhado pelo enfermeiro e pelo médico decorrendo a passagem entre profissionais sem problemas.

A situação anteriormente descrita levou-me a questionar os nossos princípios enquanto enfermeiros. Numa primeira abordagem surge uma questão: Como escapou a situação da botija de oxigénio?

Esta situação podia por em causa toda a evolução clínica do doente, senti-me responsável pela mesma, revoltado comigo mesmo pois poderia ter identificado esta situação antes de se verificar uma descompensação no doente.

Se pensar um pouco, podia ter verificado que a máscara de Venturi não estaria a fazer o ruído habitual (faz algum ruído quando o oxigénio está a circular).

Podia ter-me ocorrido verificar os limites dos alarmes da monitorização, algo que faço assim que chego junto dos doentes que estão sob os meus cuidados. Senti-me impotente perante esta situação, algo perfeitamente evitável e que poderia ter tomado repercussões bastante graves.

Por mais confiança e apoio que exista entre a equipa, eu pude verificar que o serviço de urgência é algo complexo devido às inúmeras ocorrências e azáfama de turnos. Assim, o auxílio no trabalho entre colegas no meu ponto de vista não deve ser encarado como falta de confiança mas sim como um alerta para toda a equipa num ambiente bastante propício a erros.

Nesta situação, eu apenas ia acompanhar a transferência do doente para ficar a conhecer o circuito e os procedimentos que se realizam para a concretização da transferência intra-hospitalar. No entanto, ao detetar a situação, e enquanto Enfermeiro senti-me na obrigação de acorrer a esta situação e em colaboração com o colega encontramos uma solução, que mesmo sem efeitos graves poderia ter causado muito prejuízo para o doente e posteriormente para toda a equipa profissional de saúde.

Conseguimos estabilizar o doente e com o material de transferência todo reunido junto do mesmo procedemos ao ato pretendido e fomos ao caminho, até à unidade de cuidados intensivos. Deu-se a transferência do doente conforme procedimento do hospital e sem mais percalços.

Na situação descrita levanta-se a questão da qualidade dos cuidados prestados e a responsabilidade da equipa que os presta, tendo como centro da atuação a segurança dos doentes. O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas, ainda assim, este episódio verificou-se antes de se iniciar a transferência.

Senti-me na obrigação de consultar novamente os regulamentos de competências a que estão sujeitos todos os Enfermeiros Especialistas e também os Especialistas em Pessoa em Situação Crítica.

Segundo o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, devemos desenvolver uma prática profissional e ética no nosso

campo de intervenção e promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

A prática clínica deverá constituir o núcleo da atividade do Enfermeiro Especialista, mas este deverá, também, possuir competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2007); por competências dever-se-á entender que são “as características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação”. (Espírito Santo, 1999).

Por outro lado, as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

Na situação referida parece-me pertinente afirmar que o que falhou foi a comunicação entre Enfermeiro e Auxiliar de Ação Médica. Os mecanismos entre a equipa estão bastante bem trabalhados, cada profissional sabe o seu papel, cada um sabe o que lhe compete, no entanto, uma pequena falha pode resultar na situação que verificámos.

Torna-se bastante pertinente referir que o Enfermeiro Especialista deverá tornar-se cada vez mais o profissional que constitui uma garantia “não só de um entendimento profundo da situação da Pessoa (conhecimento das diferentes variáveis implicadas e implicáveis, numa abordagem holística) como também de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente, em determinada etapa do ciclo vital” (Leite, 2006).

Isto para concluir que temos que ter plena noção de tudo o que acontece em nosso redor, nada pode escapar para que se evitem tais situações.

Foi possível verificar que não foram tomadas todas as atitudes que deveriam ter sido tomadas e houve rutura de procedimentos que são necessários para que uma transferência intra-hospitalar decorra sem problemas.

Segundo o Manual de Recomendações para o Transporte do Doente Crítico, o planeamento da ação é feito pela equipa multidisciplinar do serviço

referente, e têm que se ter em consideração os seguintes problemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação. Este planeamento deverá incluir:

- Escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e o respetivo tempo de trajeto estimado;
- Escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades do serviço referente e as características do doente a transportar, com proteção individual assegurada – seguro/ cobertura em caso de acidente);
 - Seleção dos meios adequados de monitorização;
 - Recomendação de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte;
 - Seleção adequada de equipamento e terapêutica;
 - Previsão das complicações possíveis.

Proactivamente, deve ser equacionado o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respetiva prevenção, especialmente nas fases de maior risco: nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (> 30 minutos). Deve ter-se em atenção, nomeadamente, a extubação endotraqueal, a perda de acessos venosos, a reserva inadequada de oxigénio, a avaria de ventilador de transporte, a exteriorização ou “clampagem” inadvertida de dreno torácico e/ou a falta de bateria / carga elétrica de equipamentos (Ordem dos Médicos, 2008).

Se fosse necessário construir uma lista de procedimentos que evitavam tal acontecimento. O facto de conhecermos todos os procedimentos a tomar numa situação de transferência intra-hospitalar nunca nos garantirá que não possam ocorrer falhas.

Torna-se assim pertinente saber agir mediante situações limite, tudo pode parecer bem mas a qualquer momento pode ocorrer um incidente e cabe-nos a nós Enfermeiros, e mais ainda como futuro Enfermeiro Especialista, verificar o mais precocemente possível os sinais que o doente nos transmite e atuar em conformidade com os mesmos.

Hoje em dia toda a nossa prática assenta também na utilização das tecnologias de monitorização e diagnóstico, no entanto, estas não nos conseguem dizer se tudo está preparado ou não para o início da transferência.

Infelizmente só através de uma situação de descompensação do estado do doente é que se pôde tomar a consciência do erro.

De futuro terei em conta que para a transferência intra-hospitalar preciso de confirmar e voltar a confirmar todos os passos que se preconizam: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação. E aplicarei consoante os sinais que o doente me transmite todos os procedimentos adequados a cada situação.

Só assim, se asseguram todas as medidas que, enquanto profissionais de saúde, podemos controlar para eliminar incidentes evitáveis no ambiente de cuidados de saúde. Evitando quiçá a possibilidade de surgirem complicações futuras para os doentes, em atos causados diretamente pelo profissional de saúde.

Pode perceber-se que tudo o que tinha sido planeado para a concretização do objetivo específico I deste campo de estágio foi realizado, no entanto, no que toca ao II objetivo específico existiram algumas alterações. Em período de auditorias externas devido à acreditação do hospital pela *joint commission international*, foi um pouco difícil a articulação com o GCLPPCIRA do mesmo. Ainda assim, foi bastante oportuno consultar o guia de boas práticas e protocolos existentes na instituição sobre a prevenção e controlo de infeção, assim como conhecer qual o papel de cada profissional de saúde no SUG, no que toca à prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde.

Embora não me tivesse sido possível participar nas Auditorias Internas ao Cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção e Observação da Prática de Higiene das Mãos no Serviço de Urgência, pude organizar uma formação em trabalho para os Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica sobre as precauções de isolamento e a colocação e remoção de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Neste âmbito, surgiu a criação de um Projeto de Guia de Atuação (Apêndice VI), onde constam todos as medidas necessárias para as diferentes precauções de isolamento dependentes da via de transmissão do microrganismo em causa e onde constam as corretas colocação e remoção de EPI. A formação foi realizada no período da manhã, antes da entrada no turno e subdividiu-se por

duas sessões. No total, pude contar com a presença de cerca de trinta e cinco profissionais entre Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica.

Considero realizada a atividade que tinha definido como reunir estratégias proativas passíveis de serem implementadas no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço, se assim for necessário.

Através da participação nas II Jornadas do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências Antimicrobianas, que decorreram no dia 18 de novembro nas instalações do Infarmed (Anexo II), e da participação na formação sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção em Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Lares que decorreu no dia 22 de novembro nas instalações do HPL (Anexo III), pude enriquecer o meu conhecimento no âmbito da melhoria contínua dos cuidados e da prevenção e controlo de infeções nos cuidados de saúde, algo que é transversal a todos os níveis de cuidados que prestamos.

3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTÁGIO

Em suma, estes estágios proporcionaram-me oportunidades excelentes para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Não posso chegar ao fim deste documento sem realçar que, mesmo sendo diferentes, verifiquei que todos os serviços funcionavam com uma excelente organização, que favoreceram as aprendizagens e o desenvolvimento de competências profissionais em todos os domínios do saber.

Como não poderia deixar de ser, as oportunidades de aprendizagem e crescimento não são apenas criadas pelo local de estágio ou pelo local de trabalho, mas também por toda a equipa que nos rodeia e se entrega de forma admirável à profissão que escolheu para o seu dia-a-dia.

Penso que está implícito ao longo do presente documento todo o empenho e motivação que empreguei neste percurso que agora chega ao fim, a minha ansia de adquirir novos conhecimentos, o desenvolver de novas competências, o querer ser melhor a todos os níveis, ajudou-me a cada dia deste percurso.

Esta postura que apresentei associada à dedicação e gosto que tenho pelas funções que desempenho no meu dia-a-dia culminam na minha evolução profissional e pessoal para o que acredito ser um cuidado de excelência. Todo o trabalho que desenvolvi nestes campos de estágio permitiu-me retirar contributos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitiu-me rumar à prática preconizada para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De salientar que nunca deixei de fazer o paralelismo entre os campos de estágios por onde passei e o meu local de trabalho, aproveitando ao máximo a troca de experiências, organização e conhecimento existentes tanto num local como noutro tentando juntar o que de melhor se faz nas duas situações, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Foi-me possível aprimorar a priorização de cuidados na minha prestação diária, nunca esquecendo o enquadramento ético-legal envolvido a cada intervenção da nossa prestação de cuidados, quer seja ao doente crítico quer seja ao não crítico e às suas famílias. O facto de ter podido desenvolver habilidades e conhecimentos no atendimento ao doente crítico permite-me levar essa bagagem para o local de trabalho onde desempenho um papel preponderante no grupo intra unidade em situações de emergência.

Todo o meu percurso foi pautado pelo respeito e pelo valor da pessoa humana, que é um ser uno e indivisível, proactivo no seu projeto de saúde, centrando a minha atuação na relação transpessoal, desenvolvendo as qualidades interpessoais perspetivadas por Carl Rogers que há muito aprendi como essenciais para o desenvolvimento da relação terapêutica, ou se quisermos da relação de ajuda-confiança, como Jean Watson a denominou.

Como referi anteriormente, pude desenvolver um trabalho de observação no meu local de trabalho, o que me permitiu aprimorar processos que pudessem não estar muito bem, articulando todos os conhecimentos e habilidades que adquiri e desenvolvi ao longo dos campos de estágio. Transportando assim, o que de melhor se pode retirar da prática em novos contextos para corrigir o que menos bem se faz no nosso dia-a-dia, sempre tendo em vista a Excelência do Cuidado.

Foi assim, uma grande mais valia conseguir mobilizar alguns dos saberes potenciados por outros e já adquiridos em experiências profissionais, atendendo ao dever primordial de, enquanto detentor de um grau de saber, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na parceria com o utente crítico e pessoas significativas.

Como ficou claro, a par da prestação de cuidados, ia identificando as necessidades formativas na minha área de especialização, promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional e o dos outros enfermeiros através da formação em serviço.

No âmbito das diferentes áreas em que realizei estágio, mas mais marcado no serviço de urgência geral, fui algumas vezes confrontado com o desespero de alguns utentes/pessoas significativas que ansiavam ser assistidos o mais rapidamente possível. Ainda assim, penso que consegui lidar bem com essas

situações, julgo ter alguma facilidade para gestão de comunicação e estabelecimento de relações interpessoais tendo por algumas vezes ajudado a resolver essas situações.

A minha capacidade de comunicação também foi fulcral para a obtenção de alguns objetivos que tinha, permitindo-me assim desenvolver outras competências que não estavam tão apuradas. A minha participação no I Encontro de Enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados da região de Lisboa foi prova disso tendo, a avaliar pela satisfação e envolvimento do público-alvo, posso afirmar que atingi os meus objetivos.

Estes estágios permitiram-me colmatar necessidades de aprendizagem em diversas áreas e para tal, não serviram apenas os momentos de formação formal, mas também todos os pequenos trabalhos que desenvolvi. De tudo o que vivenciei ao longo deste percurso transponho para a minha atuação enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tudo o que aprendi e todas as competências que pude desenvolver.

O meu trabalho poderá assentar em diversos pilares, no entanto, pretendo investir na atuação dentro da minha equipa profissional, demonstrando uma prática profissional, ética e legal de referência. No que toca à gestão e formação no meu local de trabalho, pretendo identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem e, com proatividade e dinâmica, pretendo ser facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho.

Não vou deixar de parte a gestão de cuidados querendo funcionar como elo de articulação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, criando, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade. Tendo em conta que o local onde trabalho é a maior unidade de cuidados continuados integrados do país, é sem dúvida um poço de conhecimento e de investigação. Pretendo realizar trabalhos de investigação, que visem a definição e utilização de indicadores, de modo avaliar de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de cada utente e nos cuidados prestados, introduzindo medidas corretivas no âmbito da especialização e, na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

4. CONCLUSÃO

O documento que aqui dou por concluído constitui o resultado de um percurso de aprendizagem resultante das experiências vividas com os utentes em situação crítica / pessoas significativas, Enfermeiros e restantes equipas multidisciplinares dos diferentes contextos clínicos.

Para mim, a profissão de Enfermagem é muito mais que prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, mas sim prestar cuidados ao ser humano ao longo do seu ciclo vital, tendo em conta a promoção da saúde e a prevenção da doença. O nosso dever é exercer a nossa profissão fazendo uso dos nossos conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, adotando sempre as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Lembremo-nos que tudo começa na prevenção, se saltamos esta fase nunca chegaremos à excelência.

A construção deste documento revelou-se mais um desafio para mim receando não conseguir transmitir toda a riqueza e desenvolvimento pessoal e profissional que consegui atingir com o decorrer dos estágios. Espero ter conseguido redigir alguma da motivação, empenho e dedicação que apliquei no meu trabalho ao longo deste caminho. Este documento não é apenas um relatar das situações experienciadas, foi uma estratégia que me permitiu analisar e refletir sobre toda a minha vivência de um modo mais profundo, avaliando se realmente segui os melhores troços ou se haveria algum outro atalho.

A aprendizagem através da experiência é o processo através do qual se cria o saber e a experiência transforma-nos. Tudo o que aqui transcrevi é o que considero marcante para mim enquanto futuro Mestre em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por um lado tenho receio de me esquecer de algo, por outro tive receio de ultrapassar o limite de páginas que poderia utilizar. Este é o espelho do meu saber ser, saber estar e permitiu-me o desenvolvimento do meu saber fazer e conhecimento.

Nesta fase considero que desenvolvi competências que me permitem cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e exercer uma prática profissional, humana e científica nos cuidados que presto.

Termino satisfeito por poder deixar contributos nos diversos locais de estágio por onde passei, quer a nível formativo quer a nível relacional. Orgulha-me poder afirmar que ajudei a suprimir algumas necessidades formativas pessoais, mas também de todas as equipas multidisciplinares das quais fiz parte.

No entanto, nem tudo foi fácil. Senti algumas dificuldades, muito ligadas com o facto de desconhecer os locais de estágio e a diversidade de situações que poderia encontrar. Ainda assim, superei as adversidades com empenho, dedicação e com o objetivo digno de atingir um dia a Excelência do Cuidado.

Se me pedirem para fazer o balanço entre os objetivos que tracei e o que realmente foi concretizado, com alento escrevo que a realização dos objetivos através da materialização das atividades propostas e a aquisição/desenvolvimento de competências foi atingida, pois o resultado que ressalta é uma enorme panóplia de momentos ricos e inesquecíveis que eternizei não só em mim mas também nos dossiers pedagógicos que criei ao longo deste caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aziz, A. M. (2009). *Clostridium difficile infection: A critical analysis of the guidance*. British Journal of Nursing.

Bartlett, R. (2012). *Physiology of extracorporeal life support*. Em G. Annich, W. Lynch, G. MacLaren, J. Wilson, & R. Bartlett (Edits.), *ECMO Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care* 4th Edition. Ann Arbor, Michigan: Extracorporeal Life Support Organization.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Calfee, D.P. (2008). *Clostridium difficile: a reemerging pathogen*. Geriatrics.

Carneiro, J., Matos, F. & Esteves, F. (2011). *Contributo do Estudo Europeu para a 5ª Meta Internacional de Segurança do Doente*. Tecno hospital, 43.

Cash, J., & Glass, C. (2011). *Family Practice Guidelines Springer*.

Cohen, S. H., Gerding, D. N., Johnson, S., Kelly, C. P., Loo, V. G., McDonald, L. C., et al. (2010). *Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America and the Infectious Diseases Society of America*. Infection Control and Hospital Epidemiology.

Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida, da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Dias, M. F. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências*. Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado. Loures: Lusociência.

Direção Geral da Saúde (2013a). *Despacho 2902/2013, de 22 de Fevereiro. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Diário da república - 2.^a série, nº 38.

Direção Geral da Saúde (2013b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Orientações Programáticas*. Disponível em www.dgs.pt, consultado em dezembro de 2016.

Direção Geral de Saúde. (2010). *Circular Normativa N.º 13/DQS/DSD. Orientação de Boas Práticas para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Disponível em www.dgs.pt, consultado em dezembro de 2016.

Direção Geral de Saúde (2013c). Norma 029/2012 de 29 /12/2012 atualizada a 31/10/2013. *Precauções Básicas de Controlo de Infeção*. Disponível em www.dgs.pt, consultado em dezembro de 2016.

Direção Geral de Saúde (2015). Norma nº 019/2015 de 15/12/2015. *Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Disponível em www.dgs.pt, consultado em dezembro de 2016

Direção Geral de Saúde (2014). Norma nº 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015. *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Disponível em www.dgs.pt, consultado em dezembro de 2016.

Dubberke, E. (2012). *Strategies for Prevention of Clostridium difficile Infection*. Journal of hospital medicine.

Dubberke, E., Carling, P., Carrico, R., Donskey, C. J., Loo, V. G., McDonald, L. C., et al. (2014). *Strategies to Prevent Clostridium difficile Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update*. Infection Control and Hospital Epidemiology.

Ducel, G. et al.(2002). *Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide.*, Malta, World Health Organization.

Espírito Santo (1999). *As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança*. Referência. Vol. 3.

Grossman, S., & Mager, D. (2010). *Clostridium difficile: implications for nursing*. MEDSURG Nursing.

Haydt, R. (2006). *Curso de didática Geral*. 8ª Ed. São Paulo: Ática.

Itano, J., & Taoka, K. (2005). *Core Curriculum for Oncology Nursing* (Quarta edição). Sounderf: Elsevier.

Kérouac, S. et al. (1996) - *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.

Kyne, L., Merry, C., O'Connell, B., Kelly, A., Keane, C., & O'Neil, D. (1999). *Factors associated with prolonged symptoms and severe disease due to Clostridium difficile*. Age and Ageing.

Leal, T. (2006). *A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.

Leite (2006). *O Enfermeiro Especialista - Percursos de Desenvolvimento profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 2 de dezembro de 2016]. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documentos/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf.

McDonald, L.C., Owings, M., Jernign, D.B. (2006). *Clostridium difficile infection in patients discharged from US short-stay hospitals*. Emerg. Infect. Dis.

Meleis, A. et al (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science. Vol 23.

Ordem do Médicos (2008). *Transportes de Doentes Críticos – Recomendações*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Edição: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem*. Apresentada na Assembleia Geral de 17 de Março. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Regulamento das Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Pina, E. et al. (2010). *Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10.

Potter, P., Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5º Ed. Lusociência.

Sheely, S. (2001). *Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática*. 4ª Edição. Loures Lusociência. ISBN 972-8383-16-9

Shigeta, Y. (2009). *Exploring the relationship between skin property and absorbent pad environment*. Journal of Clinical Nursing, 1607-1616.

Stuart, R. L., Marshall, C., Mclaws, M.-L., Boardman, C., Russo, P. L., Harrington, G., et al. (2011). *ASID/AICA position statement - Infection Control guidelines for patients with Clostridium difficile infection in healthcare settings*. Australian Infection Control Association, 33-39.

Surawicz, C. M., Brandt, L. J., Binion, D. G., Ananthakrishnan, A. N., Curry, S. R., Gilligan, P. H., et al. (2013). *Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Prevention of Clostridium difficile Infections*. The American Journal of GASTROENTEROLOGY, 478-498.

Universidade Católica Portuguesa (2016). *Guia para Organização e Apresentação do Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa.

Vonberg, R., Kuijper, E., Wilcox, M., Barbut, F., Tull, P., Gastmeier, P., et al. (2008). *Infection Control Measures to limit the spread of Clostridium difficile*. Clinical Microbiology and Infection, 2-20.

APÊNDICES

APÊNDICE I: RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Quadro 3 - Resultados da Revisão Sistemática da Literatura.

Título do Artigo/Autor/Ano	Objetivos	Resultados
<p>Clostridium difficile infection: A critical analysis of the guidance.</p> <p>Ann-Marie Aziz (2009)</p>	<p>- Analisar as recomendações existentes para a abordagem à infeção por <i>Clostridium difficile</i> e o impacto a nível hospitalar.</p>	<p><u>Os médicos e enfermeiros devem aplicar a seguinte mnemónica para gerir situações de suspeita de infeção por <i>Clostridium difficile</i>:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspeitar que um caso pode ser positivo sempre que não exista causa aparente para a diarreia; • Isolar o doente e consultar a equipa de controlo de infeção, enquanto se aguarda a determinação da causa da diarreia; • Luvas e aventais - devem ser utilizados para todos os contactos com o doente e o seu meio Ambiente; • Lavar as mãos com água e sabão - deve ser realizado antes e depois de cada contacto com o doente e o seu ambiente; • Testar a toxina, através de coprocultura o mais rapidamente possível. <p>Muitos hospitais não têm as instalações para isolar o doente em quarto individual, o que pode ser um fator de risco de contaminação cruzada.</p>
<p>Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA).</p> <p>Stuart H. Cohen, MD; Dale N. Gerding, MD; Stuart Johnson, MD; Ciaran P. Kelly, MD; Vivian G. Loo, MD; L. Clifford McDonald, MD; Jacques Pepin, MD; Mark H. Wilcox, MD (2010)</p>	<p>- Atualizar as recomendações sobre epidemiologia, diagnóstico, tratamento e controle de infeção e gestão ambiental.</p>	<p><u>Medidas para profissionais de saúde, doentes e visitas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar luvas e avental; • Enfatizar a conformidade com a prática da higiene das mãos; • Colocar os doentes com infeção por <i>Clostridium difficile</i> em quarto individual com precauções de contato. Se os quartos individuais não estão disponíveis, criar coorte de doentes; • Manter precauções de contato enquanto durar a diarreia; <p>Há 3 maneiras em que os doentes podem estar expostos a <i>Clostridium difficile</i> no meio hospitalar por transmissão horizontal:</p> <p>1 - Por contacto com um profissional de saúde com a colonização na mão; 2 - Pelo contato com o ambiente contaminado; 3 - Por contacto direto com um doente com <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p><u>Higiene das mãos:</u> A higiene das mãos é considerada um dos pilares da prevenção da transmissão nosocomial de <i>Clostridium difficile</i>. Vários estudos têm documentado a redução das taxas de infeções por <i>Clostridium difficile</i> por melhoria da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde entre doentes.</p> <p><u>Precauções de contacto:</u> A utilização de isolamento com precauções de contato, quartos individuais/coorte de doentes com infeção por <i>Clostridium difficile</i> tem obtido excelentes resultados. As precauções de contacto incluem a colocação de avental e luvas ao cuidar de doentes com a infeção, o uso de luvas em conjunto com a higiene das mãos diminui a concentração de <i>Clostridium difficile</i> nas mãos dos profissionais de saúde.</p> <p><u>Instalações:</u> A importância das instalações hospitalares adequadas foi destacada num estudo que comparava dois hospitais no que toca às taxas de infeção por <i>Clostridium difficile</i>, estes diferiam nas suas infraestruturas, na taxa de ocupação de camas e na utilização de antibióticos. O hospital mais velho tinha menos quartos individuais e uma maior taxa de ocupação de camas, mas uma menor taxa de uso de antibióticos de largo espectro quando comparado com o hospital moderno. A incidência de <i>Clostridium difficile</i> foi menor no hospital moderno do que no hospital mais velhos.</p> <p><u>Limpeza e Desinfeção Ambiental:</u> Os esporos de <i>Clostridium difficile</i> podem sobreviver no ambiente durante meses ou anos e podem ser encontrados em várias superfícies. A introdução de limpeza com produtos que tenham base de hipoclorito (5.000 ppm de cloro disponível) foi associada a menor incidência de <i>Clostridium difficile</i>. A concentração de cloro disponível deve ser de pelo menos 1000 ppm e pode ser idealmente de 5.000 ppm. Um relatório recente destacou o uso de peróxido de hidrogénio vaporizado para reduzir o nível de contaminação ambiental por <i>Clostridium difficile</i>.</p>

Quadro 3 – Resultados da Revisão Sistemática da Literatura. (continuação)

Título do Artigo/Autor/Ano	Objetivos	Resultados
<p>ASID/AICA position statement – Infection control guidelines for patients with Clostridium difficile infection in healthcare settings.</p> <p>Rhonda L. Stuart Caroline Marshall Mary-Louise McLaws Claire Boardman Philip L. Russo Glenys Harrington John K. Ferguson (2011)</p>	<p>Analisar as recomendações existentes para a abordagem à infeção por <i>Clostridium difficile</i>.</p>	<p>* Todas as organizações de saúde devem dar a máxima importância à prevenção e controlo das infeções por <i>Clostridium difficile</i>, mesmo se a incidência predominante for baixa.</p> <p>* A vigilância deve ser integrada nos programas de melhoria da qualidade para otimizar a prevenção, controlo e tratamento do <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>* Devem existir programas de gestão de antimicrobianos, visando minimizar a frequência e duração do uso de antibióticos e promoção de uma política de antibióticos de espectro estreito.</p> <p>* As precauções de contato devem ser tomadas no local e para os doentes sintomáticos e incluem a utilização de batas / aventais à entrada dos quartos.</p> <p>* Deve ser promovida a utilização de equipamentos descartáveis ou garantir que o equipamento é devidamente limpo e desinfetado antes de ser reutilizado.</p> <p>* Educação de todos os profissionais de saúde, doentes e visitas sobre a infeção por <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p><u>Limpeza e desinfecção ambiental:</u></p> <p>* Todas as superfícies horizontais e superfícies de toque frequente devem ser higienizadas diariamente com limpeza com detergente neutro e desinfecção com uma solução com hipoclorito (concentração mínima de 1000 ppm) ou de uma solução esporicida de outra natureza.</p> <p><u>Educação e Melhoria da Qualidade:</u></p> <p>* Formação a todo o pessoal da administração, pessoal de limpeza, serviços de alimentação e pessoal de manutenção sobre a infeção por <i>Clostridium difficile</i> e as medidas de prevenção e controlo de transmissão. A equipa de limpeza, em particular, necessita de treino, feedback e incentivo para garantir que cumpram a correta higienização ambiental.</p> <p><u>Doentes e visitas:</u></p> <p>* Devem ser educados sobre a infeção por <i>Clostridium difficile</i>, precauções de contato e higienização das mãos. Se o visitante é prestador de cuidados diretos ao doente, deverá usar avental e luvas e realizar a lavagem das mãos com água e sabão após a remoção.</p>
<p>Strategies for Prevention of Clostridium difficile Infection.</p> <p>Erik Dubberke (2012)</p>	<p>- Clarificar as estratégias para a prevenção da infeção por <i>Clostridium difficile</i>.</p>	<p>* Um programa de prevenção de incidência e de redução do impacto da infeção por <i>Clostridium difficile</i> eficaz e global requer vários componentes importantes.</p> <p>* Os profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão de infeção por <i>Clostridium difficile</i> - Um estudo mostrou que depois de cuidar de um doente com infeção por <i>Clostridium difficile</i>, 59% dos profissionais de saúde contaminou as suas mãos independentemente de ter ou não tocado no doente.</p> <p>* A combinação de precauções de contato adequadas e higiene das mãos com água e sabão tem sido associada à redução das taxas de incidência de infeção por <i>Clostridium difficile</i> em 80%.</p> <p>* Garantir a desinfecção adequada de equipamentos e ambiente. A solução esporicida deve ter um tempo de contacto de pelo menos 10 minutos.</p> <p>* Educar os profissionais de saúde, pessoal de limpeza e administração do hospital sobre o <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>* Educar os doentes e as suas famílias sobre <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>* Os doentes devem ser colocados em isolamento de contacto à primeira suspeita de <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>* As precauções de contacto devem ser mantidas até 48 horas depois da resolução da diarreia.</p>

Quadro 3 – Resultados da Revisão Sistemática da Literatura. (continuação)

Título do Artigo/Autor/Ano	Objetivos	Resultados
<p>Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Prevention of Clostridium difficile Infections.</p> <p>Christina M. Surawicz, Lawrence J. Brandt, David G. Binion, Ashwin N. Ananthakrishnan, Scott R. Curry, Peter H. Gilligan, Lynne V. McFarland, Mark Mellow, Brian S. Zuckerbraun. (2013)</p>	<p>- Estruturar orientações práticas para o diagnóstico, tratamento e prevenção das infeções por <i>Clostridium difficile</i>.</p>	<p>*A aplicação de programas de controlo de infeção em hospitais pode ajudar a diminuir a incidência de infeção por <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>*A deteção precoce do <i>Clostridium difficile</i> deve levar ao tratamento mais precoce e introdução de medidas de controlo de infeção.</p> <p>*A gestão de antibioterapia é recomendada para reduzir o risco de <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>*As precauções de contacto para um doente com <i>Clostridium difficile</i> devem ser mantidas, no mínimo, até a resolução de diarreia.</p> <p>*Os doentes com infeção por <i>Clostridium difficile</i> (conhecida ou suspeita) devem ser colocados em quarto individual ou em coorte.</p> <p>*A lavagem das mãos e utilização de precauções de contacto devem ser utilizadas por todos os profissionais de saúde e visitantes que entrem no quarto dos doentes.</p> <p>*Utilização de equipamentos descartáveis deve ser instituída para a prevenção da transmissão do <i>Clostridium difficile</i>. Os equipamentos médicos não descartáveis devem ser cuidadosamente limpos e desinfetados após a sua utilização.</p> <p>*A desinfecção de superfícies ambientais deve ser realizada com esporicidas ou solução que contenha cloro (5000ppm).</p>
<p>Strategies to Prevent Clostridium difficile Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update.</p> <p>Erik R. Dubberke, Philip Carling, Ruth Carrico, Curtis J. Donskey, Vivian G. Loo, Clifford McDonald, Lisa L. Maragakis, Thomas J. Sandora, David J. Weber, Deborah S. Yokoe, Dale N. Gerding. (2014)</p>	<p>- Reunir as orientações práticas num único documento para ajudar os hospitais na implementação de um plano de prevenção da infeção por <i>Clostridium difficile</i>.</p>	<p>* Soluções alcoólicas são ineficazes na remoção e desinfecção de esporo de <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>*Estratégias gerais para prevenir a infeção a <i>Clostridium difficile</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrição e gestão da utilização de antibioterapia; - Individualização de materiais e equipamentos, se não for possível, garantir uma limpeza e desinfecção adequadas antes da próxima utilização; - Precauções de Contacto – com colocação em quarto individual, preferencial; - Higiene meticulosa das mãos com água e sabão; - Descontaminação ambiental com hipoclorito de sódio com diluições de 1:10. <p>*Formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação aos prestadores de cuidados sobre fatores de risco e métodos de prevenção de infeção a <i>Clostridium difficile</i>; - Treino para identificação precoce de doentes com infeção a <i>Clostridium difficile</i>; - Disponibilização de material educacional para doente, família e visitas onde se explique o que é a infeção a <i>Clostridium difficile</i>, o porquê das precauções de contacto e a importância da higiene das mãos; - Identificação do local, informando das precauções de contacto, de preferência fora do local de isolamento.

**APÊNDICE II: APRESENTAÇÃO: “O PAPEL DO ENFERMEIRO NA
PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO”**



REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enf.ª Guilherme Rodrigues
Orientadora Enf.ª Rita Marques
Coorientadora Enf.ª Sónia Albano

O Papel do Enfermeiro no Controlo da Infeção

O Papel do Enfermeiro no Controlo de Infeção

A typical day at the hospital...

A Realidade

O Papel do Enfermeiro no Controlo de Infeção

Supervisionar e promover as boas práticas

Vigilância epidemiológica

Garantir práticas locais de isolamento

Articulação contínua

Formação e sensibilização



3

Funções

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

NORMA

da Direção-Geral da Saúde

Francisco Henrique Moura George
Diretor-Geral da Saúde
Data: 2013.03.11 09:46:54.2

NÚMERO: 029/2012

DATA: 29/12/2012

ATUALIZAÇÃO: 31/10/2013

ASSUNTO: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)

PALAVRAS-CHAVE: Infeção

PARA: Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

**Não há doentes de risco
Há procedimentos de risco**

4

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção

Quantas são? **10**

Colocação de doentes
Higiene das mãos
Etiqueta respiratória
Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
Descontaminação do Equipamento Clínico
Controlo ambiental
Manuseamento seguro da roupa
Recolha segura de resíduos
Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

5

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



6

Colocação de doentes

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



- Devem estar disponíveis no local de prestação de cuidados;
- Se as mãos estão visivelmente sujas o que deve utilizar?

Como?

Higiene das mãos

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

7

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



As unhas artificiais não permitem uma higienização das mãos tão eficaz do que unhas naturais.

- MCNEIL et al; Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers . *CID* .1058-4838; 32: (2001) 367-372

Unhas

Higiene das mãos

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

8



Indications

Indications for hand hygiene
have been defined by the
Centers for Disease Control and Prevention
and the
World Health Organization

Vamos agora abordar estas indicações.

9

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



5 momentos
da Higiene das
Mãos, OMS

Quando?

Higiene das mãos

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

1
0

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção

Cubra a sua boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar

ou, então
tussa ou espirre para dentro da manga do braço, e não para as suas mãos.

Coloque o seu lenço de papel usado no cesto do lixo.

Pode ser que lhe peçam que coloque na cara uma máscara de cirurgia para proteger os demais.

Os profissionais de saúde devem promover estes ensinamentos a todos os que frequentem uma unidade de saúde!

Etiqueta respiratória

11

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



Equipamentos de Proteção Individual

12

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção

Luvas

Aventais

Batas

Proteção ocular

Nunca substituem as medidas de higiene!

Equipamentos de Proteção Individual

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

13

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção

Quando?

Após cada utilização;

Após contaminação com sangue e fluidos orgânicos;

A intervalos regulares predefinidos como parte de protocolos de limpeza;

Antes de inspeção, manutenção e reparação.

Responsabilidade do Enfermeiro!

Descontaminação do Equipamento Clínico

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

14

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



15

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



16

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



17

(Despacho do Ministério da Saúde n.º 242/96, de 05 de Julho)

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção



18

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção

Procedimentos em caso de Exposição Significativa

- Traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados;
- Exposição de feridas ou outras lesões da pele;
- Exposição de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco.

Exposição a Agentes Microbianos

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

19

As Precauções Básicas do Controlo de Infeção

A implementação das PBCI é determinante para a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

20

Grato pela atenção!



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

21

Enf.º Guilherme Rodrigues
Orientadora Enf.º Rita Marques
Coorientadora Enf.º Sónia Albano

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS

APÊNDICE III: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

Lisboa, 27 de maio de 2016

Exma. Enfermeira Diretora

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de observação de práticas no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa.

Guilherme Filipe Santos Rodrigues, Enfermeiro, a exercer funções na _____, vem por este meio solicitar autorização para o seu trabalho de investigação subordinado ao tema “*Práticas na prevenção e controlo da transmissão cruzada da infeção por Clostridium Difficile*”, com vista à concretização de um objetivo de estágio do Módulo III do presente ano curricular a decorrer no GCL PPCIRA do _____.

. O trabalho decorrerá, sob a orientação da Doutora Rita Marques e Coorientação da Enfermeira Sónia Albano.

Com a realização deste trabalho pretende-se a caracterização da infeção por *Clostridium difficile* e verificar comportamentos relacionados com a infeção referida e atualização, se necessária, de procedimentos implementados na instituição.

A colheita de dados será efetuada através da observação de procedimentos, com base nas grelhas de observação em anexo, sendo estes dados analisados estatisticamente, tendo em conta todas as diretrizes éticas a considerar.

Posteriormente serão divulgados os resultados, na _____, com a respetiva discussão de resultados e possíveis sugestões para melhoria de processos, se assim o for necessário.

Anexo ainda a carta de aceitação de orientação do trabalho por parte da Orientadora e Coorientadora.

Pede deferimento.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

(Guilherme Rodrigues)

APÊNDICE IV: CHECKLISTS DE AUDITORIA

Auditoria - Estruturas

"O Doente com infeção por *Clostridium difficile*"

Data..... Serviço/ Local.....

Auditor.....

Formação / Informação (inquirir colaboradores)					
		Sim	Não	N/A	Comentários
1	A recomendação para o isolamento de contacto está disponível no serviço.				
2	A equipa tem acesso à norma.				
3	Foi realizada formação no último ano que incluiu o isolamento de contacto.				
Colocação de Doentes e Identificação (Infra estruturas e recursos materiais)					
		Sim	Não	N/A	Comentários
1	Está colocado o cartaz de aviso de isolamento à entrada da unidade do doente.				
2	O doente está colocado em quarto de isolamento individual.				
3	O doente partilha quarto com outros doentes com infeção pelo mesmo microrganismo.				
4	A cama do doente encontra-se no local mais adequado. (afastada dos locais de passagem, não está junto ao lavatório e não está próxima das outras camas)				
5	Existem recipientes de recolha de resíduos adequados junto da unidade. (de fácil descontaminação e de acionamento não manual, devidamente identificados, conforme procedimento)				
6	Existem recipientes de recolha de roupa adequados, devidamente identificados e de acionamento não manual.				
7	A distância entre camas é de 1 metro no mínimo e as cortinas entre camas estão corridas.				
8	Estão disponíveis batas/aventais descartáveis junto da unidade do doente, afastados de possíveis fontes de contaminação.				
9	Estão disponíveis luvas descartáveis junto da unidade do doente, afastados de possíveis fontes de contaminação.				

Resumo dos comentários:

Fórmula: $\frac{\text{total de respostas "sim"}}{\text{total de respostas "sim"+"não"}} \times 100 = \text{___} \%$
Índice de qualidade _____%

Auditoria – Práticas dos Profissionais
“O Doente com infeção por Clostridium difficile”

Data..... **Serviço/ Local**.....

Auditor..... **Categoria Profissional**.....

Equipamento de Proteção Individual					
		Sim	Não	N/A	Comentários
1	Foram usadas luvas no contacto direto com o doente.				
2	O equipamento de proteção é removido dentro da área de isolamento.				
3	O EPI foi retirado pela ordem adequada de forma a não contaminar o profissional.				
4	Depois de sair da área de isolamento as mãos são higienizadas. (com água e sabão)				
Individualização de material e equipamento					
		Sim	Não	N/A	Comentários
1	O material de consumo específico está individualizado dentro da área de isolamento nas quantidades mínimas necessárias diariamente.				
2	O material e equipamento são individualizados?				
Doente / Visitas					
		Sim	Não	N/A	Comentários
1	É explicado ao doente / visitas o motivo do isolamento.				
2	Os visitantes não usam EPI, a não ser na prestação de cuidados diretos ao doente.				
3	Os visitantes lavam as mãos após sair da área de isolamento.				
Limpeza e desinfeção da área de isolamento					
		Sim	Não	N/A	Comentários
1	É feita a limpeza e desinfeção de todas as superfícies de toque frequente e equipamento diariamente.				
2	É utilizada a concentração e produtos conforme procedimento.				
3	Os sacos do lixo são retirados e fechados sempre que contenham material contaminado com fezes.				
4	Os sacos da roupa suja são retirados e fechados sempre que contenham material contaminado com				

	fezes.				
Procedimentos na alta					
		Sim	Não	N/A	Comentários
1	O material presente na unidade do doente é descartado aquando da alta.				
2	É feita uma limpeza e desinfeção terminal de todas as superfícies ambientais e equipamento, quando o doente tem alta.				
3	Os cortinados são enviados dos cortinados para lavandaria, devidamente embalados e identificados.				

Resumo dos comentários:

Fórmula: $\frac{\text{total de respostas "sim"}}{\text{total de respostas "sim"+"não"}} \times 100 = \underline{\quad\quad} \%$

Índice de qualidade $\underline{\quad\quad\quad} \%$

APÊNDICE V: POSTER DE RESULTADOS

O Doente com infeção por *Clostridium difficile*

Guilherme Filipe Santos Rodrigues*, Rita Margarida Dourado Marques **

INTRODUÇÃO

O número de casos de infeção por *Clostridium difficile* tem vindo a aumentar no mundo inteiro. Esta bactéria é um problema nos doentes cada vez mais idosos e debilitados devido ao aumento da esperança de vida. Com a realização deste trabalho, subordinado ao tema “Práticas na prevenção e controlo da transmissão cruzada da infeção por *Clostridium Difficile*”, procedeu-se à verificação dos procedimentos dos profissionais de saúde quando na presença de um caso da referida infeção. Objetivo: Verificar a conformidade dos procedimentos efetuados na instituição. Todas as diretrizes éticas foram tomadas em consideração.

METODOLOGIA

Estes dados foram obtidos através da observação direta das práticas dos profissionais de saúde. Criaram-se checklists de auditoria com vista à avaliação da qualidade da instituição em sete padrões. À data das auditorias existiam três doentes em isolamento de contacto por infeção a *Clostridium difficile* na instituição.

SUGESTÕES DE MELHORIA

Formação/Informação: Plano de formação sobre os tipos de isolamento e os cuidados a ter com a sua implementação e nas práticas dos profissionais. Monitorização e feedback à equipa.

Colocação de doente e identificação: Criação de sistema de identificação dos doentes e implementação de isolamento em coorte.

Equipamento de proteção individual: Divulgação da técnica correta de colocação e remoção do EPI, do método de higiene das mãos e ainda dos cuidados que o profissional deve ter na presença de um doente em isolamento de contacto.

Individualização de material e equipamento: Aquisição de um monitor de sinais vitais para situações de isolamentos; criação, se não existir, de procedimento de descontaminação dos materiais e equipamentos que podem ser utilizados em vários utentes por forma a evitar contaminações cruzadas.

Doentes/Visitas: Elaboração de um panfleto/cartaz informativo para os visitantes/familiares terem ao seu dispor.

Limpeza e desinfecção da área de isolamento: Auditor o procedimento após elaboração de uma checklist que contemple o processo de higienização diária de uma área de isolamento, tendo também em conta a especificidade da infeção em causa.

Procedimentos na alta: Desafio a aplicação da checklist criada para este padrão ou especificá-la ainda mais para fazer observações in loco dos procedimentos realizados nas referidas situações.

RESULTADOS OBTIDOS POR PADRÃO

Formação/Informação

Índice de Qualidade: 67%

Foram inquiridos 9 profissionais sobre a existência de uma recomendação institucional que estabeleça a necessidade de isolamento de um doente, questionou-se também se o acesso à mesma era livre e permanente, e ainda se tinha existido formação que abordasse o isolamento de contacto no último ano.

Colocação de doente e identificação

Índice de Qualidade: 83%

Este valor foi obtido após auditoria às estruturas dos isolamentos que estavam criados e tendo em conta os procedimentos recomendados pela instituição auditada.

Equipamento de Proteção Individual

Índice de Qualidade: 86%

Esta pontuação resultou da avaliação de quatro itens, utilização de luvas no contacto direto com o doente, localização onde foi removido o EPI utilizado, forma de remoção do EPI e ainda a higienização das mãos.

Individualização de material e equipamento

Índice de Qualidade: 50%

Neste padrão foram avaliados a existência de material de consumo específico individualizado dentro da área de isolamento e nas quantidades mínimas necessárias diariamente, e ainda avaliar se o equipamento era individualizado.

Doente / Visitas

Índice de Qualidade: 75%

Pretendia-se a verificação do fornecimento de informação ao doente / visitas acerca do motivo do isolamento, a verificação de utilização de EPI pelas visitas apenas na prestação de cuidados diretos ao doente e ainda se a higiene das mãos era feita com água e sabão no final da visita.

Limpeza e desinfecção da área de isolamento

Índice de Qualidade: 100%

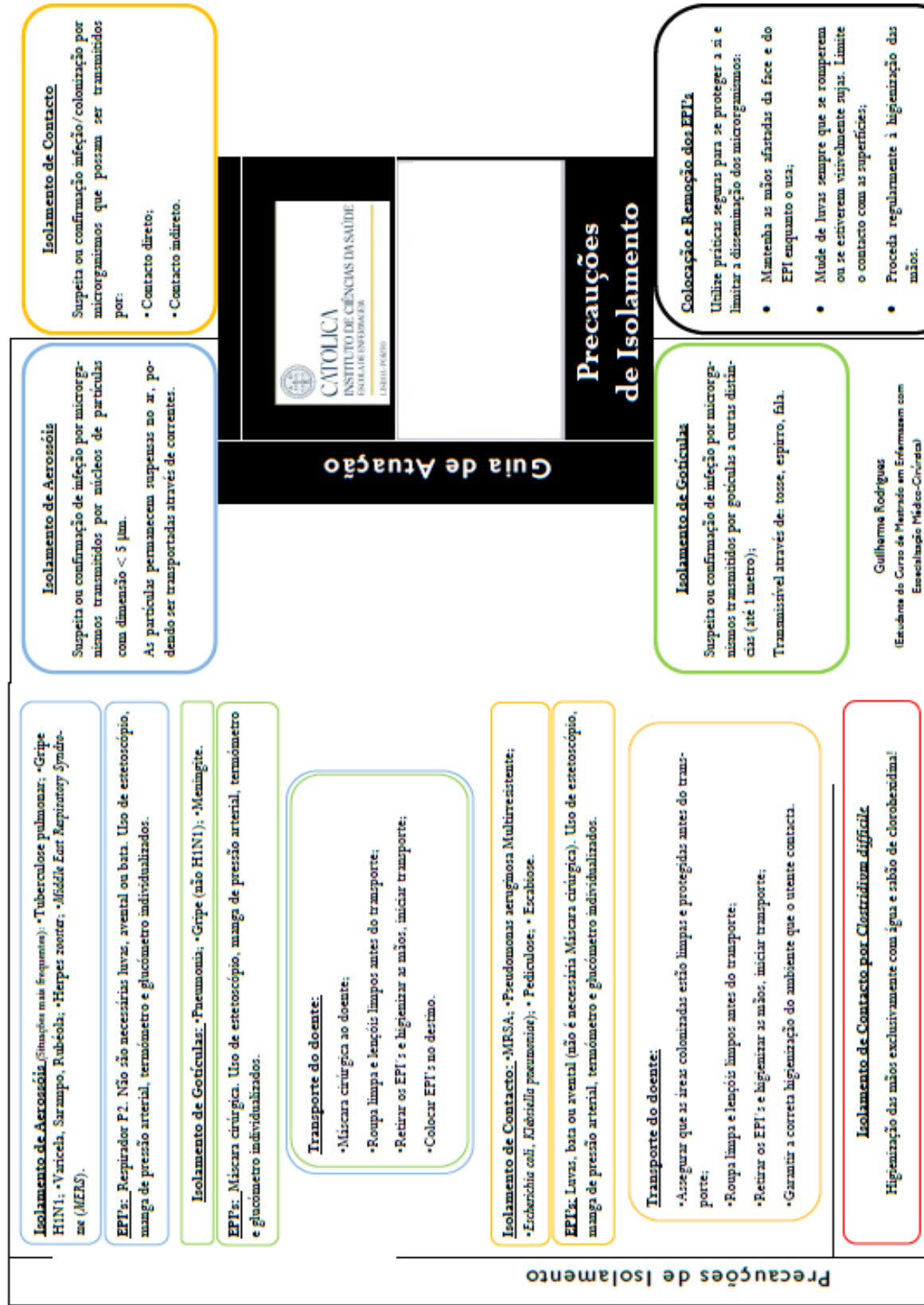
Para avaliar este padrão procedeu-se à inquirição de três técnicos de limpeza, aleatoriamente, colocando 2 questões: “É feita a higienização das zonas de toque frequente diariamente?” e “É utilizada a concentração de esporicida discriminada no procedimento recomendado na instituição?”. Todas as respostas foram afirmativas.




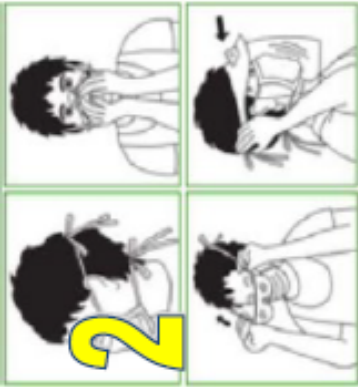
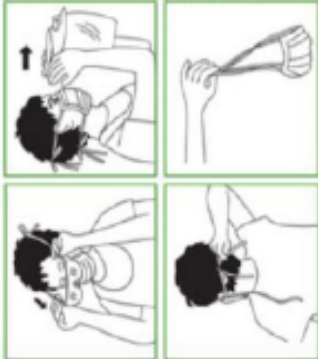
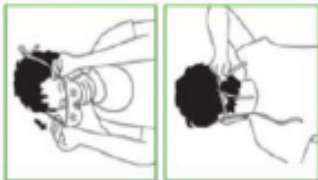

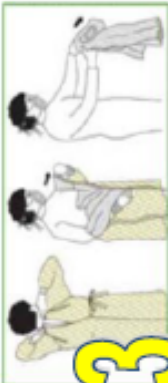
As checklists de auditoria contemplavam os procedimentos a realizar no momento da alta/transfêrencia dos doentes, no entanto, durante o período de auditorias não foi possível verificar este ponto mas posteriormente será proposta uma solução para verificação desse padrão de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atis, A.M. (2008). *Clostridium difficile* Infection: A critical analysis of the guideline. *British Journal of Nursing*, 13(8)-13(9).
Cohen, S. H., Gerding, D. N., Johnson, S., Kelly, C. P., Lee, V. B., McDonald, L. C., et al. (2010). *Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America and the Infectious Disease Society of America. Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(4)-453.
Dobson, S. (2012). *Strategies for Prevention of Clostridium difficile Infection. Journal of Hospital Medicine*, 14(2).
Garcia, R., Donnelly, C. J., Liu, W. G., McDonald, L. C., et al. (2014). *Strategies to Prevent Clostridium difficile Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infection Control and Hospital Epidemiology*, 39(4), 455-465.
Grossman, S., & Mager, D. (2002). *Clostridium difficile: Implications for nursing. MEDSURGE Nursing*, 10(5)-106.
Harris, J., & Tack, K. (2005). *Core Curriculum for Oncology Nursing (4th edn edn)*. Saunders/Elsevier.
Kumar, L., Mary, C., O'Connell, B., Kelly, A., Eneane, C., & O'Neil, D. (2009). *Factors associated with prolonged symptoms and severe disease due to Clostridium difficile. Age and Ageing*, 38(2), 201-213.
McDonald, L. C., Cheng, M., Jarrett, S. B. (2006). *Clostridium difficile Infection in patients discharged from US acute-care hospitals. Emerg Infect Dis*, 12(4): 609-615.
Nolan, B., Abdelmassih, G. G. (2009). *Clostridium difficile. Dis Mon*, 35(4): 470-473.
Shank, R. L., Marshall, C., Wilson, M. J., Anderson, C., Basso, P. J., Harrington, G., et al. (2011). *ASQUICA antibiotic stewardship - Infection control guidelines for patients with Clostridium difficile Infection in healthcare settings. Australian Infection Control Association*, 2(3): 39-49.
Surawicz, C. M., Brandt, L. J., Binlin, D. G., Ananthakrishnan, A. N., Curry, S. R., Gilligan, P. H., et al. (2013). *Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Prevention of Clostridium difficile Infections. The American Journal of Gastroenterology*, 108(10): 1478-1488.
Vongvorakul, R., Kujawa, K., Wilson, M., Barlow, P., Taji, P., Osterholm, M., et al. (2008). *Infection Control Measures to limit the spread of Clostridium difficile. Clinical Microbiology and Infection*, 16(2).

APÊNDICE VI: PROJETO DE GUIA DE PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO



Coloção de EPI's		Remoção de EPI's
<p>1</p> <p><u>Avental:</u> Coloque pela cabeça e aperte atrás.</p> 	<p><u>Bata:</u> Deve cobrir o corpo desde o pescoço aos joelhos, os braços até ao punho e cruzar nas costas.</p> 	<p><u>Luvãs:</u> A face externa da luva está contaminada. Segure a parte de fora da luva com a mão oposta e retire-a. Segure a luva retirada com a mão enluvada. Coloque o dedo dentro da luva ao nível do punho. Retire a luva colocando a primeira dentro da segunda.</p>  <p>1</p>
<p>2</p> <p><u>Máscara Cirúrgica (ou respirador):</u> Segure nas fitas ou elástico e ajuste-os à cabeça e pescoço. Ajuste o adaptador nasal, a face e queixo.</p> 	<p><u>Máscara cirúrgica (ou respirador):</u> Não toque no filtro pois está contaminado. Retire os aros, primeiro o inferior e depois o superior. Remova da face segurando nos aros. Coloque no contentor próprio. Lave imediatamente as mãos.</p>  <p>2</p>	<p><u>Proteção ocular (óculos ou viseira facial):</u> Coloque-os sob a face ou olhos e ajuste-os.</p> 
<p>3</p> <p><u>Luvãs:</u> Selecione de acordo com o tamanho da mão. Ajuste de modo a proteger o punho da bata.</p> 	<p><u>Bata/ Avental:</u> Desaperte os aros. Retire a bata, puxando ao nível de ambos os ombros com a mesma mão. Enrole-o mantendo a área contaminada para dentro. Coloque no contentor próprio.</p>  <p>3</p>	<p><u>Referências bibliográficas:</u> Norma nº 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015. Uso e Gestão de Luvãs nas Unidades de Saúde. Direção Geral da Saúde.; Norma 029/2012 de 29 /12/2012 atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas de Controlo de Infecção. Direção Geral da Saúde.</p>

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO ORADOR NO
I ENCONTRO DE ENFERMAGEM**



I ENCONTRO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Guilherme Filipe Santos Rodrigues,

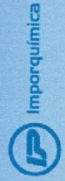
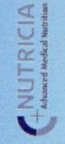
participou no **I Encontro de Enfermagem** / [redacted] que decorreu no dia **12** de maio de **2016**, na /
[redacted] na qualidade de palestrante com o Tema - "O Papel do Enfermeiro no Controlo
de Infecção nos Cuidados de Saúde - / [redacted] e o PPCIRA"

[redacted] **12** de maio de **2016**

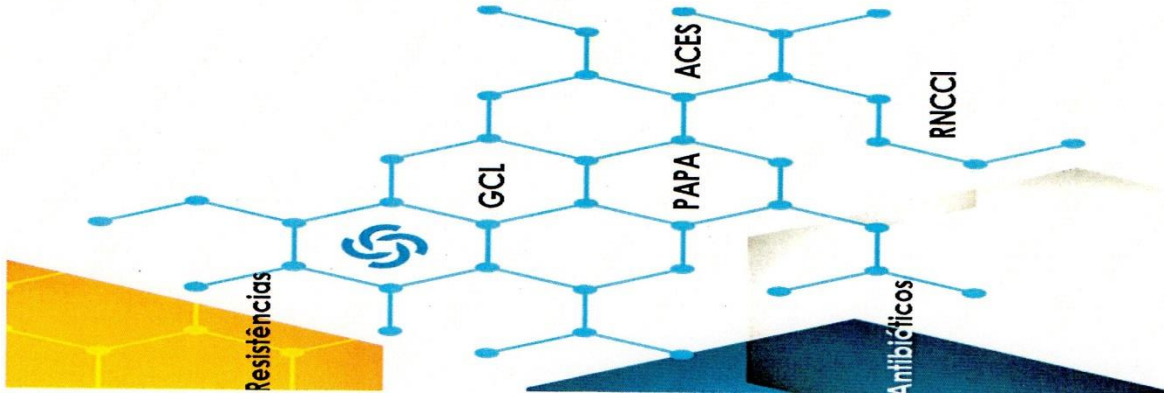
[redacted] _____
[Signature]

REFLETIR ENFERMAGEM

EM CUIDADOS CONTINUADOS



**ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS II JORNADAS
DO PPCIRA**



II Jornadas PPCIRA

17 e 18 de novembro de 2016

CERTIFICADO

Declara-se que Guilherme Filipe Soares Rodrigues participou nas II Jornadas do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que decorreram no Auditório Tomé Pires, INFARMED, nos dias 17 e 18 de Novembro de 2016.

[Signature]
A Direção do PPCIRA

**ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO
SOBRE PBCI**

■ Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Guilherme Filipe Rodrigues , natural de _____, nascido/a a
____/____/____, nacionalidade _____, portador do N.º _____, válido
até ____/____/____, participou no Curso de Formação Profissional Prevenção e controlo de
infecção em residências para idosos que decorreu em 22/11/2016 na/a Hospital
_____ com a duração total de 4 horas.

Lisboa, 22 de Novembro de 2016

(Assinatura e selo branco do Centro de Saúde de formadora)

Certificado n.º 12256/2016

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010