

COLEÇÃO

GUIDELINES

**DE APOIO À AUDITORIA EM
PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO**

MICROCREDENCIAL

EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO



SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR
POLITÉCNICO SETÚBAL



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

GUIDELINES DE APOIO À AUDITORIA EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

MICROCREDENCIAL EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

PROGRAMA IMPULSO ADULTOS -CONTRATO-PROGRAMA DE FINANCIAMENTO /
PRR para 2021-2026

© **Propriedade e Autoria**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

Estefanilha • 2910-761 Setúbal

Edição: 1ª Edição

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal


Departamento de Ciências Biomédicas

Coordenação de Edição¹: Marta Morgado^a, Natércia Caramujo^b e Helena Caria^c

ISBN: 978-989-35809-3-6

Janeiro - 2025

^{1a} Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente Assistente Convidada ESS-IPS; Enfermeira UCI Hospital de Cascais, ^b Enfermeira Gestora, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeira Gestora na UL-PPCIRA e Consultas Externas da ULS Alentejo Central, ^c Prof^a Coordenadora com Agregação ESS/IPS; Coordenadora do Departamento de Ciências Biomédicas e da Vida na ESS/IPS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

MICROCREDENCIAL EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

As informações publicadas neste *e-book* são propriedade do Instituto Politécnico de Setúbal, pelo que é proibida a reprodução parcial ou total, sob qualquer forma, sem prévia autorização escrita.

A responsabilidade pelo conteúdo das grelhas de auditoria é única e exclusiva dos/as autores/as.

ÍNDICE

.

1.

PREFÁCIO	6
-----------------	---

2.

NOTA INTRODUTÓRIA	7
--------------------------	---

3.

GRELHAS DE AUDITORIA	8
-----------------------------	---

3.1. Auditoria à Norma de Procedimento Geral: Colheita de sangue venoso periférico para Hemocultura	8
---	---

3.2. Auditoria à Higienização da Mala de Visitação Domiciliária	10
---	----

3.3. Auditoria ao cumprimento das PBCI - Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	15
---	----

3.4. Auditoria à Limpeza e Desinfecção da Unidade do doente internado, após alta/transferência	17
--	----

3.5. Auditoria à Triagem de Resíduos Hospitalares	18
---	----

3.6. Auditoria ao planeamento e Alta de Enfermagem	20
--	----

4.

CONCLUSÃO	22
------------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
-----------------------------------	----

APÊNDICES

Apêndice I – Grelha de Auditoria à colheita de sangue venoso periférico para Hemocultura

Apêndice II – Grelha de Auditoria à Higienização da Mala de Visitação Domiciliária

Apêndice III – Grelha de Auditoria ao Cumprimento da PBCI: Práticas Seguras na Preparação e Administração de Injetáveis

Apêndice IV – Grelha de Auditoria ao Procedimento “Limpeza e Desinfecção da Unidade do doente internado, após alta/transferência

Apêndice V – Grelha de Auditoria à triagem de resíduos hospitalares

Apêndice VI – Grelha de Auditoria ao Planeamento e Alta de Enfermagem

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEC – Clinical Excellence Commission

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

HC – Hemocultura

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MRSA – *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

MVD – Mala de Visitação Domiciliária

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções básicas de controlo de infeção

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

RH – Resíduos hospitalares

SABA – Solução antisséptica de base alcoólica

VD – Visitação Domiciliária

1.PREFÁCIO

No âmbito do Programa Impulso Adultos-contrato-programa de financiamento/PRR (Plano de Recuperação e Resiliência) para 2021-2026, o Departamento de Ciências Biomédicas e da Vida (DCBM), em colaboração com o Departamento de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde, apresentou a proposta de implementação de um **Curso Microcredencial em Prevenção e Controlo de Infeção**, a qual foi implementada em 22-23 e 23-24. Os conteúdos deste curso são também parcialmente abordados na Unidade Curricular de Microbiologia da Licenciatura em Enfermagem, em todos os anos letivos.

A necessidade de formação contínua no controlo de infeção é reconhecida em todas as instituições de saúde, sendo os desafios atuais marcados pela emergência de novos agentes infecciosos. Aliado a isto, o aumento de infeções associados às resistências a antimicrobianos culmina na dificuldade de tratamento de diferentes situações, evidenciando a necessidade de processos de prevenção da infeção, em termos gerais.

O curso foi estruturado em módulos autónomos com temas distintos, sendo que o módulo 4 foi subordinado às “Auditorias em Prevenção e Controlo de Infeção”. Esta formação decorreu em 5 semanas, e contou com profissionais de diversas áreas - enfermagem, saúde ambiental, diagnóstico e terapêutica e terapia ocupacional, entre os 23 formandos. Da avaliação do curso resultou um conjunto de materiais originais, em formato de grelhas de auditoria, que se publicam no presente *e-book* visando a sua disponibilização a todas as pessoas interessadas em auditoria na área da saúde.

Com este livro, em formato *ebook*, pretendemos dar visibilidade dos trabalhos desenvolvidos pelos formandos em contextos reais da prática clínica, a toda a comunidade educativa, mas também disponibilizar grelhas de avaliação (checklists) originais com aplicação nos contextos que possam facilitar os princípios do controlo de infeção e a sua auditoria.

Assim, este *ebook* é um manual técnico-científico que compila um conjunto de *checklists* com aplicação direta em auditoria no âmbito do Controlo de Infeção.

Desejamos uma boa leitura e utilização em contexto!

Natércia Caramujo, Marta Morgado e Helena Caria



2. NOTA INTRODUTÓRIA

O processo de prestação dos cuidados de saúde pode implicar a transmissão de infeções denominadas por infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS). A Direção Geral da Saúde (DGS) definiu-as como sendo uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou outra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Esta definição inclui as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como as infeções ditas ocupacionais (DGS, 2007). Representam o mais frequente efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde, a par das reações medicamentosas e complicações cirúrgicas (Haque et al., 2018).

No sentido de prevenir as IACS, há que estabelecer auditorias a procedimentos em várias áreas, nos contextos de prestação de cuidados e que servem de garantia à prestação de cuidados seguros baseados na melhor evidência científica disponível.

A auditoria é o “processo sistemático, independente e documentado para obter evidência objetiva e respetiva avaliação objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são cumpridos” (DGS, 2022). Consiste num processo de melhoria da qualidade que procura melhorar a prestação de cuidados de saúde e os seus resultados, através da revisão sistemática dos mesmos relativamente a critérios explícitos, e da implementação das alterações necessárias para obter a conformidade. Tendo como base o documento “Preparação e condução de auditorias da Qualidade e Segurança da prestação de cuidados de saúde” (DGS, 2022), foi proposta a cada grupo de estudantes, a criação de uma grelha de auditoria adequada ao seu contexto laboral.

De seguida, apresentam-se as seis grelhas subordinadas aos temas: colheita de sangue venoso periférico para hemocultura; higienização da mala de visitação domiciliária; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; limpeza e desinfeção da unidade do doente após alta/transferência; triagem de resíduos hospitalares e planeamento e alta de enfermagem.

Estas grelhas estão escritas em formato de *checklists* de forma a poderem facilitar os procedimentos numa ótica da prevenção e controlo de infeções, e simultaneamente disponibilizar materiais para auditoria nestes procedimentos.



3. GRELHAS DE AUDITORIA

3.1. Auditoria à Norma de Procedimento Geral: Colheita de sangue venoso periférico para Hemocultura

Autores/as: Gabriel Lúcio¹; Sara Costa²; Susana Duarte³; Tânia Mendes⁴

¹Estudante ESS/IPS; Enfermeiro, Unidade de exames especiais e unidade de endoscopia digestiva, Hospital Garcia de Orta

²Estudante ESS/IPS; Enfermeira, BO II, Hospital de Egas Moniz

³Estudante ESS/IPS; Enfermeira, UL- PPCIRA ULSAS; Docente Assistente Convidada Departamento de Enfermagem, ESS/IPS

⁴Estudante ESS/IPS; Enfermeira responsável Serviço Local Saúde Mental, ULSLA

Introdução

Um dos procedimentos a que os doentes poderão ser submetidos em algum momento do seu internamento é a colheita de sangue periférico para análise microbiológica.

As Hemoculturas (HC) “permitem a deteção de bactérias e/ou fungos no sangue e orientam a seleção adequada de agentes antimicrobianos. A precisão dos resultados das HC depende do volume de sangue correto para otimizar a identificação dos microrganismos e da minimização do risco de contaminação”. São recomendadas para adultos em qualquer um dos seguintes casos: "suspeita de sepsis; Pneumonia grave; Confusão recente/mudança de comportamento ou delírio; Febre (ou histórico de febre) e imunocomprometimento (incluindo neutropenia); Febre ou evidência de infeção com dispositivo de acesso vascular ou cirurgia recente; Febre e viagem recente ao exterior” (Clinical Excellence Commission – CEC, 2021, p.1).

As HC são consideradas o *gold standard* para a deteção de agentes patogénicos microbianos relacionados à bacteriemia e sepsis, e implicam algumas medidas que devem ser mantidas em todos os procedimentos (CEC, 2021):

- Um volume adequado de sangue é necessário para a cultura de bactérias e fungos.
- Utilizar sempre técnica asséptica - a técnica correta pode ajudar a reduzir o risco de contaminação cruzada e resultados falsos positivos nos testes.
- Garantir que a higiene das mãos é realizada de acordo com os 5 Momentos para a Higiene das Mãos previstos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).



Objetivos:

- Uniformizar a técnica de colheita de sangue para HC nos serviços, no que respeita ao número e volume da amostra, intervalo entre colheitas, local da punção, normas de assepsia e transporte até o laboratório.
- Evidenciar as vantagens de uma correta colheita para a obtenção de um resultado clinicamente válido, reduzindo o número de resultados falsos positivos gerados pela contaminação da amostra.

Sequência do Procedimento:

Nota: Esta orientação é escrita de acordo com o manual de colheitas do Serviço dos formandos à luz da evidência científica mais atual à data (CEC, 2021 e UpToDate, 2023), e poderá ser aplicada a outros locais. É destinada apenas a doentes adultos/as (mais de 18 anos).

A grelha de auditoria, onde consta a sequência do procedimento, encontra-se no apêndice I.

Referências Bibliográficas

- Cheng, M., Stenstrom, R. , Paquette, K, et al. (2019). Blood Culture Results Before and After Antimicrobial Administration in Patients with Severe Manifestations of Sepsis: A Diagnostic Study. *Ann Intern Med*, 171(8), 557-554.
- Clinical Excellence Commission (2021). Adult Blood Culture Guidance - Version 2.0. [Em linha] Clinical Excellence Commission. [Consult. Jun. 2023]. Disponível na internet:
https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/259412/Adult-Blood-Culture-Guidance.PDF
- Clinical Excellence Commission (2021). Healthcare Associated Infection (HAI) Clinical Indicator Manual - Version 3.3. [Em linha] Clinical Excellence Commission. [Consult. Jun. 2023]. Disponível na internet:
https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/258372/HAI-Clinical-indicator-manual.pdf
- Doern, G. (2023). Detection of bacteremia: Blood cultures and other diagnostic tests. [Em linha] UpToDate. [Consult. Jun. 2023]. Disponível na internet:
<https://www.uptodate.com/contents/detection-of-bacteremia-blood->



cultures-and-other-diagnostic-tests?csi=5959c493-3675-42cb-940d-be8a6f0bdbe0&source=contentShare.

- Fabre, V., Sharara, S., Salinas, A. et al. (2020). Does This Patient Need Blood Cultures? A Scoping Review of Indications for Blood Cultures in Adult Nonneutropenic Inpatients. Clin Infect Dis; 71(5), 1339-1347.

3.2. Auditoria à Higienização da Mala de Visitação Domiciliária

Autoras: Filomena Vitorino¹, Madalena Marques², Matilde Guerreiro³, Patrícia Santos⁴

¹Estudante ESS/IPS; Técnica de saúde ambiental, USP – ULS Lezíria

²Estudante ESS/IPS; Enfermeira, Serviço Enfermagem de Isolamento, Hospital Garcia de Orta

³Estudante ESS/IPS; Enfermeira, Equipa apoio a Gestão SUG, HSB ULSA

⁴Estudante ESS/IPS; Enfermeira, UL- PPCIRA, Hospital Particular do Algarve

Introdução

A Visitação Domiciliária (VD) é a realização de cuidados de saúde no domicílio do utente, podendo ser realizada por diferentes profissionais de saúde: médicos/as, enfermeiros/as, terapeutas, entre outros.

Para a prestação de cuidados de saúde é necessário transportar para o domicílio do utente o material clínico e dispositivos médicos, sendo estes alocados e transportados numa mala, designada neste procedimento como mala de visitação domiciliária (MVD).

A MVD é transportada nas viaturas de serviço e utilizada em diversos contextos domiciliários, com os constrangimentos de higienização da mesma associados a esta realidade.

Num estudo conduzido por Bakunas-Kennely & Madigan (2009), que abrangeu 126 malas de quatro instituições diferentes, foram encontrados microrganismos com potencial de infeção humana no exterior de 83,6 por cento das malas e no interior de 48,4 por cento, o que mostra o potencial de transmissão de infeções associado às MVD.

Objetivo:

- Definir o procedimento para a correta higienização das MVD, de forma a diminuir o risco potencial de infeção cruzada para os/as utentes e profissionais de saúde que prestam cuidados em contexto domiciliário.



Sequência do procedimento:

- **Seleção do tipo de Mala**
 - Na aquisição de novas MVD, devem ser escolhidos materiais resistentes, laváveis e não porosos;
 - Sempre que a MVD se encontrar danificada ou com aspeto desgastado, a mesma deverá ser substituída.

- **Periodicidade de higienização**
 - A higienização regular das MVD é importante para reduzir a sua carga microbiana e prevenir a sua transmissão aos/às utentes e profissionais;
 - A higienização das MVD deve ser efetuada com a seguinte periodicidade mínima:
 - Exterior – uma vez por semana;
 - Interior – uma vez por mês;
 - Quando visivelmente suja;
 - Quando se saiba ter estado em ambientes com utentes positivos para microrganismos resistentes aos antimicrobianos, COVID-19, ou outros que sejam considerados pertinentes para a limpeza e desinfeção subsequentes.
 - Nos dias em que é realizada a higienização, deverão ser verificados os materiais e dispositivos médicos, quer relativamente à sua conservação, quer relativamente à sua validade;
 - Caso se verifique que a MVD se encontra danificada, deverá ser incentivada a substituição da mesma.

- **Procedimento de Higienização**
 - A higienização deverá ocorrer numa superfície estável, lisa e lavável, com dimensão suficiente para colocar a mala e o seu conteúdo;
 - Limpe e desinfete a superfície (sempre de acordo com as instruções do fabricante): limpeza com água e detergente, desinfeção com álcool a 70% ou p.e., solução de Dicloroisocianurato de sódio a 0,1% (se o fabricante recomendar este desinfetante);
 - Deixe o desinfetante atuar durante o tempo recomendado (segundo recomendações do fabricante);
 - Coloque a MVD sobre a superfície limpa e desinfetada;



- Remova o conteúdo da MVD e coloque o mesmo sobre a superfície limpa e desinfetada;
 - Vire a MVD vazia e abane suavemente a mesma, de modo a soltar eventuais impurezas do interior (sobre um contentor de resíduos do grupo II, mas sem que toque no mesmo);
 - Inspeccione o interior da MVD, de modo a detetar rasgos ou sinais de desgaste que possam comprometer a qualidade da mesma;
 - Caso o material da MVD permita a sua lavagem na máquina de lavar, encaminhe a mesma para o serviço de lavandaria;
 - Em caso negativo, limpe o exterior da MVD com um pano embebido em água e detergente;
 - Deixe secar completamente a MVD até ao passo seguinte;
 - Desinfete o **exterior da MVD** com álcool a 70% ou p.e., solução de Dicloroisocianurato de sódio a 0,1% (se o fabricante recomendar este desinfetante);
 - Deixe o desinfetante atuar durante o tempo recomendado (segundo recomendações do fabricante);
 - Desinfete o **interior da MVD** com álcool a 70% ou p.e., solução de Dicloroisocianurato de sódio a 0,1% (se o fabricante recomendar este desinfetante);
 - Deixe o desinfetante atuar durante o tempo recomendado (segundo recomendações do fabricante)
 - Limpe e desinfete os dispositivos médicos reutilizáveis (esfigmomanómetro, termómetro, etc.) e equipamentos eletrónicos, quando existentes (telemóvel, tablet), de acordo com os procedimentos em vigor;
 - Verifique a data de validade dos medicamentos, descarte os que se encontrem fora do prazo e promova a substituição dos que se encontram em falta;
 - Desinfete as mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA);
 - Coloque os materiais e dispositivos médicos na MVD e feche a mesma.
- **Procedimentos para diminuir a contaminação das MV**
 - No domicílio do utente, coloque a MVD sobre uma superfície estável e visivelmente limpa. Se necessário, poderá ser utilizado um resguardo ou outro material para colocar por baixo da MVD (este deverá ser maior do que a MVD e permitir acomodar as alças que possam tocar o chão);



- Mantenha a MVD fechada até ser necessário retirar os materiais da mesma;
 - Organize previamente os materiais que vai utilizar em cada VD (por exemplo, colocando os mesmos no interior de um saco, que poderá ser utilizado para a recolha dos resíduos do grupo III);
 - Higienize as mãos antes de abrir a MVD;
 - Retire os materiais necessários e encerre de imediato a MVD. Mantenha a MVD fechada durante toda a VD;
 - Coloque os materiais sobre uma superfície visivelmente limpa ou utilize uma barreira para esse efeito (ex. campo cirúrgico);
 - Não toque na MVD sem antes retirar as luvas e higienizar as mãos com água e sabão ou SABA;
 - No final do procedimento:
 - Retire as luvas e higienize as mãos com água e sabão ou SABA;
 - Desinfete, com álcool a 70% ou toalhetas desinfetantes, os dispositivos médicos reutilizáveis (esfigmomanómetro, oxímetros, etc.) ou outros materiais que tenham estado em contacto com o ambiente do utente (canetas, telemóveis, etc.) antes de os colocar na MVD;
 - O material contaminado não deverá ser colocado no interior da MVD;
 - Os resíduos hospitalares do Grupo III devem ser colocados em saco branco (ou de letras brancas com identificação de resíduos hospitalares – risco biológico), fora da MVD;
 - Os dispositivos médicos passíveis de reprocessamento (pinças, bisturi, etc.) devem ser colocados em saco transparente e transportados fora da MVD;
 - Remova os equipamentos de proteção individual e higienize as mãos.
- **Recomendações gerais para organizar a MVD**
 - A MVD só deve transportar itens limpos;
 - Os materiais destinados à higienização das mãos, tal como a SABA, devem ser colocados nos compartimentos exteriores;
 - Deverá reservar-se um compartimento para a colocação dos dispositivos médicos reutilizáveis (esfigmomanómetro, termómetro, etc.), independente do compartimento onde são colocados os materiais a utilizar em cada VD.
 - **Recomendações para a colocação da MVD nos veículos de transporte**
 - Coloque os materiais em locais visivelmente limpos;



- Os materiais termolábeis devem ser transportados em local climatizado e não na bagageira. Em dias de muito calor, poderão ser utilizadas malas térmicas;
- Coloque a MVD em local limpo, separado do local de transporte dos materiais contaminados. Sugere-se a organização do veículo em zona de sujos/limpos:
 - Limpos: MVD, material extra (equipamentos de proteção individual, sacos limpos, kits e outro material de consumo clínico e dispositivos médicos);
 - Sujos: Contentores de resíduos do grupo III e IV – dispositivos médicos reprocessáveis contaminados.
- **Critérios para não levar a MVD para o domicílio do utente**
 - A MVD não deverá entrar no domicílio do utente nos seguintes casos:
 - Utente colonizado com MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), *C. difficile* ou outro microrganismo resistente aos antimicrobianos (MRA);
 - Utentes em que estejam implementadas precauções baseadas nas vias de transmissão (por outros motivos além dos anteriormente referidos);
 - Domicílio com infestações conhecidas (pulgas, baratas, percevejos, utente com escabiose, entre outros);
 - Domicílio que não reúne as condições mínimas de higiene e salubridade (visivelmente sujo, presença de excesso de animais domésticos, etc.);
 - Situações em que o profissional de saúde considere que a MVD possa vir a ser contaminada;
 - Nas situações acima sugere-se:
 - Utilização exclusiva de materiais descartáveis;
 - Em utentes com tratamentos continuados, deixar no domicílio do utente o material necessário para os tratamentos posteriores;
 - Levar o material para o domicílio em sacos plásticos, que poderão inclusive ser utilizados para depositar os resíduos do grupo III que sejam gerados.
 - A grelha de auditoria, onde consta a sequência do procedimento detalhada, encontra-se no apêndice II.



Referências Bibliográficas

- Bakunas-Kennely, I., & Madigan, E. (2009). Infection prevention and control in home health care: The nurse's bag. *American Journal of Infection Control*. 37(8), 687-688.
- Bayada Home Health Care. (2018). 3 Essential tips for your Nursing Bag Technique. [Em linha] Bayada. [Consult. Jun. 2023]. Disponível na internet: <https://blog.bayada.com/work-life/3-essential-tips-for-your-nursing-bag-technique>
- McGoldrick, M. (2014). Bag Technique: Preventing and controlling infections in home care and hospice. *Home HealthCare Nurse*, 32 (1), 39-45.

3.3. Auditoria ao cumprimento das PBCI - Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Autoras: Maria João Gervásio¹, Marina Lopes², Marta Pereira³, Tânia Faria⁴

¹ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, USF Águas Livres

² Estudante ESS/IPS; Técnica Superior Diagnóstico e terapêutica, USP da Arrábida (Sesimbra)

³ Estudante ESS/IPS; Enfermeira Gestora, Serviço de Obstetria/BP/Ginecologia/DPN/ Consultas, ULS Médio Ave

⁴ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, UCC Évora

Introdução

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) são um conjunto de medidas simples e que são aplicadas em todas as situações de contacto com o doente ou com o ambiente próximo deste, independentemente do estado infeccioso do mesmo (conhecido ou não). O cumprimento das PBCI garante a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, devendo ser adotadas por todos (DGS, 2013). Um dos dez itens destas práticas consiste na "preparação e administração de injetáveis". A OMS menciona que o não cumprimento das práticas seguras e erros de medicação podem ocorrer em qualquer nível do processo do uso do medicamento, e são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo (OMS, 2016).

A administração de medicamentos consiste na aplicação de fármacos no organismo através de uma das várias vias possíveis, de acordo com a proposta



terapêutica. A preparação e administração de medicação injetável são dos atos clínicos realizados com maior frequência, e dos quais podem advir consequências mais nefastas para os utentes, com a ocorrência de eventos adversos associados (Sutherland et al., 2020). Revela-se, assim, primordial conhecer a prática clínica, de forma a identificar eventuais problemas passíveis de serem ultrapassados através da implementação de estratégias de melhoria.

A utilização segura do medicamento implica uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos e das profissionais e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas (Diário da República - DR, 2015).

Objetivo:

- Elencar as diferentes fases de preparação de medicação injetável e inconformidades na prática, de forma a prevenir a infeção cruzada.

Sequência do procedimento:

A grelha de auditoria, onde consta a sequência do procedimento, encontra-se no apêndice III.

Referências Bibliográficas

- Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série – N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015.
- DGS- Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) (circular normativa). [Em linha]. PNCI, 2013. [Consult. Jun. 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>
- OMS(2016). Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Genebra: World Health Organization. Em linha]. [Consult. Maio 2023]. Disponível na internet: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sutherland, A., Canobbio, M., Clarke, J., Randall, M., Skelland T., & Weston E. (2020). Incidence and prevalence of intravenous medication errors in the UK: a systematic review. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 27 (1), 3-8.



3.4. Auditoria à Limpeza e Desinfecção da Unidade do doente internado, após alta/transfêrencia

Autoras: Helena Pereira¹, Sofia Campos², Sónia Gonçalves³, Tânia Carmo⁴

¹ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, SU, Hospital de São Bernardo - ULSA

² Estudante ESS/IPS; Terapeuta ocupacional, UCCI Provedor Júlio Freire

³ Estudante ESS/IPS; Elemento de Gestão, SUG, ULSA

⁴ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, SU, ULSA

Introdução

As PBCI incluem também o “Controlo Ambiental”, baseado no princípio da prevenção da transmissão cruzada proveniente de potenciais fontes de infeção, nomeadamente do ambiente. De acordo com a norma nacional (DGS, 2013), há que assegurar que a área clínica é segura para a prática de cuidados (limpeza e manutenção ambiental). Deste modo, para minimizar o risco potencial de transmissão cruzada de microrganismos do equipamento e do ambiente é fundamental uma correta limpeza e ou desinfecção do equipamento e de todas as superfícies de contacto.

“O ambiente de prestação de cuidados deve: estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza; encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação e ser limpo regularmente de acordo com as especificações” (DGS, 2013, p.7). Pode considerar-se “ambiente/unidade do utente” como o espaço imediato à volta do utente que pode ser tocado pelo utente/família e profissionais de saúde durante a prestação de cuidados de saúde. Inclui equipamento e dispositivos médicos, mobiliário (cama, cadeirão e mesa de cabeceira), cortinas, campainhas, objetos pessoais e a casa de banho utilizada pelo doente.

Torna-se cada vez mais essencial a auditoria ao procedimento de higiene das unidades, numa era em que a rotatividade dos doentes nos serviços é elevada, e o tempo despendido na limpeza pelas equipas de profissionais da área é, muitas vezes, escasso e não adequado ao cumprimento das normas.

Objetivo:

- Promover a uniformização e correta limpeza das unidades do doente, de forma a prevenir e ou minimizar a contaminação ambiental e consequentemente as IACS.



Sequência do procedimento:

A grelha de auditoria, onde consta a sequência do procedimento, encontra-se no apêndice IV.

Referências Bibliográficas

- DGS- Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) (circular normativa). [Em linha]. PNCI, 2013. [Consult. Jun. 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>
- Direção Geral da Saúde- Departamento da Qualidade na Saúde (2022). Preparação e condução de auditorias da Qualidade e Segurança da prestação de cuidados de saúde [online]. [Consult. Abril 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- CDC e ICAN (2019). Boas Práticas de Limpeza Ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde: em Ambientes de Recursos Limitados. Atlanta: Departamento de Saúde e Serviços Humanos [online]. [Consult. Abril. 2023]. Disponível na internet: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html> e <http://www.icanetwork.co.za/icanguideline2019/~>
- Ferreira, A. Andrade, D., Rigotti, M., Almeida, M., Guerra, O. & Junior, A. (2015). Avaliação da desinfeção de superfícies hospitalares por diferentes métodos de monitoramento. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23(3), 466-74.

3.5. Auditoria à Triagem de Resíduos Hospitalares

Autoras: Ana Felgar¹, Erica Campos², Luísa Solinho³, Vera Ferreira⁴

¹ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, UCI, Hospital de Setúbal

² Estudante ESS/IPS; Técnica de saúde ambiental, USP ULS São José

³ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, Serviço Especialidades médicas, ULSA

⁴ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, SMI, ULSA

Introdução

Os resíduos hospitalares (RH) definem-se como “resíduos resultantes de atividades de prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou a animais, nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou investigação e



ensino, bem como de outras atividades envolvendo procedimentos invasivos, tais como acupuntura, piercings e tatuagens, e o resíduo resultante da tanatopraxia” (Diário da República (DR), 2020). Classificam-se em resíduos do Grupo I e II, III e IV (DR, 1996).

A gestão adequada dos resíduos hospitalares é importante para a proteção da saúde pública e do ambiente (Guerreiro, 2022). “A responsabilidade pela gestão dos resíduos, incluindo os correspondentes custos e segurança dos profissionais e utentes nas diferentes etapas, cabe ao produtor dos resíduos (entidade prestadora dos cuidados de saúde)” (DGS, 2022, p.1).

Objetivo:

- Definir o procedimento correto de triagem de resíduos nas instituições hospitalares.

Sequência do procedimento:

A grelha de auditoria, onde consta a sequência do procedimento, encontra-se no apêndice V.

Referências Bibliográficas

- Decreto-Lei n.º 102. Regime geral da gestão de resíduos, o regime jurídico da deposição de resíduos em aterro e altera o regime da gestão de fluxos específicos de resíduos. Diário da República, 1.ª Série – N.º 239 – 10 de dezembro de 2020.
- Despacho n.º 242/96. Normas de organização e gestão global dos resíduos hospitalares. Diário da República, 2.ª Série – N.º 187 – 13 de Agosto de 1996.
- Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, 2.ª Série – N.º 187 – 24 de setembro de 2021.
- DGS (2007). Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares em Centros de Saúde. Lisboa: DGS.
- DGS- Departamento da Qualidade na Saúde (2022). Preparação e condução de auditorias da Qualidade e Segurança da prestação de cuidados de saúde [online]. [Consult. Abril. 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.



- Direção Geral da Saúde- Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (2022). Acondicionamento e Transporte de Resíduos Hospitalares da Prestação de Cuidados de Saúde no Domicílio. [online]. [Consult. Abril. 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- Guerreiro, S. (2022). Conhecimentos e práticas na gestão de resíduos hospitalares em postos de colheitas de material biológico, enquanto fatores promotores da otimização dos processos e procedimentos de gestão. (Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Universidade do Algarve e Escola Superior de Saúde para obtenção de grau de Mestre em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde).

3.6. Auditoria ao planeamento e Alta de Enfermagem

Autores/as: Cristina Costa¹, Fernando Carreira², Marta Cruz³

¹ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, USF Querer Mais, ULSAR

² Estudante ESS/IPS; Enfermeiro, Hospital SAMS Lisboa

³ Estudante ESS/IPS; Enfermeira, Serviço Especialidades Médicas/UAVC, ULSA

Introdução

A qualidade da comunicação em saúde revela-se fundamental para a segurança do doente. Uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde revela-se muito importante principalmente no momento de transferência de responsabilidade da prestação dos cuidados, quer seja em mudanças de turno, transferências ou altas dos/as doentes, privilegiando a continuidade dos cuidados (DGS, 2017).

O momento da alta é um momento importante e de enorme relevância nos cuidados de Enfermagem, sendo que o enfermeiro tem uma relação privilegiada com o/a doente. Verifica-se a necessidade de realizar um planeamento de alta de Enfermagem estruturado, melhorando e incentivando a articulação com os Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde, evitando falhas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e



no tratamento adequado, potenciando, assim, incidentes com dano para o/a doente (DGS, 2017).

Objetivos:

- Auditar práticas referentes ao Planeamento e Alta de Enfermagem.
- Promover a segurança do/a doente através de um planeamento de alta estruturado.

Sequência do procedimento:

A grelha de auditoria, onde consta a sequência do procedimento, encontra-se no apêndice VI.

Referências Bibliográficas

- Direção Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição dos cuidados de Saúde. [online]. [Consult. Maio 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.



4. CONCLUSÃO

As auditorias em enfermagem garantem a qualidade dos cuidados através de uma avaliação sistemática para controlar os processos internos (Bitencourt et al., 2020).

A auditoria clínica é um processo de melhoria da qualidade fundamental para a gestão das organizações de saúde, permitindo o controlo e regulamentação da utilização dos serviços, bem como a correta alocação dos recursos (Serra et al., 2022). As equipas devem consciencializar-se do carácter educativo das auditorias, obtendo o maior proveito do processo, na medida em que todos os elementos reconhecerão as fragilidades identificadas e, unindo esforços, colocarão em prática as sugestões apresentadas.

Ao permitir a avaliação e revisão das práticas, processos, registos e resultados, a auditoria clínica procura verificar conformidades e as não conformidades na aplicação de normas de procedimentos institucionais, em diferentes áreas.

Devem ser encaradas como um processo de aprendizagem e de mudança nos cuidados de saúde, pois influenciam a **Qualidade e Segurança dos Doentes**, reduzindo gastos em saúde e elevando os **Padrões da Qualidade de Cuidados**.

Foram apresentadas neste *e-book* sugestões de medidas para determinados procedimentos que poderão servir de base para a implementação nos serviços onde os/as leitores/as exercem funções, numa dinâmica de melhoria da qualidade dos cuidados tendo como suporte recomendações nacionais e internacionais.

Este trabalho poderá contribuir para a mudança das práticas de cuidados, com foco na segurança dos/as utentes, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem nas unidades de saúde hospitalares e da rede de CSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bitencourt, J., Pinheiro, L., Percisi, A., Parker, A., Teixeira, A. & Bertocello, K. (2020). Auditoria: uma tecnologia de gestão para qualificação do processo de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-10.
- Direção Geral da Saúde- Departamento da Qualidade na Saúde (2022). Preparação e condução de auditorias da Qualidade e Segurança da prestação de cuidados de saúde [online]. [Consult. Novembro 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- Haque, M., Sartelli, M. , McKimm, J. & Bakar, M. (2018). Health care-associated infections – an overview. *Infection and Drug Resistance*, 11, 2321-2333.
- Serra, D., Costa, I., Godinho, S., Henriques, M. & Gouveia, M. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 317-337.



APÊNDICES



Apêndice I – Grelha de Auditoria à colheita de sangue venoso periférico para Hemocultura

Local:

Data da avaliação:

Responsável(eis) pelo preenchimento:

	C	N	NA	Observações
1. Informar o/a doente sobre o procedimento a realizar, explicar o objetivo e obter o consentimento informado de forma verbal				
2. Realizar a higiene das mãos				
3. Verificar a requisição de colheita de hemocultura, garantir a identificação inequívoca do doente e antecedentes de alergia à clorohexidina				
4. Realizar a higiene das mãos e preparar o seguinte equipamento numa mesa de procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> ● Solução desinfetante de base alcoólica; ● Frascos de hemocultura (verificar a data de validade de cada frasco) 				

<p>NOTA: Cada conjunto de dois frascos é um "set". Habitualmente são colhidas amostras para anaeróbios e aeróbios (nesta sequência). A não ser que seja realizada prescrição apenas para colheita para aeróbios.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Máscara facial, luvas e compressas esterilizadas, garrote e penso simples ● Solução alcoólica de iodo (de preferência em «spray»), ou solução alcoólica de clorhexidina a 2% 			
<p>5. Ao realizar a colheita de sangue para cultura, deve-se ter cuidado para evitar a contaminação com a flora normal da pele (Nota: o uso de clorexidina alcoólica foi associado a menor taxa de contaminação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Seringa de 10mL e agulha endovenosa ou sistema de colheita em circuito fechado ● Contentor de cortantes e perfurantes 			
<p>6. Rotular cada frasco com a etiqueta de identificação do doente, data/hora da colheita de sangue e do local de punção utilizado para cada frasco; não cobrir os códigos de barras nem a parte inferior do frasco</p>			

7. Realizar a higiene das mãos				
8. Remover a tampa de cada frasco de hemocultura e desinfetar com álcool isopropílico a 70 ^o , e permitir que seque completamente.				
9. Posicionar o doente adequadamente, aplicar um garrote e identificar o local ideal de punção. Os locais de eleição para punção venosa incluem as veias antecubitais ou outras veias dos membros superiores				
10. Desinfetar o local de punção com solução alcoólica de iodo (de preferência em «spray»), ou solução alcoólica de clorhexidina a 2% com movimentos circulares de fricção (sempre com compressas esterilizadas). Utilizar uma nova compressa para cada desinfeção. Realizar 2-3 desinfeções, num total de 1-2 minutos, permitindo a secagem completa do local				
11. Realizar a higiene das mãos				
12. Colocar luvas e usar técnica asséptica “no touch” (ANTT) Realizar a punção venosa e a colheita de sangue em quantidade adequada. Nota: Colher sequencialmente e em locais anatomicamente diferentes 2 a 3 sets de hemoculturas, preferencialmente no acesso febril e NÃO no pico febril - ou seja, o momento ideal é imediatamente antes do início da febre. No entanto, como não é				

<p>possível prever isso, é prática comum realizar a colheita de sangue quando a febre é detetada.</p> <p>Nota: As hemoculturas devem ser obtidas antes do início da terapia antimicrobiana, pois poderão haver resultados falso-negativos.</p>				
<p>13. Retirar o garrote, remover a seringa e agulha (ou sistema de colheita em circuito fechado), realizar pressão no local de punção com uma compressa (se possível, pedir ao doente para assumir a aplicação da pressão)</p>				
<p>14. Preencher cada frasco com 10 mL de sangue (se for obtido ≤ 10 mL de sangue, o frasco anaeróbico <u>não deve ser</u> inoculado)</p>				
<p>15. Repetir os passos 8-13 para colher o segundo frasco de hemocultura de um local periférico venoso diferente</p>				
<p>16. Descartar objetos cortantes e perfurantes, recolher os resíduos e eliminá-los segundo a norma de procedimento em vigor na instituição</p>				
<p>17. Remover as luvas e realizar a higiene das mãos</p>				
<p>18. Providenciar o envio ao laboratório com a requisição (no caso de existência de requisição em suporte de papel). Retirar a parte destacável do frasco de hemocultura, colando-a na requisição de microbiologia que acompanha esse</p>				

produto. Transportar os frascos em temperatura ambiente (NOTA: nunca refrigerar).				
19. Registrar no processo clínico o número de hemoculturas realizadas, a hora e os locais de punção.				
20. Realizar a higiene das mãos e alertar o doente que os resultados podem não estar disponíveis em 48 horas.				

Apêndice II - Grelha de Auditoria à Higienização da Mala de Visitação Domiciliária

Auditado	
Nome:	Categoria Profissional:
Contacto:	E-mail:
Unidade de Saúde/Serviço:	

Auditores:	
Auditor 1:	
Auditor 2:	
Data:	

Secção I - Preparação do procedimento				
	SIM	NÃO	N/A	OBS.
	0	0	0	
1. A superfície onde vai ser feita a higienização da mala é passível de ser desinfetada? (superfície lisa, não porosa)				
2. A superfície encontra-se limpa?				
3. Na desinfeção da superfície:				
3.1. Foi utilizado o desinfetante recomendado pelo fabricante da mala (álcool a 70% ou Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%)?				
3.2. Foi cumprido o tempo de contacto necessário segundo recomendações do fabricante (álcool até secar, solução de Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%: 15m)?				
4. A mala foi colocada na superfície após esta estar limpa e desinfetada?				
5. A mala foi completamente esvaziada e os itens nela constantes foram colocados sobre a superfície limpa e desinfetada?				
6. A mala, já vazia, foi virada ao contrário (sobre um contentor de resíduos grupo II) e abanada, de modo a soltar as impurezas que nela possam ter ficado presos?				
7. Foi feita a inspeção visual, de modo a detetar eventuais rasgos ou outros sinais de desgaste?				
8. A mala é passível de ser lavada na máquina?				
8.1. Se respondeu sim, foi encaminhada para os serviços de lavandaria? (auditar a secção II após lavagem da mesma)				
9. Se a mala não permite a lavagem à máquina, o interior e exterior foi limpo com pano embebido em água e detergente?				

Secção II - Limpeza e desinfeção				
	SIM	NÃO	N/A	OBS.
	0	0	0	
10. Após a lavagem (manual ou à máquina) ficou completamente seca antes de iniciar o passo seguinte?				
11. O interior da mala foi desinfectado com uma compressa embebida em álcool a 70% ou ou Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%?				
11.1. Foi utilizado o desinfectante recomendado (exs. álcool a 70% ou Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%)?				
11.2. Foi cumprido o tempo de contacto necessário recomendado (exs. álcool até secar, solução de Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%: 15m)?				
12. O exterior da mala foi desinfectado com uma compressa embebida em álcool ou solução desinfectante recomendada pelo fabricante?				
12.1. Foi utilizado o desinfectante recomendado (exs. álcool a 70% ou Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%)?				
12.2. Foi cumprido o tempo de contacto necessário (exs. álcool até secar, solução de Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%: 15m)?				

Secção III - Materiais e equipamentos transportados na mala				
	SIM	NÃO	N/A	OBS
	0	0	0	
13. Os dispositivos médicos reutilizáveis (esfigmomanómetro, termómetro, etc.) foram limpos? (limpeza com compressa embebida em água e detergente, sempre que se apresentem visivelmente sujos)				
14. Os dispositivos médicos reutilizáveis (esfigmomanómetro, termómetro, etc.) foram desinfectados? (compressa embebida em álcool a 70% ou Dicloroisocianurato de sódio a 0,1%)				

15. Foram verificadas as validades dos medicamentos existentes na mala?				
16. Os medicamentos fora de validade foram substituídos?				
17. Antes da colocação dos materiais na mala, as mãos do profissional foram desinfetadas com SABA?				
18. A mala foi fechada após a colocação dos materiais no seu interior?				

Apêndice III – Grelha de Auditoria ao Cumprimento da PBCI: Práticas Seguras na Preparação e Administração de Injetáveis

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

Data ___/___/____ Unidade de Saúde _____ Sala de Vacinação/Tratamentos
(riscar o que não interessa)

Auditor(es) _____

	CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	OBSERVAÇÕES
1. Zona de Preparação da Medicação Injetável					
1.1	A medicação é preparada numa área limpa, onde é improvável contaminação ou contacto com sangue, fluidos corporais ou equipamento contaminado				

1.2	A área de preparação de medicação injetável encontra-se livre, sem acumulação de produtos e equipamentos, para ser facilmente limpa				
1.3	É feita desinfecção prévia da superfície utilizada na preparação de medicação injetável, sempre que houver contaminação visível				
1.4	Existem barreiras físicas (protetores contra salpicos) entre lavatórios e áreas adjacentes de preparação e armazenamento de medicação ou material limpo				
1.5	Os lavatórios estão a mais de 1m de distância da área de preparação e armazenamento de medicação/material limpo				
2. Preparação da Medicação Injetável					
2.1	É realizada adequada higiene das mãos, através de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) ou água e sabão, antes da preparação de medicação				
2.2	A medicação injetável é preparada usando técnica asséptica				
2.3	A parte exterior da tampa de borracha do frasco para injetáveis é desinfetada com álcool antes da sua perfuração.				
2.4	É usada uma compressa limpa (barreira) para proteger os dedos do/da profissional de saúde quando se quebra o topo de uma ampola de vidro				
2.5	São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excepcionais, bem documentados				
2.6	Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a medicação injetável estão estéreis				

2.7	O material utilizado na preparação de medicação injetável é manipulado com segurança (não existe risco de contaminação ou quebra dos princípios de assepsia)				
2.8	Na reconstituição e/ou diluição dos medicamentos injetáveis são usados solventes de dose única (ou seja, não são usados sacos/frascos de solução injetável, como soro fisiológico ou água destilada, como fonte comum de fornecimento para mais do que um doente)				
2.9	Os frascos de medicação são perfurados com uma nova agulha e seringa, mesmo quando se pretende obter doses adicionais para o mesmo doente ou em caso de embalagens de doses múltiplas				
2.10	Os frascos/sacos de medicação ou solução injetável não são acedidos por uma seringa ou agulha usadas				
2.11	Frascos de medicação de dose múltipla são datados pelo profissional de saúde aquando da sua abertura				
2.12	Após abertura dos frascos de medicação de dose múltipla, é respeitado o prazo de conservação definido pelo fabricante (nota: diferente do prazo de validade impresso no frasco)				
2.13	Frascos de medicação de dose múltipla usados em mais do que um doente, são conservados na zona reservada à preparação e armazenamento de medicamentos, não entrando na área destinada ao tratamento do doente				
3. Administração de Medicação Injetável					
3.1	É realizada a adequada higiene das mãos, através de SABA ou água e sabão, antes da administração de medicação				
3.2	A medicação injetável é administrada por quem a preparou				
3.3	Não é usada a mesma agulha em mais do que um doente				

3.4	Não é usada a mesma seringa em mais do que um doente, mesmo que agulha ou cânula tenham sido mudadas (incluindo seringas, canetas ou cartuchos pré-cheios, como suspensão injetável de insulina)				
3.5	Frascos, ampolas ou sacos de medicação ou solução injetável, de uso único ou dose única, não são usados em mais do que um doente				
3.6	Sistemas, torneiras ou outro material usado para administração de medicação injetável não são usados em mais do que um doente				
3.7	São utilizadas luvas não esterilizadas de uso único no caso de administração de medicação injetável endovenosa				
3.8	É realizada adequada higiene das mãos, através de SABA ou água e sabão, após retirar luvas e/ou contacto com doente (respeitar “5 momentos”)				
4. Eliminação de Resíduos Hospitalares					
4.1	Frasco de medicação injetável, de dose única ou uso único, acedido ou aberto, é descartado imediatamente após utilização				
4.2	Material usado para administração de medicação injetável é eliminado imediatamente após utilização				
4.3	Material corto-perfurante usado é imediatamente eliminado, no local de utilização, num contentor de corto-perfurantes grupo IV				
4.4	É feita triagem e deposição seletiva adequada dos resíduos hospitalares				

$$IQ = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{-----}\%$$

Cada questão (critério) tem três hipóteses de resposta:

- Sim
- Não
- Não se Aplica (N/A)

A resposta "Sim" explicita que o critério avaliado está em conformidade e tem uma avaliação (score) de 1 ponto;

A resposta "Não" indica que o critério avaliado não está em conformidade e tem uma avaliação (score) de 0 pontos;

Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de questões avaliadas;

Divide-se o número de respostas "Sim" pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido.

Apêndice IV -Grelha de Auditoria ao Procedimento Limpeza e Desinfecção da Unidade do doente internado, após alta/transferência

Data Auditoria		Legenda: s = Sim (Conforme) n = Não (Não Conforme) na = Não Aplicável	TOTAIS				% de Conforme	% de Não Conforme	% de N.A.
Serviço			Nº Processos/ Observações	Conforme	Não Conforme	N. A.			
Auditor									
Após a alta/transferência									
1	Tem conhecimento do procedimento para limpeza e desinfecção da unidade do doente internado na UIICD?		0	0	0	0	--	--	0,00
2	Os profissionais utilizam avental descartável		0	0	0	0	--	--	0,00
3	Os/as profissionais utilizam bata, sempre que se preveja a contaminação do vestuário		0	0	0	0	--	--	0,00
4	Os profissionais utilizam máscara com viseira ou máscara e óculos quando se prevê a ocorrência de salpicos		0	0	0	0	--	--	0,00
5	Os profissionais utilizam luvas de uso único, procedendo à lavagem higiénica das mãos previamente à sua colocação ou fricção com Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA)		0	0	0	0	--	--	0,00
6	O material descartável é rejeitado		0	0	0	0	--	--	0,00
7	Higieniza a cama e grades de segurança com recurso a um pano húmido com água e detergente, seguido de desinfecção com álcool		0	0	0	0	--	--	0,00
8	Higieniza o suporte de terapêutica endovenosa com recuso a um pano húmido com água e detergente, seguido de desinfecção com álcool		0	0	0	0	--	--	0,00
9	Higieniza a campainha e interruptor da luz		0	0	0	0	--	--	0,00

10	O equipamento de monitorização é limpo de acordo com as indicações do fabricante, ou na ausência de recomendações com recurso a um pano húmido com água e detergente seguido de desinfeção com álcool	0	0	0	0	--	--	0,00
11	Os colchões são limpos com água e detergente e depois passados por uma solução diluída de lixívia ou trocloseno de sódio	3	3	0	0	--	--	0,00
12	Troca o saco e tubuladura do aspirador de secreções, (em caso de utilização), descartando-o em saco branco	3	1	0	2	--	--	0,00
13	As paredes são lavadas com água e detergente, seguido de desinfeção com lixívia ou trocloseno de sódio	3	0	3	0	--	--	0,00
14	A diluição de lixívia utilizada é a recomendada (20 ml lixívia/980ml de água)	3	3	0	0	--	--	0,00
15	Os urinóis e arrastadeiras são individualizados e lavados em máquina de desinfeção térmica	3	1	0	2	--	--	0,00
16	As cortinas reutilizáveis são retiradas e enviadas para a lavandaria	3	0	3	0	--	--	0,00
17	O chão deve ser lavado com água e detergente	3	0	3	0	--	--	0,00
18	Os resíduos produzidos são colocados em saco branco (Grupo III)	3	3	0	0	--	--	0,00
19	É garantida a secagem de todas as estruturas antes da recuperação do espaço	3	3	0	0	--	--	0,00
TOTAIS		--	--	--	--			
Taxa de Conformidade Global (%)						--		

Apêndice V – Grelha de Auditoria à triagem de resíduos hospitalares

Local:

Data da avaliação:

Responsável (eis) pelo preenchimento:

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES	C	N	NA	Observações
1. Grupo I e II				
1.1. Existe recipiente para resíduos dos grupos I e II				
1.2. O recipiente é de fácil higienização/desinfecção				
1.3. O recipiente encontra-se forrado com saco plástico de cor preta				
1.4. Só se encontram resíduos do grupo I e II neste tipo de recipiente				
1.5. Existe recipiente para recolha seletiva de papel e cartão				
1.6. O recipiente é de fácil higienização				
1.7. Só existe papel e cartão neste recipiente				
1.8. Existente recipiente para recolha seletiva de plástico e metal				
1.9. O recipiente é de fácil higienização				
1.10. Só existe plástico e metal neste recipiente				
2. Grupo III				

2.1. Existe recipiente/suporte para resíduos do grupo II				
2.2. O recipiente/suporte é de fácil higienização/desinfecção				
2.3. O recipiente/suporte possui tampa de acionamento não manual				
2.4. O recipiente/suporte encontra-se forrado com saco plástico de cor branca				
2.5. Existem braçadeiras para encerramento dos sacos				
2.6. Existe sistema de termocelagem funcionando				
2.7. Só existem resíduos do grupo III neste contentor				
2.8. Saco cheio até 2/3				
3. Grupo IV				
3.1. Existe recipiente para resíduos cortantes e perfurantes do grupo IV				
3.2. Só existem resíduos do grupo IV neste contentor				
3.3. Contentor corto-perfurante cheio até 2/3				

Apêndice VI- Grelha de Auditoria ao Planeamento e Alta de Enfermagem

Local: _____ Responsável pelo preenchimento: _____

Data de avaliação: _____

	Planeamento e Alta de Enfermagem	C	NC	NA	Observações
1. Antes da Alta					
1.1	Realizada a referenciação do/a doente para o Serviço social, Equipa de Gestão de Altas (EGA) ou Cuidados de saúde primários (consoante a sua necessidade de apoio)(se aplicável)				
1.2	Realizados Ensinos e capacitação do doente/cuidador				
2. Momento da alta:					
2.1	Retirados dispositivos				
2.2	Referenciação para Cuidados de saúde primários (consoante a sua necessidade de apoio)				
2.3	Entregue toda a documentação necessária (RNCCI) - continuidade de cuidados				
2.4	Nota da Alta (médica, de enfermagem e/ou outros profissionais de saúde):				
2.4.1.	Descrição dos cuidados de que a pessoa necessita				
2.4.2	Ensinos já realizados à pessoa e/ou cuidador informal				
2.4.3.	Menção da existência ou não de infeção nosocomial, isolamentos e descontaminação				
2.4.4.	Promove a continuidade de cuidados				
2.4.5.	Referência a Alergias				
2.5	Documentos entregues:				
2.5.1.	Prescrições				
2.5.2.	Marcação de Consultas				
2.5.3.	Marcação de Exames				
2.5.4.	Marcação de Tratamentos				

Observações



SAÚDE

**ESCOLA SUPERIOR
POLITÉCNICO SETÚBAL**

ESS.IPS.PT

T. [+351] 265 709 300

E. INFO@ESS.IPS.PT

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CAMPUS DO IPS - ESTEFANILHA

2914-503 SETÚBAL

PORTUGAL