



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE**  
**PORTALEGRE**



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

# **IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA, NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES II DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO, E.P.E. – HOSPITAL AMATO LUSITANO**

Relatório orientado pelo Mestre Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Cláudia Isabel Pires Barata

**Fevereiro**

**2012**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE  
PORTALEGRE

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DE  
PRÁTICA CLÍNICA, NO SERVIÇO DE  
ESPECIALIDADES II DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
DE CASTELO BRANCO, E.P.E. – HOSPITAL AMATO  
LUSITANO

Relatório orientado pelo Mestre Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Cláudia Isabel Pires Barata

Fevereiro

2012



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	7
<b>PARTE I - IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA E PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	10
<b>1- IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA</b>	11
<b>2 - PADRÕES DE QUALIDADE</b>	14
2.1 - A satisfação do cliente	14
2.2 - A promoção da saúde	15
2.3 - A prevenção de complicações	16
2.4 – O bem-estar e o autocuidado	16
2.5 - A readaptação funcional	17
2.6 - A organização dos cuidados de enfermagem	18
<b>PARTE II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO</b>	19
<b>1 – METODOLOGIA</b>	20
1.1 – Contexto	20
1.2 – Objetivos	21
1.3 – Duração e calendarização	22
1.4 – Forma e métodos de recolha de dados	22
<b>2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	23
<b>3 – PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA PARA O CUMPRIMENTO DOS CRITÉRIOS DE IDONEIDADE FORMATIVA</b>	31
<b>4 – AVALIAÇÃO</b>	32
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	35
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I – CALENDARIZAÇÃO</b>	
<b>ANEXO II – GRELHA DE AVALIAÇÃO</b>	
<b>ANEXO III – PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA</b>	
<b>ANEXO IV – ORGANOGRAMA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO</b>	
<b>ANEXO V – NORMA 9</b>	
<b>ANEXO VI – NORMA 12</b>	

**ANEXO VII – NORMA 7**

**ANEXO VIII – NORMA 8**

**ANEXO IX – MANUTENÇÃO PREVENTIVA DO SISTEMA ELÉTRICO**

**ANEXO X – NORMA 3**

**ANEXO XI – MANUTENÇÃO E CALIBRAGEM DOS EQUIPAMENTOS**



## INTRODUÇÃO

O ponto de partida de qualquer investigação é, segundo Fortin (1999), uma situação considerada como problemática e que exige uma melhor compreensão e determina a motivação para investigar.

Na área da enfermagem a qualidade dos cuidados provêm de bons níveis de conhecimentos e de desempenho, demonstrados pelas competências dos profissionais.

Existe um quadro de referência, orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de ação e que está assente nos seguintes pilares: o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, que se constitui como um documento essencial para a prática do exercício profissional de enfermagem, porque “salvaguarda, no essencial, os aspetos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia” e o código deontológico do enfermeiro. Para além destes documentos existem também os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e as competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Numa perspetiva de contributo para a melhoria da gestão dos cuidados de enfermagem, no serviço de especialidades II, surgiu o tema “regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica”.

No preâmbulo do citado regulamento, considera-se que “O estabelecimento de determinados critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica contribui para garantir a qualidade do exercício profissional tutelado e/ou do desenvolvimento profissional tutelado” (2010, p. 2).

A estrutura de idoneidades é uma estrutura profissionalizada da Ordem dos Enfermeiros constituída por um coordenador nacional de estrutura, nomeado pelo conselho diretivo, sob proposta do conselho de enfermagem, e cinco núcleos regionais, a funcionar junto das secções regionais.

Enquanto estrutura nacional, tem por missão levar a cabo os processos que conduzem à acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica e integrado nesta, o processo de certificação de competências do supervisor clínico de prática tutelada de

enfermagem, determinando a capacidade formativa para exercício profissional tutelado e desenvolvimento profissional tutelado em cada área de especialidade, em observância dos respectivos regulamentos: regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e regulamento de certificação de competências do supervisor clínico.

No regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica encontramos o referencial de avaliação, cuja progressividade por triénios está descrita no caderno temático nº 3, apêndice III, de janeiro de 2011, do conselho de enfermagem da ordem dos enfermeiros sobre “acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, estrutura de idoneidades – concepção, processos, etapas e funcionamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste caderno é referido que a estrutura de idoneidades assenta sobre os fundamentos da melhoria contínua de qualidade na organização dos serviços.

Como a concorrência inviabiliza a comercialização de produtos e serviços sem qualidade verifica-se uma evolução na procura da mesma. Tal facto verifica-se em todas as áreas, particularmente na saúde, integração de preocupações ambientais e de segurança, higiene e adoção de novos instrumentos de gestão da qualidade.

Estes processos exigem, de todos aqueles que atuam ativamente em áreas da Saúde, uma atualização e formação contínua.

Importa então questionar:

- Será que o serviço de especialidades II da Unidade Local de Saúde – Hospital Amato Lusitano apresenta os critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica contribuindo assim para a qualidade do exercício profissional tutelado e/ou desenvolvimento profissional tutelado?

Para a determinação da idoneidade formativa dos contextos, utilizou-se um referencial único que parte dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, em que o enunciado relativo à organização dos cuidados de enfermagem, o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem.

Face à organização dos cuidados de enfermagem, revestem-se de grande importância os seguintes aspectos:

1. Um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
2. Um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;

3. Um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem do utente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo utente;
4. A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
5. O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
6. A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
7. A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

O enfermeiro contribui assim, para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem sempre com o objetivo da excelência no exercício profissional.

O presente estágio decorreu entre fevereiro de 2011 e junho do mesmo ano (Anexo 1).

Durante este período foi aplicada uma grelha de avaliação constituída por sete dimensões, dezoito critérios e quarenta e oito indicadores (Anexo 2).

Após a análise documental dos registos do serviço de especialidades II e inquérito à gestão de enfermagem verifica-se que existem alguns pontos a melhorar de forma a alcançar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Os dados mais evidentes do levantamento efetuado ao longo do estágio prendem-se com o facto de não existir qualquer evidência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem no serviço de especialidades II. Verifica-se também a inexistência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios, como sistemas de registo de eventos-sentinela, sistemas de avaliação da qualidade institucional (Normas ISSO; JointCommission; King'sFund).

A nível da política de formação contínua existem algumas falhas que necessitam ser revistas devido à importância da formação contínua pois esta permite uma constante melhoria do desempenho devido à evolução do conhecimento científico.

Sendo assim, foi apresentado um plano de implementação de medidas de melhoria (Anexo 3).

**PARTE I**

**IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA E  
PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

## 1. IDONEIDADE FORMATIVA

É de fundamental importância destacar que “nos dias atuais é mundialmente reconhecido que os serviços de saúde devem melhorar a qualidade dos cuidados prestados e, as medidas avaliativas permitem obter um juízo sobre o desempenho destas instituições.” (Adami, 2000: 195).

Assim é indispensável estabelecer mecanismos organizacionais com o objetivo de melhorar as condições dos cuidados prestados.

Segundo Backes, Backes & Sousa (2008), pensar no hospital enquanto unidade de um sistema de cuidados é apontar para a auto-organização desse sistema, ponderando aspetos como a autonomia, a individualidade, as relações e as atitudes, considerados fundamentais para a atuação do enfermeiro nos diferentes espaços da saúde.

No regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (1996), refere-se que:

“ A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexidade e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidado de saúde.”

No que se refere à regulação do exercício da profissão de enfermagem, trata-se do cumprimento das normas deontológicas (e o código deontológico dos enfermeiros foi publicado com o estatuto da Ordem dos Enfermeiros) e reporta-se a:

1. Código deontológico, conforme Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril;
2. Competências do enfermeiro de cuidados gerais, definidas em 2002, de acordo com as competências que integram o ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN);
3. Enquadramento conceptual e padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos em 2002.

Todos estes importantes aspetos sobre a profissão de enfermagem permitem o desenvolvimento de ganhos em saúde, desenvolvimento da qualidade, planeamento de cuidados, uma gestão racional e adequada às necessidades reais da população em termos de

cuidados de enfermagem, proteção de valores éticos e deveres deontológicos contribuindo assim para a saúde da comunidade em geral.

O estabelecimento dos critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica pretende garantir a qualidade do exercício profissional tutelado e/ou do desenvolvimento profissional tutelado. Para tal tem que se criar um referencial único que parte dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo o enunciado relativo à “organização dos cuidados de enfermagem” o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem.

A acreditação é de unidades prestadoras de cuidados e considera-se a existência de critérios obrigatórios e critérios de excelência.

Os critérios são comuns para a verificação da idoneidade formativa de todos os contextos e, neles, para exercício profissional tutelado e para o desenvolvimento profissional tutelado, posto isto a estrutura de idoneidades, enquanto estrutura nacional, tem por missão levar a cabo os processos que conduzem à acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica e incluído nesta, o processo de certificação de competências do supervisor clínico de prática tutelada de enfermagem.

Determinando assim, a capacidade formativa para exercício profissional tutelado e desenvolvimento profissional tutelado em cada área de especialidade, em observância dos respetivos regulamentos: regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e regulamento de certificação de competências do supervisor clínico.

No regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica encontramos o referencial de avaliação, cuja progressividade por triénios está descrita no caderno temático nº 3, apêndice III, de Janeiro de 2011, do conselho de enfermagem da ordem dos enfermeiros sobre “avaliação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, estrutura de idoneidades – concepção, processos, etapas e funcionamento”. Neste caderno é relevado que a estrutura de idoneidades assenta sobre os fundamentos da melhoria contínua de qualidade na organização dos serviços.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a idoneidade formativa dos contextos de prática clínica compreende o conjunto de características que estes detêm, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem assim como à supervisão clínica em prática tutelada em enfermagem.

Posto isto a verificação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica é requisito obrigatório para o desenvolvimento da prática tutelada em enfermagem.

E a capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde para a prática tutelada traduz-se no número máximo de supervisandos que, a cada momento, podem frequentar períodos formativos de exercício profissional tutelado ou de desenvolvimento profissional tutelado, num determinado contexto de prática clínica cuja idoneidade formativa tenha sido acreditada nos termos do regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica.

O reconhecimento da idoneidade formativa consiste na avaliação e verificação das condições estabelecidas no “referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica”. Este é elaborado e revisto pelo conselho de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

A enfermagem consolida-se como uma disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção muito próprio, tendo como objecto o ser humano e o seu processo de vida.

Assim, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida.

Conforme o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” e o exercício da actividade de enfermagem, além da prática clínica, considera as áreas de gestão, docência, formação e assessoria, suportadas pela investigação.

Assume-se contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no campo da saúde este aprofundar de conhecimentos abordando este tema tão atual e pertinente.

## **2. PADRÕES DE QUALIDADE**

O “referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica” organiza-se de acordo com o enunciado descritivo da “organização dos cuidados de enfermagem” previsto nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros têm como objetivo expor a natureza e englobar os diferentes aspetos da representação social da profissão de enfermagem. Posto isto, as seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem serão apresentadas de seguida.

### **2.1. A satisfação do cliente**

A relação entre os cuidados que os profissionais de saúde prestam e as necessidades e expectativas dos utentes, constituem um desafio à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante indicador da qualidade.

É um conceito com uma forte componente subjetiva pois depende dos valores culturais de quem avalia os cuidados de enfermagem prestados.

Segundo Ribeiro (2003), “o grau de satisfação dos sujeitos pode ser influenciado por múltiplos aspetos relacionados com as características e os atributos dos indivíduos, com as suas experiências anteriores, com variáveis de contexto e com as expectativas dos sujeitos sobre as diferentes dimensões da satisfação.”

Reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, como sendo uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados e produtividade de enfermagem, quando refere que “na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, considerando elementos importantes neste processo, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual, “a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias

com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”.

Este aspeto assume assim uma importância vital para a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem, bem como, um peso na decisão de voltar àquele serviço ou não.

## 2.2. A promoção da saúde

A carta de Ottawa (OMS, 1986) define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Este documento defende a ideia da saúde como qualidade de vida resultante de um complexo processo condicionado por diversos fatores tais como, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação.

Refere ainda que promoção da saúde é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e adaptar-se ao meio.

A Ordem dos Enfermeiros com o objetivo de uniformizar e ajudar as respetivas unidades de cuidados na obtenção da máxima qualidade de cuidados, no sentido de estimular os enfermeiros a procurar novas formas de fazer bem à primeira, com os recursos disponíveis, evidenciando o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos clientes.

Os enunciados descritivos traduzem esta procura da excelência no exercício profissional, quando referem que “na procura constante da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros “a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade” bem como “a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados”, “a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento e “o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.”

Devido ao corpo de conhecimentos do enfermeiro, este profissional de saúde, tem a capacidade de intervir no processo educativo das pessoas conduzindo à tomada de consciência da população sobre questões de autonomia na execução de comportamentos saudáveis.

### 2.3. A prevenção de complicações

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), o enfermeiro tem como missão prevenir complicações para a saúde dos clientes.

Como elementos fundamentais desta prevenção temos, “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados, o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem, a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde, a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro e a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega.”

Os conhecimentos do enfermeiro permitem-lhe decidir sobre os meios e técnicas mais adequados a utilizar na prestação de cuidados com o objetivo de rentabilizar os recursos existentes, aumentando a confiança e participação ativa do utente.

### 2.4. O bem-estar e o autocuidado

Para a Ordem dos Enfermeiros (2001), o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”.

Para a sua concretização, o enfermeiro deve recorrer a elementos, tais como “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”, deve recorrer,”à prescrição

das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados”, deve recorrer “ao rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem”, deve “referenciar as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde”, deve exercer “a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro” e deve “responsabilizar-se pelas decisões tomadas, pelos atos praticados e pelos que delega.”

Apenas o enfermeiro tem os conhecimentos necessários para participar na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação clínica procedendo ao ensino do utente sobre administração e utilização de medicamentos ou tratamentos, tão importantes para o bem-estar e autocuidado do utente.

## 2.5. A readaptação funcional

A Ordem dos Enfermeiros (2001), refere que o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde”.

Para tal deve promover “a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem”, deve executar “o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade”, deve recorrer ao “máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade”, deve “optimizar as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regímen terapêutico prescrito” e deve promover “o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional”.

Em conformidade de com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (1996), o enfermeiro tem as qualificações profissionais para organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção.

## 2.6. A organização dos cuidados de enfermagem

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

Para fazer face à organização dos cuidados de enfermagem, é necessária “a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem”, “a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”, “a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional, “o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem, “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” e finalmente “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”.

Compete assim, aos enfermeiros responsáveis pela gestão, comprometer-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Segundo Escoval (2003), podemos considerar que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento.

**PARTE II**  
**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## 1. METODOLOGIA

### 1.1. Contexto

A Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, E. P. E., integra o Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco, com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde: Castelo Branco; Idanha-a-Nova; Penamacor; Vila Velha de Ródão; Oleiros; Proença-a-Nova; Sertã; Vila de Rei com 85 Extensões de Saúde constituindo-se, deste modo para a sua população, como uma unidade essencial na prestação dos cuidados de saúde com qualidade.

Foca-se sobretudo, na integração dos cuidados primários e cuidados hospitalares, mas também dos cuidados continuados e paliativos, da emergência pré-hospitalar e da rede de urgências respeitando e percebendo o utente como um ser holístico e defende que, a compreensibilidade e a continuidade de cuidados se justificam plenamente nessa unidade e indivisibilidade. Visa também centralizar o utente no centro do sistema.

Esta Unidade Local de Saúde tem capacidades diferenciadas ao nível das tecnologias praticadas e dos seus recursos humanos contado com a colaboração de cerca de 1.400 profissionais. Sendo apresentado o organograma da Unidade Local de Saúde no anexo 4.

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco é constituída pelas seguintes unidades de prestação de cuidados:

- Unidades de Gestão Integradas de Saúde Familiar e Comunitária Beira Interior Sul (UGI BIS);
- Unidades de Gestão Integradas de Saúde Familiar e Comunitária Pinhal Interior Sul (UGI PIS);
- Unidades de Gestão Integradas Hospitalares (Hospital Amato Lusitano).

O presente estágio realizou-se no serviço de especialidades II, este encontra-se no 6º piso do Hospital Amato Lusitano. Tem um total de 17 camas pertencentes a cinco especialidades: neurologia, oftalmologia, otorrino, estomatologia e dermatologia. A consulta externa de oftalmologia decorre no mesmo piso separada fisicamente do internamento.

A equipa é multidisciplinar e constituída por 14 enfermeiros, médicos das referidas especialidades, auxiliares de acção médica, secretária clínica, assistente social e técnica de ortótica.

As patologias mais frequentes são: tumores cerebrais, em fase de investigação ou no pós-operatório, acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla: síndrome vertiginosa, amigdalites de repetição, desvio septo nasal, hipertrofia dos cornetos, otite serosa; hemovítreo, descolamentos da retina, glaucomas, úlceras de córnea, pterigion, cirurgia a cataratas em doentes com situações sociais complicadas. Na consulta externa é realizada cirurgia em ambulatório (pequenos quistos, injeções intra-oculares de triamcinolona, etc.) e cataratas através do programa das listas de espera. Na especialidade de estomatologia as intervenções mais frequentes são extrações dentárias múltiplas, implantes dentários, abscessos dentários graves, celulite orbitária e são internados sobretudo utentes com patologia ou atraso mental. As cirurgias realizam-se às segundas e quintas-feiras. Nas terças-feiras realizam-se cirurgias alternadamente entre as especialidades de oftalmologia e estomatologia.

## 1.2. Objetivos de estágio

O presente estágio tem como objetivos:

- Analisar se o serviço de especialidades II apresenta os critérios necessários para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica, permitindo assim definir medidas que possibilitem a melhoria efetiva dos cuidados prestados;
- Aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, constatando assim a importância dos padrões de qualidade e da idoneidade formativa na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados;
- Auto-reflexão e identificação da importância do presente estágio para a melhoria da gestão da qualidade no serviço de especialidades II, contribuindo assim para uma

estrutura de qualidade;

- Criticar os indicadores em falta no serviço de especialidades II, com a finalidade de contribuir para um aumento do progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral;
- Desenvolver um plano de implementação de medidas de melhoria adequadas ao serviço de especialidades II, permitindo assim contribuir para uma prestação de cuidados mais enriquecida e de qualidade;
- Promover a eficácia e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de especialidades II, consciencializando os enfermeiros dos aspectos a melhorar.

### 1.3. Duração e calendarização

O presente estágio decorreu de fevereiro de 2011 a junho do mesmo ano. A calendarização encontra-se em anexo (Anexo 1).

### 1.4. Forma e métodos de recolha de dados

A qualidade da formação e dos cuidados de enfermagem prestados nos contextos de prática clínica resulta da conjugação de diferentes fatores de ordem institucional e alguns deles já contemplados enquanto critérios de avaliação da qualidade institucional para efeitos de acreditação.

A Ordem dos Enfermeiros propõe por isso o estabelecimento de um referencial único e abrangente para o reconhecimento de idoneidade formativa ao nível dos contextos de prática clínica: que inclua todos os requisitos / condições de idoneidade aplicáveis aos diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem no Sistema Nacional de Saúde; permitindo utilizações consoante a instituição em que está inserido e do propósito da creditação.

A Ordem dos Enfermeiros propõe assim, um referencial de reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica que se organiza em diferentes “dimensões”, estas em diferentes “critérios” e estes em diferentes “indicadores”.

A grelha de avaliação encontra-se em anexo (ver Anexo 2).

## 2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise documental dos registos do serviço de especialidades II e inquérito à gestão de enfermagem reportando à dimensão “quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem”, sendo o critério a “existência de um enquadramento conceptual de referência para o exercício profissional de enfermagem” e em seus três indicadores, não foram encontradas evidências.

É uma constatação importante que deve ser revista porque este deve ser o primeiro quadro de referência para a excelência. Reveste-se de grande importância a existência de um quadro de referência que contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pois estes padrões expõem todos os aspetos essenciais para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo.

Torna-se assim evidente a importância da presença dos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os restantes enunciados no código deontológico, que definem a boa prática de enfermagem.

O quadro de referência também deve plasmar o código deontológico dos enfermeiros pois este define princípios gerais tais como:

- 1 - As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.
- 2 - São valores universais a observar na relação profissional:
  - a) A igualdade;
  - b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
  - c) A verdade e a justiça;
  - d) O altruísmo e a solidariedade;
  - e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.
- 3 - São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:
  - a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
  - b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
  - c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

É também necessário definir um quadro enriquecido com uma filosofia de cuidar pois a prestação de cuidados em enfermagem é um processo complexo e exige uma interligação com várias áreas do saber.

Quando se trabalha com seres humanos, cada qual um ser único, irrepetível, com diferentes formas de agir e pensar, é imprescindível a especificação de códigos deontológicos e filosofias de cuidar que vão permitir a prestação de cuidados de enfermagem conscientes e de qualidade.

O cuidar na perspectiva de Hesbeen (2000), deve ser entendido como uma orientação de natureza filosófica, e que os profissionais de saúde deveriam enquadrar cada vez mais as suas ações e as suas reflexões nesta perspectiva.

Logo o cuidar deve ser percebido como um valor.

Hesbeen, refere ainda três razões:

- Porque se verifica que o ser humano enquanto sujeito singular, único, é colocado num plano secundário;
- “porque um valor pode ser acessível a toda a gente”;
- “o conceito de cuidar é aberto [...]” Quer isto dizer que a abertura ao conhecimento é essencial à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Assim com estes três indicadores presentes no serviço de especialidades II qualquer novo elemento de enfermagem, ao iniciar funções neste serviço, teria à sua disposição um enquadramento conceptual de referência para o exercício profissional de enfermagem.

Dentro da mesma dimensão mas tendo como critério a “existência de um plano de atividades de enfermagem” e em seus três indicadores não foi recolhida qualquer evidência.

Na dimensão “sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” temos quatro critérios. O primeiro apresenta-se como a “existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem”. Neste encontramos três indicadores sendo o primeiro a “formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem”.

No serviço de especialidades II não existe qualquer evidência deste indicador. Sabendo que a formação contínua e em serviço, assim como o acesso a mais informação, assente em profundos conhecimentos científicos, vem proporcionar e desenvolver determinados aspetos que permitem colmatar défices de desempenho, contribuindo assim, para a qualidade dos cuidados prestados, torna-se fulcral rever este aspeto realizando a formação necessária e adequada ao serviço em questão.

A melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da atualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de enfermagem (Leprohon, 2002).

Neste sentido, pode afirmar-se que o enfermeiro deverá integrar à sua experiência prática individual a melhor evidência externa disponível, proveniente da pesquisa científica. A conjugação destas premissas designa-se por enfermagem baseada em evidências (Craigetal, 2003).

O mesmo acontece com o segundo indicador “evidência de designação de elemento dinamizador dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem”.

No terceiro indicador que se prende com um “projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem” apresento como evidência o facto de a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco aplicar os padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros.

No segundo critério que se relaciona com “a existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios, caso se verifiquem”, não existe qualquer evidência nos quatro indicadores.

É uma constatação importante que deve ser revista porque segundo a definição do instituto português da qualidade, certificação de uma organização consiste no reconhecimento formal por um organismo de certificação – entidade externa independente e preferencialmente acreditada no âmbito do sistema português da qualidade – após a realização de uma auditoria, de que essa organização dispõe de um sistema de gestão implementado que cumpre as normas aplicáveis, dando lugar à emissão de um certificado.

Conforme a alínea b) do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho, certificação é “o procedimento através do qual uma terceira parte acreditada dá uma garantia escrita de que um produto, processo, serviço ou sistema está em conformidade com requisitos especificados”.

Posto isto, o processo de certificação consiste na concepção, criação, implementação e certificação de um sistema da qualidade, conforme um modelo de garantia da qualidade adequado. A certificação de sistemas de garantia da qualidade inicia-se com a identificação dos processos operativos que são objeto de procedimentos escritos, consistindo em demonstrar a sua conformidade com uma das normas de garantia da qualidade.

Segundo o instituto português de acreditação, acreditação consiste no reconhecimento da competência técnica de entidades para executar determinadas atividades de avaliação da conformidade como sejam calibrações, ensaios, certificação e inspeção.

Adequa-se no subsistema da qualificação do sistema português da qualidade assumindo-se como o regulador dos processos e agentes de avaliação da conformidade. A

acreditação diferencia-se da certificação por não só exigir um sistema da qualidade, como ainda requerer a competência técnica necessária para garantir confiança nos resultados e produtos das atividades acreditadas.

Segundo a alínea a) do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 140/2004, de 8 de Junho, acreditação é “o procedimento através do qual o organismo nacional de acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte”.

Segundo Matos (2010), a norma NP EN ISO 9001, baseada nos princípios de gestão da qualidade, especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização e é utilizada na certificação de serviços. Fomenta a adopção de uma abordagem por processos, enfatizando a importância de entender e ir ao encontro dos requisitos.

Todos os requisitos desta norma são genéricos e aplicáveis a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão e produto que proporcionam.

A norma NP EN ISO 9001 está baseada em oito princípios de gestão da qualidade: focalização no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem à gestão através de um sistema, melhoria contínua, abordagem à tomada de decisões baseada em factos e relações mutuamente benéficas com fornecedores.

Visto o Hospital Amato Lusitano possuir já o serviço de gastroenterologia certificado com a norma ISO 9001:2000, seria importante incluir o serviço de especialidades II no sistema de avaliação da qualidade institucional permitindo assim uma análise regular das suas práticas e a correção dos desvios caso se verificassem.

No terceiro critério sobre a “existência de procedimentos de segurança documentados e atualizados” tendo cinco indicadores, em todos ele existem evidências da sua existência.

Assim no “controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde” foram encontradas no serviço de especialidades II várias normas da comissão de controlo de infecção apresentando recomendações relacionadas com:

- Cateterização periférica apresentada na Norma 9 (Anexo 5);
- Lavagem das mãos apresentada na Norma 12 (Anexo 6);
- Recomendações para a prevenção das infecções transmitidas por bacilos gram negativos não fermentativos apresentada na Norma 7 (Anexo 7);

No segundo ponto sobre a “triagem de resíduos” foram encontradas evidências sobre os resíduos hospitalares apresentada na Norma 8 (Anexo 8).

No terceiro ponto que aborda a “manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício) ” foram encontradas evidências que serão apresentadas no anexo 9.

No quarto ponto sobre “armazenamento dos stocks” após informação do responsável pelo armazém do Hospital Amato Lusitano o procedimento de segurança encontra-se em formulação.

Em relação à existência de instalações adequadas à prática de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos do lixo e sujos, foi encontrada como evidência a norma que aborda a limpeza dos materiais de uso clínico – Norma 3 apresentada no anexo 10.

Em relação à evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços não foram encontradas evidências.

Abordando a “evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos foram encontradas evidências apresentadas no anexo 11. Em relação à existência de um “sistema de gestão de stocks” não existe qualquer evidência.

Abordando a dimensão “sistemas de informação em enfermagem” está a ser implementado no serviço de especialidades II, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, um sistema de informação em enfermagem que incorpora sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; que explicita o processo de tomada de decisão; que utilize linguagem classificada – classificação internacional para a prática de enfermagem.

No que diz respeito aos “sistemas de informação em enfermagem de acordo com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros” está a ser implementado no serviço de especialidades II, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, um sistema que respeita os princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais e incorpora o resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais atualizada).

Na dimensão “satisfação profissional dos enfermeiros”, em relação ao critério “existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros” não foram encontradas quaisquer evidências. O mesmo aconteceu em relação ao indicador “evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros”.

É uma constatação importante que deve ser revista pois a satisfação profissional do enfermeiro influencia o desempenho do trabalhador e pode influenciar o seu comportamento, desde o profissional até o social, interferindo na saúde mental (Lawer, 1973).

Devido às exigências próprias do trabalho do enfermeiro que desempenha a função de cuidar do utente, este terá maiores condições e técnicas para melhorar a qualidade do cuidar se estiver satisfeito profissionalmente.

Posto isto, torna-se fulcral realizar estudos através da aplicação de questionários permitindo assim avaliar regularmente a satisfação dos enfermeiros. A execução de tais estudos iria permitir verificar falhas e limites procedendo-se à sua resolução, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados.

No critério “evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros” com o indicador “evidências de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade / gestão de recursos humanos” foi recolhida como evidência a existência do sistema de classificação de doentes e o sistema de apoio à prática de enfermagem.

Em relação à dimensão “dotações seguras em enfermagem” existe a utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem e a adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem e as evidências recolhidas são a existência do sistema de classificação de doentes e o sistema de apoio à prática de enfermagem.

Em relação ao critério “evidência de estabilidade na equipa de enfermagem” e indicador de “índice de rotatividade anual inferior a 15%” não foi recolhida qualquer evidência.

No aspeto das escalas de trabalho adequadas existe de fato, um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpre as disposições legais conforme a norma de elaboração de horários.

No critério “ter recursos humanos para prática tutelada de enfermagem o serviço de especialidades II não cumpre o indicador de ter pelo menos dois supervisores clínicos certificados pela Ordem dos Enfermeiros e respeito pelo rácio supervisando-número de enfermeiros do contexto de prática clínica.

Abordando a dimensão “política de formação contínua de enfermeiros” em relação ao critério “a existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade” tem 7 indicadores tais como:

1. Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço;

2. Existência de um plano anual de formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros;
3. Existência de relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados;
4. Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente);
5. Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projetos / grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem;
6. Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de caso”; “supervisão clínica”;
7. Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.

Apenas no quinto critério foi encontrada como evidência a participação de uma enfermeira do serviço no grupo de trabalho responsável pela coordenação dos estágios de alunos de enfermagem a nível da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

No critério “existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço” existem três indicadores:

1. Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais). Estes indicadores estão presentes no serviço de especialidades II, tendo assim os enfermeiros acesso a estes recursos de suporte informativo e pedagógico;
2. Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem. Neste indicador não foi recolhida qualquer evidência;
3. Existência de planos de integração de enfermeiros no serviço. Também não foi recolhida qualquer evidência sobre este indicador.

Na dimensão “metodologias de organização de cuidados de enfermagem” tendo como critério a “evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade” em que tem como indicadores:

1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;
2. Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura;

Estes indicadores estão presentes no serviço de especialidades II e é apresentada como evidência o facto da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano se reger pelos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros.

3. Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando. Neste aspeto não foi recolhida nenhuma evidência.

### **3. PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA PARA O CUMPRIMENTO DOS CRITÉRIOS DE IDONEIDADE FORMATIVA**

Este plano será apresentado em forma de grelha em que serão apresentadas medidas de melhoria para o cumprimento dos critérios de idoneidade formativa no anexo 3.

Na dimensão “quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem” propõem-se a criação de um quadro de referência que defina a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem contemplando assim os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem utilizando como estratégia o envolvimento de toda a equipa de modo a que todos os cuidados de enfermagem prestados no serviço de especialidades II plasmem esse enquadramento conceptual.

Este quadro teria também em consideração o código deontológico dos enfermeiros para que as intervenções de enfermagem sejam realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Seria importante contemplar também uma filosofia de cuidar intrínseca à prestação de cuidados de enfermagem levando assim a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Verifica-se também a inexistência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios, como sistemas de registo de eventos-sentinela, sistemas de avaliação da qualidade institucional (Normas ISSO; JointCommission; King’sFund).

A nível da política de formação contínua existem algumas falhas que necessitam ser revistas devido à importância da formação contínua pois esta permite uma constante melhoria do desempenho devido à evolução do conhecimento científico.

#### **4. AVALIAÇÃO**

A concretização deste estágio curricular revelou-se uma experiência extremamente enriquecedora, quer a nível pessoal quer a nível profissional, pois penso que desenvolvi as competências de aprendizagem que me vão permitir uma nova visão em relação à gestão de unidades de saúde, de um modo fundamentalmente auto-orientado e a capacidade de reflexão sobre, e o modo de encarar os problemas de natureza organizacional e normativa e as responsabilidades sociais inerentes à aplicação do conhecimento e à profissão.

Ao longo do período de estágio constatei que, na prática, muitos assuntos são tratados de forma diferente da abordagem que tiveram nas várias disciplinas leccionadas, pelo que se pode concluir que a experiência profissional vem complementar os conhecimentos académicos adquiridos.

De facto é no campo de estágio que se verifica como o trabalho árduo dos enfermeiros contribui para a melhoria da gestão dos cuidados de enfermagem.

Penso ter contribuído para demonstrar a importância das condições de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica pois estas podem potenciar o desenvolvimento de uma cultura de qualidade nos cuidados de enfermagem.

Como nas demais empresas que estão a atuar no mercado, e com o objetivo de acompanhar as mudanças que se verificam a nível mundial, surge entre o hospital a pesquisa por projetos que demonstrem os bons resultados dos seus serviços. Assim, reverifica-se que com mais frequência os programas de qualidade têm vindo a ser implementados.

Como a idoneidade formativa dos contextos de prática clínica diz respeito à existência verificada e reconhecida de um conjunto de características que estes detêm, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Para a avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica optou-se pela construção de uma grelha de avaliação a partir dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo o enunciado relativo à organização dos cuidados de enfermagem o eixo organizador das suas diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem.

Com o intuito de despertar a confiança nos procedimentos do hospital e de garantir a fiscalização dos serviços hospitalares a acreditação hospitalar está em primeiro plano entre os novos procedimentos adoptados.

A acreditação no âmbito de unidades de saúde constitui, então, uma metodologia possível para avaliação da qualidade no seu objetivo último: a prestação de cuidados de saúde.

Ainda a referir pela sua importância e utilidade, os processos de acreditação podem trazer benefícios consideráveis às instituições que a eles se submetem, nomeadamente pelo facto de muitos profissionais que trabalham nos hospitais não terem, na sua formação de base, (Matos, 2010), discussões específicas das questões relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados.

Logo, um programa de acreditação hospitalar contribui para suprir as necessidades das organizações hospitalares, onde o estabelecimento de padrões mínimos possibilita uma assistência mais eficiente para os utentes, um melhor ambiente de trabalho, um melhor desempenho da instituição e, assim uma maior confiança da população em geral.

A acreditação hospitalar propícia também a educação permanente dos profissionais pois constitui um programa de melhoria continua.

No serviço de especialidades II os critérios do programa de acreditação não deverão ser utilizados de forma rígida, havendo algum espaço para interpretação e aplicação locais. Se estiverem a ser introduzidas novas práticas, é importante que as mesmas satisfaçam as necessidades locais e se adequem ao que acontece dentro do serviço. É importante pensar no espírito que subjaz a cada critério, o que ele realmente significa e porque é que é importante que seja implementado. Não existe uma solução única que os avaliadores vão procurar quando procederem à avaliação do serviço. Os critérios estão definidos mas compete a cada serviço decidir como melhor os implementar.

É importante referir que os programas de acreditação possuem dois elementos chave, nomeadamente os manuais de acreditação e os auditores, ambos alvos de desenvolvimentos e aplicações diversas no conjunto dos programas existentes na atualidade.

Assim, a acreditação constitui o melhor instrumento de motivação para a garantia da qualidade nos hospitais que um sistema de saúde pode introduzir.

Mas a certificação não é o grande objectivo da qualidade. Certificar uma organização pode significar um limiar de bom funcionamento, o ponto de partida para atingir a qualidade total, pois o mercado continua em constante mutação.

A certificação da qualidade aumenta assim, a satisfação e a confiança dos utentes, reduz custos internos, aumenta a produtividade e melhorar a imagem do serviço. De facto, é

necessário investir na qualidade das unidades de saúde permitindo o desenvolvimento sustentado de uma nova cultura que, de forma coerente e integrada, contribua para enriquecer os cuidados de saúde de níveis de excelência e segurança ainda longe de serem atingidos.

Seria interessante identificar melhorias diretas na prestação dos cuidados de saúde do serviço estudado, após a aplicação e implementação das medidas apresentadas no plano de medidas de melhorias.

Seria também interessante verificar a qualidade das unidades de saúde em Portugal. Pois é fundamental que dentro da mesma instituição, todos os serviços, apresentem o mesmo interesse em prestar cuidados de enfermagem que primem pela qualidade. E se o mesmo acontece nos Centros de Saúde, pois são instituições através das quais se presta uma atenção primária de saúde a indivíduos e famílias. O interesse da comunidade é uma prestação de cuidados com um elevado grau de continuidade e qualidade, que não seja afetada pelos limites que separam os diversos setores no sistema de saúde.

A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos utentes, bem como estabelece níveis crescentes de qualidade.

Concluindo o futuro será das organizações que tiverem serviços certificados que satisfaçam as reais necessidades da população sempre com o objetivo da excelência do cuidar em enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adami, N. P. (2000). *Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem*. Acta Paul Enf, São Paulo.
- Craig, Jean & Smyth, Rosalind (2003). *Prática baseada nas evidências: manual para enfermeiros* Loures, Lusociência.
- Escoval, A. (2003). *Revista da Ordem*, n.º 10, Outubro, p.24.
- Fortin, Marie-Fabienne (ed.). (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hesbeen, W.(2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*, s. ed. Loures: Lusociência;
- Leprohon, J. (2002). *Revista da Ordem*, n.º5, Janeiro, p.26.
- Lawer, E.E. (1973). *Motivation in work organization*. California: Brooks-Cole Publishing;
- Matos, D. C. (2010). *Relatório de Estágio Curricular – Práticas de Gestão da Qualidade no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE – estudo da manutenção hospitalar e do projecto de acreditação*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra;
- Ministério da Economia (2004). Decreto-Lei Nº 140/2004, de 8 de Junho. Aprova a reestruturação do Instituto Português da Qualidade. *Diário da República*.
- Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996 com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República*.

Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril de 1998: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*.

Ordem Dos Enfermeiros (2003). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual*; enunciados descritivos. Lisboa;

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica. Proposta apresentada pelo Conselho Directivo*, Lisboa;

Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Reflexões – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa;

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Princípios gerais*. Lisboa;

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Estrutura de Idoneidades. Concepção, processos, etapas e funcionamento*. Conselho de Enfermagem;

1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 12 de Dezembro de 2011 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm).

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**CALENDARIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

	<b>Dezembro 2010</b>	<b>Janeiro 2011</b>	<b>Fevereiro a Junho 2011</b>	<b>Julho a Novembro 2011</b>	<b>Dezembro 2011</b>	<b>Janeiro 2012</b>	<b>Fevereiro 2012</b>
<b>Entrega de Trabalho Projecto</b>							
<b>Autorização para realização de estágio</b>							
<b>Colheita de dados</b>							
<b>Análise de Dados</b>							
<b>Redacção e críticas</b>							
<b>Redacção final</b>							
<b>Entrega do Relatório Final</b>							

**ANEXO II**  
**GRELHA DE AVALIAÇÃO APLICADA NO**  
**SERVIÇO DE ESPECIALIDADES II**

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Quadro Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem</b>	<b>Existência de um enquadramento conceptual de referência para o EPP</b>	Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos.		
		Que o quadro de referências plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.		
		Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de enfermagem.		
	<b>Existência de um Plano de Actividades de Enfermagem</b>	Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.		
		Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.		
		Relatórios de actividades disponíveis.		

Dimensões	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem</b>	Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.		
		Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.		
		Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem.		
	<b>A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem</b>	Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela.		
		Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; JointCommission; King'sFund).		
		Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental.		

		Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.		
	<b>Existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados</b>	Controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde.		
		Triagem de resíduos.		
		Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício).		
		Armazenamento dos stocks.		
		Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos, ...).		
	<b>Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem</b>	Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços.		

	<b>Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem</b>	Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.		
		Existência de um sistema de gestão de stocks.		
<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão</b>	<b>A existência de um sistema de informação em enfermagem;</b>	- que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.		
		- que explicito o processo de tomada de decisão.		
		- que utilize Linguagem classificada – CIPE.		
	<b>Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação;</b>	- que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.		
- que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).				

<b>Dimensões</b>	<b>CrITÉRIOS</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Satisfação profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros</b>	Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.		
		Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros.		
	<b>Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros</b>	Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.		
<b>Dimensões</b>	<b>CrITÉRIOS</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Dotações seguras em Enfermagem</b>	<b>Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;</b>	Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.		
		Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.		
	<b>Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem</b>	Índice de rotatividade anual inferior a 15%.		
	<b>Escalas de trabalho adequadas</b>	Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.		
	<b>Ter recursos humanos para PTE</b>	Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE.		

		Respeito pelo rácio supervisando-número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.		
<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Política de Formação Contínua de Enfermeiros</b>	<b>A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade</b>	Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço.		
		Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros.		
		Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.		
		Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).		
		Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem.		
		Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de caso”; “Supervisão Clínica”.		

		Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.		
	<b>Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço</b>	Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais).		
		Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem.		
		Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço.		
<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem</b>	<b>Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade</b>	Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidencia científica e tendo por referencia os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.		
		Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.		
		Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.		

**ANEXO III**  
**PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA**

Dimensões	Critérios	Indicadores	PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA
<p><b>Quadro Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem</b></p>	<p>Existência de um enquadramento conceptual de referência para o EPP</p>	<p>Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos.</p>	<p>Criação de um Quadro de Referência que defina a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem contemplando assim os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem utilizando como estratégia o envolvimento de toda a equipa de modo a que todos os cuidados de enfermagem prestados no serviço especialidades II plassem esse enquadramento conceptual</p> <p>Este quadro teria também em consideração o Código Deontológico dos enfermeiros para que as intervenções de enfermagem sejam realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.</p> <p>Contemplaria também uma filosofia de cuidar intrínseca à prestação de cuidados de enfermagem com qualidade.</p>
		<p>Que o quadro de referências plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.</p>	
		<p>Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de enfermagem.</p>	
	<p>Existência de um Plano de Actividades de Enfermagem</p>	<p>Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.</p>	<p>Incentivar o envolvimento dos enfermeiros no diagnóstico e/ou intervenções através de estratégias tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolvimento ativo dos enfermeiros na elaboração do plano de actividades;</li> <li>- Enumeração de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ex. úlceras de pressão, infeções nosocomiais, pneumonias de aspiração.)</li> <li>- Elaboração de normas de atuação (planos de intervenções para situações específicos)</li> </ul>
		<p>Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.</p>	
		<p>Relatórios de actividades disponíveis.</p>	

Dimensões	Critérios	Indicadores	PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA
<b>Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem</b>	Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.	Realizar formação sobre os Padrões de Qualidade a pelo menos 9 enfermeiros do serviço de especialidades II.  Nomear um(a) enfermeiro(a) responsável pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem
		Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.	
		Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem.	
	<b>A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem</b>	Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela.	Iniciar um sistema de registo de erros de medicação.
		Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; JointCommission; King'sFund).	Incluir o serviço de especialidades II no sistema de avaliação da qualidade Institucional
		Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental.	Nomear um enfermeiro responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental

		Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.	
	<b>Existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados</b>	Controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde.	Rever e atualizar normas existentes
		Triagem de resíduos.	
		Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício).	
		Armazenamento dos stocks.	
		Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos, ...).	
	<b>Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem</b>	Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços.	Nomear um enfermeiro responsável pela adequação dos produtos às necessidades do serviço

	<b>Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem</b>	<p>Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.</p> <p>Existência de um sistema de gestão de stocks.</p>	Rever e atualizar prazos de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.
<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA</b>
<b>Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão</b>	<b>A existência de um sistema de informação em enfermagem;</b>	- que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.	Esta a ser implementado na Unidade Local de Saúde
		- que explicita o processo de tomada de decisão.	
		- que utilize Linguagem classificada – CIPE.	
	<b>Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação;</b>	- que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.	Esta a ser implementado na Unidade Local de Saúde
		- que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).	

<b>Dimensões</b>	<b>CrITÉRIOS</b>	<b>Indicadores</b>	<b>PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA</b>
<b>Satisfação profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros</b>	Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.	Realizar questionários semestralmente de forma a avaliar a satisfação dos enfermeiros
		Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros.	
	<b>Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros</b>	Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.	Ter em consideração os dados recolhidos pelo sistema de Classificação dos Doentes de forma a dotar os serviços com o número adequado de enfermeiros
<b>Dimensões</b>	<b>CrITÉRIOS</b>	<b>Indicadores</b>	<b>PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA</b>
<b>Dotações seguras em Enfermagem</b>	<b>Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;</b>	Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.	Ter em conta o Guia de Recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde (indicadores e valores de referência)
		Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.	
	<b>Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem</b>	Índice de rotatividade anual inferior a 15%.	Cumprir norma de elaboração das escalas de trabalho
	<b>Escalas de trabalho adequadas</b>	Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.	

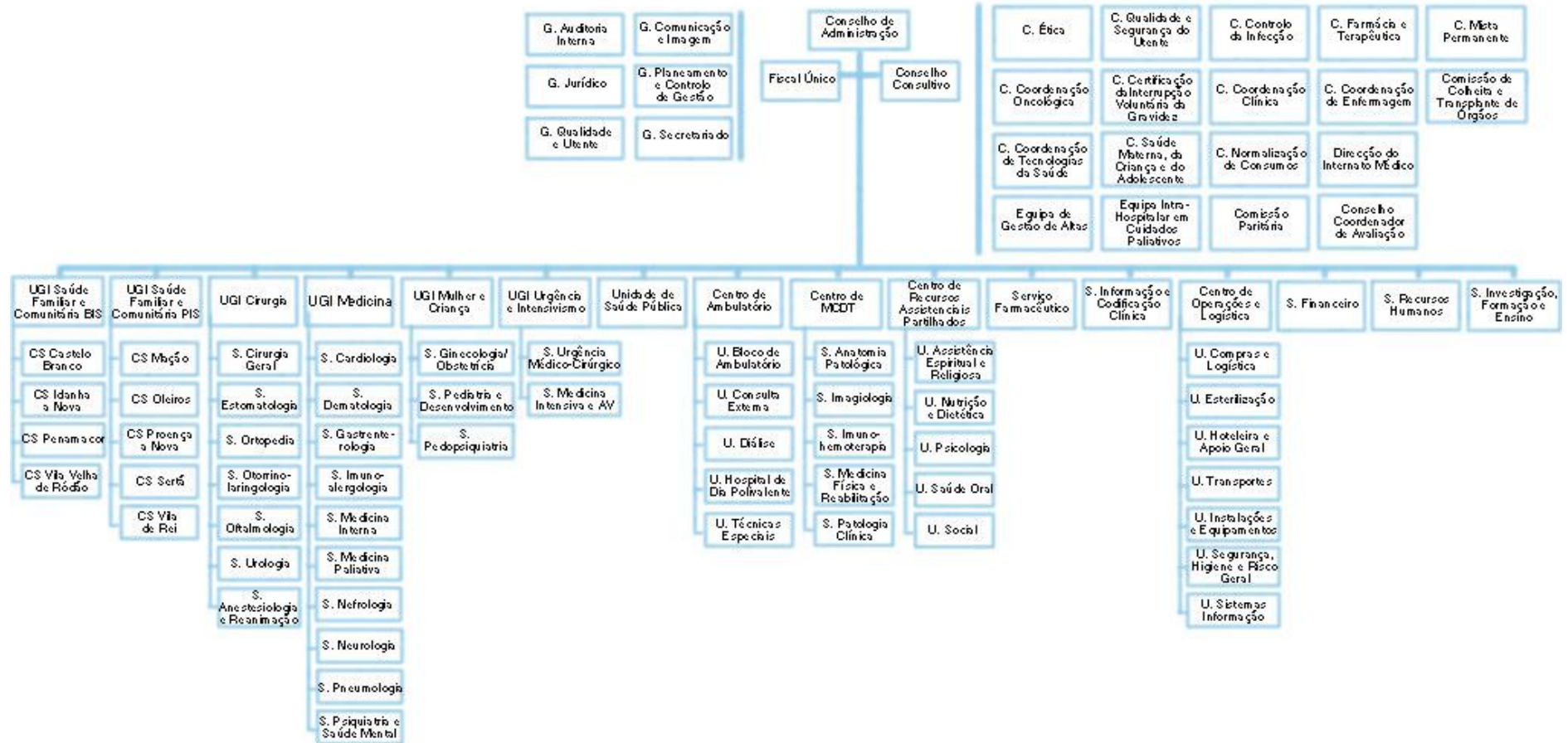
		Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE.	
	<b>Ter recursos humanos para PTE</b>	Respeito pelo rácio supervisando-número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica	
<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA</b>
<b>Política de Formação Contínua de Enfermeiros</b>	<b>A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade</b>	Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço.	<p>Nomear um enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço</p> <p>Realizar no início do ano uma lista dos temas que os enfermeiros identifiquem como pertinentes para o serviço especialidades II</p>
		Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades dos enfermeiros	
		Existência e contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.	
		Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).	
		Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem.	

		Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de caso”; “Supervisão Clínica”.	
		Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.	
	<b>Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço</b>	Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais).	Realizar cursos frequentes sobre temas relevantes e fulcrais para a prática de enfermagem, como por exemplo: suporte avançado de vida
		Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem.	Criar parceiros para a formação aos enfermeiros no serviço de especialidades II
		Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço.	Criar um Plano de Integração de Enfermeiros no serviço definindo, entre outras coisas, o quadro conceptual daquele serviço específico
<b>Dimensões</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE MELHORIA</b>
<b>Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem</b>	<b>Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade</b>	Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidencia científica e tendo por referencia os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	Definir o método de organização do trabalho de forma a assegurar uma prestação de cuidados global e segura, consoante os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem
		Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.	
		Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de	

		cooperação entre supervisor e supervisando.	
--	--	--	--

**ANEXO IV**  
**ORGANOGRAMA DA UNIDADE LOCAL DE**  
**SAÚDE DE CASTELO BRANCO**

## Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (Proposta)



**ANEXO V**  
**NORMA 9 – RECOMENDAÇÕES RELACIONADAS COM A**  
**CATETERIZAÇÃO**

## **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

Remover e dar o destino adequado a todo o material. (Ver Norma 8 sobre Resíduos Hospitalares).

Lavar as mãos.

### **REGISTOS**

Procedimento – data, hora e local de colocação do cateter

Local de punção

Calibre e tipo de cateter utilizado

Heparinização (data e hora, quantidade e diluição)

Data de remoção/substituição do cateter e sinais observados

Data de substituição do circuito

Produtos/medicações administradas.

## **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

- Penso transparente ou compressa estéril e adesivo
- Solutivo de perfusão, sistema, torneira, prolongamento, de acordo com a prescrição
- Solução desinfetante de base alcoólica (presentemente em uso CUTASEPT em spray)
- Contentor de corto-perfurantes.

### **ACCÇÕES**

Identificar o doente e verificar a prescrição

Explicar o procedimento ao doente de modo a reduzir a sua ansiedade e obter a sua colaboração

Proceder à lavagem das mãos e colocar um avental de plástico

Preparar e colocar junto do doente todo o material necessário

Posicionar correctamente o doente

Colocar o resguardo sob o local a puncionar

Aplicar o aerossol de CUTASEPT

Utilizar luvas e, com uma compressa esterilizada, friccionar o local com movimentos circulares do centro para a periferia. Não voltar a palpar o local de inserção se não tiver usado luvas estéreis.

Puncionar por cima ou do lado da veia com o bisel da agulha virado para cima fazendo um ângulo de 25° a 45°

Verificar a colocação correcta do cateter através do refluxo do sangue

Retirar o garrote

Remover as luvas

Proceder à fixação do cateter com penso apropriado

Adaptar o sistema da perfusão e regular o fluxo da infusão de acordo com as necessidades do doente e/ou prescrição médica ou adaptar tampa (de preferencia com membrana) ao prolongamento curto (5cm) e heparinizar o circuito de acordo com o protocolo do serviço

Limpar o local e reposicionar o doente

### **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

4. Substituir cateter, sistema e local de punção de 3 em 3 dias para prevenir a flebite. Retirar o cateter se surgirem sinais de flebite e/ou infecção, seleccionar novo vaso mais proximal e substituir todo o circuito.

5. Verificar sempre a permeabilidade do cateter antes de administrar a terapêutica. Não forçar a entrada de qualquer solução. Se a situação clínica e/ou os sinais vitais se alterarem, suspender a administração da terapêutica, informar o médico e actuar de acordo com os protocolos do serviço.

6. O penso do local de inserção do cateter deve ser substituído se estiver solto ou ficar molhado. Deve ser feita observação diária do local de punção e efectuar palpação para despistar sinais de flebite, sem remover o penso.

7. Utilizar prolongamentos venosos únicos, apenas com o comprimento necessário e suficiente à mobilização do doente. Colocar as torneiras o mais distante possível do local da punção. O frasco/saco com o fluido administrado não deve correr durante mais de 24 horas. Substituir o circuito, com técnica asséptica, imediatamente após a administração de sangue e derivados ou alimentação parentérica.

8. Heparinizar o cateter de acordo com o protocolo do serviço. Quando não for necessária a perfusão contínua, re-heparinizar o cateter após cada utilização. Se o cateter estiver heparinizado, não introduza o soro aspirado; inutilize-o.

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

- Garrote
- Luvas esterilizadas
- Resguardo impermeável
- Cateteres de punção percutânea
- Compressas esterilizadas

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Existe controvérsia sobre se as luvas usadas devem ser ou não estéreis. No entanto, recomenda-se a técnica asséptica dado que se vai tocar com a mão no local da punção. (recomendação do Programa Nacional de Controle de Infecção).

- Não está demonstrada a utilidade da aplicação de pomadas com anti-séptico ou antibiótico no local de inserção tanto na colocação como na altura do penso pelo que esta medida não é recomendada.

### OBJECTIVOS

Administrar fluidos de forma intermitente ou contínua

Administrar terapêuticas

Permitir colheitas de sangue em situações específicas

### INFORMAÇÕES GERAIS

#### Quem executa

A cateterização periférica pode ser efectuada pelo médico ou pelo enfermeiro

#### Orientações quanto à execução

1. Confirmar o objectivo da punção
2. Escolher o material e a iluminação adequadas e respeitar a privacidade do doente. Seleccionar o cateter em função do volume e caudal a perfundir.
3. Os locais comuns para a punção venosa periférica incluem: dorso da mão, antebraço, região ante-cubital e braço. Puncionar o mais distal possível para preservar o vaso evitando as zonas de flexão. Verificar a localização, profundidade e distensão do vaso através da observação e palpação. Usar os membros inferiores somente em casos extremos mudando para o membro superior na primeira oportunidade.

## **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

### **CATETERIZAÇÃO PERIFÉRICA**

#### **PROCEDIMENTO**

Cateterização venosa periférica é o conjunto de acções que visam quer a administração de soluções/terapêuticas, de forma intermitente ou contínua, como a colheita de amostras de sangue em situações bem definidas.

#### **CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO CONTROLO DE INFECÇÃO**

A inserção e manutenção de cateter periférico constitui um risco acrescido de infecção pelo que algumas medidas básicas devem ser tomadas para minimizar o referido risco.

- É essencial que as mãos sejam lavadas antes da colocação ou manuseamento do cateter.
- A pele do doente deve ser desinfectada com um soluto de base alcoólica antes da cateterização. A desinfectação deve fazer-se com movimentos circulares do centro para a periferia com um tempo de contacto do anti-séptico de pelo menos 30 segundos.
- O penso aplicado sobre o cateter deve ser estéril. O adesivo não deve ser colocado directamente sobre o local de inserção. Deve utilizar-se uma compressa estéril por baixo do adesivo ou um penso transparente.
- O cateter deve ficar bem fixo no local de inserção. O local de inserção deve ser vigiado diariamente e quando o doente tiver febre ou queixas locais. Deve fazer-se uma palpação suave através do penso intacto procurando sinais de edema, dor ou exsudado.
- Os líquidos administrados não devem correr durante mais de 24 horas.
- Todas as manipulações do cateter ou sistemas devem ser feitas com técnica asséptica.

**ANEXO VI**  
**NORMA 12 – RECOMENDAÇÕES RELACIONADAS COM A**  
**LAVAGEM DAS MÃOS**



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:14/14

### Situações Especiais

#### **A) DOENTES**

- Os doentes dependentes devem ser ajudados a lavar as mãos.
- Os doentes autónomos devem ser ensinados e estimulados a lavar as mãos:
- Após a utilização da casa de banho
- Antes e após as refeições
- Sempre que estejam visivelmente sujas

#### **B) VISITAS**

- Antes de contactarem com o seu familiar/amigo internado
- Antes de saírem do hospital

**C)** Quando a mãe ou outra pessoa significativa para a criança, participa nos seus cuidados, o serviço interveniente deve elaborar um programa de ensino e sensibilização sobre a importância e a frequência da lavagem das mãos.

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:13/14

### Método de esfrega

#### PRODUTO A UTILIZAR:

- Sabão líquido com anti-séptico (os mesmos da lavagem asséptica), em dispenser de cotovelo.

#### TÉCNICA:

- Molhar as mãos, punhos e antebraços até dois dedos acima do cotovelo
- Aplicar 5ml de sabão anti-séptico e cobrir toda a superfície, friccionando para uma melhor eficácia
- Escovar as unhas com escova macia esterilizada, apenas antes da primeira cirurgia do dia (o uso continuado de escova danifica a pele e aumenta o risco de colonização com Staphylococcus aureus)
- Enxaguar e fazer nova aplicação de sabão anti-séptico, voltando a friccionar em todas as áreas indicadas, enxaguando em seguida
- O processo deve demorar entre 3 a 5 minutos
- Secar as mãos com toalhete esterilizado

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:12/14



7ªa)



7ª b)



7ª c)

**7º Passo**

Fricção rotacional do punho, seguido do antebraço até 2 dedos acima do cotovelo

**2º TEMPO:**

Repetir todos os passos até metade do antebraço (do 1º passo até ao 7b)

**3º TEMPO:**

Repetir todos os passos até ao punho, friccionando até a pele ficar completamente seca (do 1º passo até 7a).

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:11/14

**1º TEMPO:**



**1º Passo**  
Palma com palma



**2º Passo**  
Palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda e vice-versa



**3º Passo**  
Palma contra palma com dedos entrelaçados



**4º Passo**  
Dorso dos dedos contra palma oposta com dedos encaixados



**5º Passo**  
Fricção rotacional do polegar esquerdo encaixado na mão direita e vice-versa



**6º Passo**  
Fricção rotacional para trás e para a frente com dedos juntos da mão direita sobre a palma esquerda e vice-versa

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:10/14

### DESINFECÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS

Deve ser efectuada antes da intervenção cirúrgica. Existem dois métodos para a sua concretização: o **Método de fricção** e o **Método de esfrega**.

#### MÉTODO DE FRICÇÃO:

A CCI recomenda fortemente o recurso a este método, uma vez que reduz drasticamente os microorganismos e é 100 vezes mais eficaz que a desinfeção com o sabão anti-séptico.

#### PRODUTOS A UTILIZAR:

Sabão líquido com PH neutro para a pele + Solução alcoólica com ingredientes protectores da pele.

#### TÉCNICA:

- Efectuar lavagem prévia das mãos, antebraço, incluindo até dois dedos acima do cotovelo com sabão líquido de PH neutro durante 1 minuto. Secar com toalhete não estéril.
- Aplicar quantidade de desinfectante necessário para manter toda a área húmida durante todo o período de aplicação.

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Administração Regional de Saúde do Centro  
**Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco**  
**Comissão de Controlo de Infecção**



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:9/14

**PRODUTO A UTILIZAR:**

Solução alcoólica (de acordo com a EN 1500) com base dermoprotectora

**TÉCNICA:**

*(Método standard de fricção de acordo com a EN 1500)*

Aplicar a solução alcoólica nas mãos secas e aparentemente limpas.

Friccionar vigorosamente várias vezes durante 30 segundos respeitando os movimentos e a ordem da fig.1.

Repetir os movimentos de cada passo por 5 vezes.

Assegurar que as mãos se mantêm húmidas durante todo o processo.

Não secar com toalhete

Não calçar luvas com as mãos húmidas

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:8/14

### DESINFECCÃO ALCÓOLICA

Trabalhos efectuados relativos á desinfeccção alcoólica comprovam que a fricção com álcool é muito eficaz na redução da contaminação microbiana. Por outro lado reduz para 1/3 o tempo despendido pelos profissionais de saúde para a higiene das mãos. Por isso a utilização da solução alcoólica é uma alternativa eficaz.

#### OBJECTIVOS:

- Destruir a flora transitória
- Reduzir o número de bactérias da flora residente
- Impedir que as mãos sejam uma fonte de transmissão de infecção

#### DEVERÁ SER EFECTUADA:

Antes de procedimentos assépticos;

- Entre contacto com doentes;
- Antes do contacto com doentes em risco de infecção (imunodeprimidos);
- Após o contacto com doentes em isolamento de contenção (infectados ou colonizados);
- Após o contacto com objectos e materiais contaminados;
- No final do trabalho diário, antes de sair do serviço;

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:7/14

### LAVAGEM ASSÉPTICA OU DESINFECCÃO HIGIÉNICA

Aplicação de sabão líquido com anti-séptico para eliminação química de grande parte da população microbiana transitória.

#### DEVERÁ SER EFECTUADA:

- Antes da execução de procedimentos invasivos;
- Antes de prestar cuidados a doentes imunodeprimidos;
- Em surtos de microorganismos multi-resistentes;
- Em unidades de cuidados intensivos;
- Após contacto com doentes que estejam em isolamento.

#### PRODUTO A UTILIZAR:

Sabão líquido com anti-séptico. Os anti-sépticos em uso na instituição são a clorhexidina e a iodopovidona, solução espuma.

#### TÉCNICA:

Humedecer as mãos e em seguida aplicar 3 a 5 ml de sabão líquido anti-séptico;

Utilizar a mesma técnica referida para a lavagem de higiene; (Fig.1)

O processo deve demorar entre 30 segundos a 1 minuto.

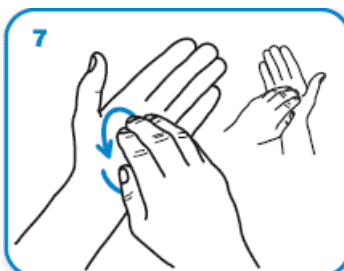
Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



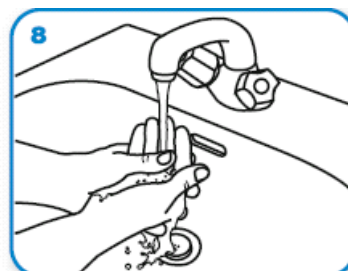
<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:6/14



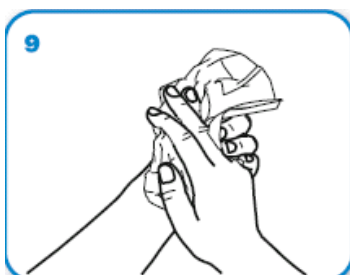
Esfregar em rotação o espaço do polegar direito com a palma esquerda e vice versa



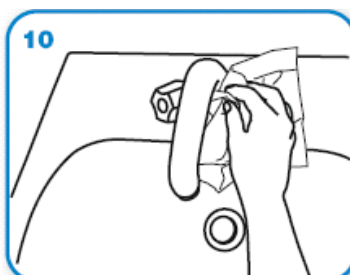
Esfregar em rotação com os dedos juntos, na zona anterior toda a área da palma a da mão esquerda e vice versa.



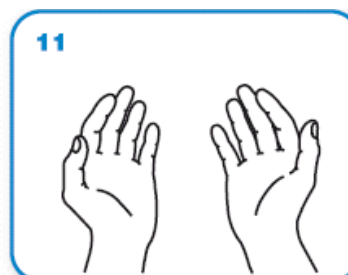
Enxaguar abundantemente as mãos



Secar completamente as mãos com um toalhete descartável



Aproveitar o toalhete para fechar a torneira



As suas mãos estão seguras

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---

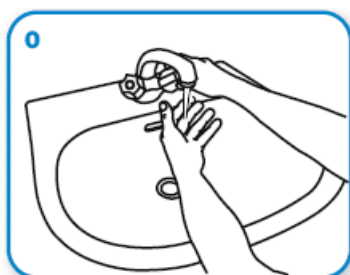


<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:5/14

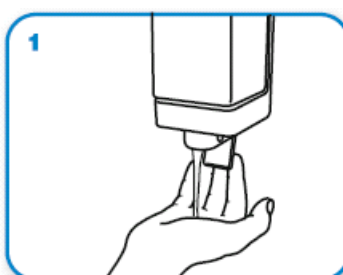
### TÉCNICA DE LAVAGEM

Utilizar a técnica que se apresenta nas figuras que se seguem.

O processo deve demorar 10-15 segundos.



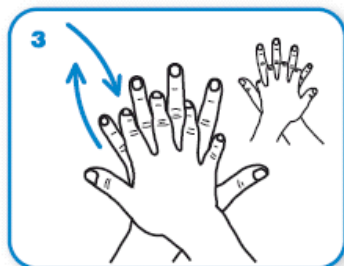
**Molhar as mãos**



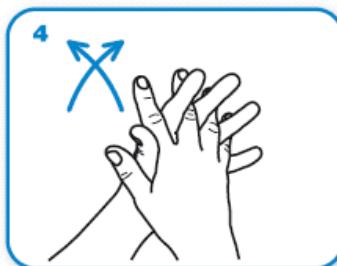
**Adicionar sabão**



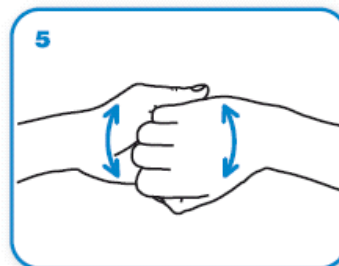
**Esfregar palma com palma**



**Palma direita sobre o dorso da mão esquerda e palma esquerda por cima do dorso da mão direita**



**Palma com palma com os dedos interligados**



**Costas dos dedos em oposição à palma com os dedos interligados**

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:4/14

### Como?

A lavagem das mãos define-se como um esfregar vigoroso de ambas as superfícies, incluindo dedos e punhos, seguida de enxaguamento com água corrente, tendo em especial atenção as unhas, que devem estar curtas e limpas, as zonas interdigitais, punhos e palmas das mãos.

Devem ser retirados todos os objectos de adorno, incluindo pulseiras e evitar o uso de vernizes, pois limitam a visualização de sujidade.

### LAVAGEM HIGIÉNICA

Deverá ser efectuada no dia a dia, constando de uma correcta técnica de lavagem, de modo que os microorganismos transitórios sejam removidos.

### PRODUTO A UTILIZAR:

Sabão líquido com PH neutro, proveniente dos *dispenser* existentes em todos os serviços. Ter em atenção que o sabão pode contaminar-se, por esse motivo nunca encher o contentor antes de o lavar.

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:3/14

- Considera-se que a lavagem das mãos é um componente importante da higiene pessoal, particularmente do pessoal de saúde, devendo este procedimento ser rotina para todos: médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, doentes e visitas.

**TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM LAVAR AS MÃOS.**

**QUANDO?**

- Ao chegar à unidade.
- Sempre que estiverem visivelmente sujas.
- Antes e após o uso de luvas.
- Antes de manipular material esterilizado.
- Antes e após examinar ou prestar cuidados ao doente.
- Antes de iniciar actividades que exijam condições de higiene, por ex.: preparação de terapêutica.
- Após manusear produtos biológicos.
- Após manipular equipamento/material contaminado.
- Após o manuseamento de roupas sujas e resíduos hospitalares.
- Antes de manusear alimentos.
- Depois da utilização das instalações sanitárias.
- Após assoar o nariz e se tiver sensação desagradável de estar com as mãos sujas ou que tocaram humidade.

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:2/14

- A pele das mãos apresenta flora bacteriana que se divide em duas categorias:

**Flora transitória:** constituída por microorganismos que vivem temporariamente na pele, podendo ser patogénicos ou não. São adquiridos por contacto com o ambiente (equipamento/material contaminado) e com pessoas (doentes colonizados/infectados).

Como exemplo desta flora temos o *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, rotavirus.

**Flora residente:** constituída por microorganismos normais da pele, encontrando-se localizados na epiderme onde se multiplicam. Como exemplo desta flora temos o *Staphylococcus epidermidis*, difteróides aeróbico e anaeróbicos.

A maioria dos microorganismos habitualmente existentes na pele não são altamente virulentos, mas podem causar infecção nosocomial em doentes imunocomprometidos, submetidos a cirurgia ou a outro qualquer processo invasivo.

Os microorganismos encontrados nas mãos do pessoal hospitalar, adquiridos a partir do contacto com equipamentos/material contaminado e doentes colonizados/infectados são normalmente mais virulentos e podem causar infecção nosocomial em doentes sem comprometimento imunológico

A lavagem das mãos é a atitude mais simples e mais importante para a prevenção da infecção nosocomial; medida de Categoria I do Centers for Disease Control and Prevention (aplicável a todas as instituições hospitalares e fortemente suportada e apoiada por trabalhos de investigação).

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---



<b>COMISSÃO DE CONTROLE DE INFEÇÃO</b>	<b>NORMA – 12 LAVAGEM DAS MÃOS</b>	VERSÃO: 1
		DATA: 15/05/2008
		PRÓXIMA REVISÃO: 2011
		PÁGINAS:1/14

## 1. OBJECTIVO

- Melhorar as práticas de higiene das mãos.
- Reduzir a transmissão cruzada de microorganismos patogénicos.

## 2. APLICAÇÃO

Todos os serviços clínicos e não clínicos. Todos os profissionais da Instituição (Médicos, Enfermeiros, Auxiliares da Acção Médica, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica) doentes e visitas.

## 3. REFERÊNCIAS

CDC, “Guideline for hand hygiene in health-care settings”. MMWR, Outubro 25,2002/vol.51/nºRR-16.

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention.*

Ex. : – Exemplo.

Fig. – Figura.

## 5. REQUISITOS

A lavagem das mãos é o procedimento mais importante na prevenção e no controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde. Historicamente foi comprovada a sua importância por Semmelweis e tem merecido atenção das publicações clássicas mais importantes sobre esta matéria.

Elaborado por: Enf. da CCI Data: 15/05/2008	Verificado por: Coordenadora da CCI Data: 15/05/2008	Aprovado por: Conselho de Administração Data:
---	--	---

**ANEXO VII**

**NORMA 7 – RECOMENDAÇÕES RELACIONADAS COM A  
PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES TRANSMITIDAS POR GRAM -**

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

**RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES  
TRANSMITIDAS POR BACIOS GRAM NEGATIVOS NÃO  
FERMENTATIVOS**

Os bacilos gram negativos não fermentativos constituem um grupo de bactérias que se caracterizam por se desenvolverem em meios húmidos, serem pouco exigentes em termos nutricionais e de crescimento, serem resistentes a muitos antibióticos e anti-sépticos e cuja patogenicidade depende da produção de glicocálix, endo e exotoxinas. Incluem-se neste grupo os géneros *Pseudomonas*, *Stenotrophomonas*, *Acinetobacter*, *Flavobacterium* e *Alcaligenes*.

**Epidemiologia**

Apesar do recurso a antibióticos potentes e o melhor conhecimento da epidemiologia estas bactérias oportunistas continuam a estar na origem de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS). **Estas infecções colocam problemas terapêuticos difíceis dado a sua natural resistência aos antibióticos e a frequência de estirpes multiresistentes.** O uso de antibióticos favorece a selecção de estirpes resistentes. Na análise da cadeia de transmissão destas infecções é importante considerar os seus reservatórios ou fontes, as vias de transmissão e os hospedeiros susceptíveis.

**Reservatórios**

Reservatórios inanimados: estes microrganismos podem ser encontrados em quase todos os locais com humidade nomeadamente lavatórios, torneiras etc., em líquidos como soros, anti-sépticos, em equipamentos e superfícies expostas ao contacto com as mãos dos profissionais, as secreções e excreções de doentes. A *Pseudomonas* encontra-se frequentemente nos alimentos e na água e esses aspectos não devem ser esquecidos nos doentes imunodeficientes. Para além disso, o *Acinetobacter* pode sobreviver em ambientes secos durante cerca de uma semana.

### COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Reservatórios animados: os doentes colonizados constituem um reservatório importante sobretudo em unidade especiais (UCI, queimados, Oncologia). No que se refere à *Pseudomonas aeruginosa* a taxa de doentes hospitalares colonizados é relativamente elevada sendo os locais mais frequentes de colonização o recto, faringe e períneo . O *Acinetobacter baumannii* está presente na pele de 25% de pessoas saudáveis e cerca de um terço dos doentes hospitalizados e nas mãos dos profissionais de saúde. São raros os portadores rectais ou faríngeos excepto nas UCI. *Stenotrophomonas maltophilia* tem sido encontrado no intestino em um terço dos doentes das Unidades de Hematologia e geralmente não coloniza as mãos dos profissionais de saúde.

#### Vias de transmissão

Fontes contaminadas como a água, alimentos, anti-sépticos, endoscópios, colchões podem constituir vias de transmissão. No entanto, o respeito pelos princípios básicos de assépsia eliminam o risco destas vias. A disseminação doente a doente faz-se a partir dos doentes colonizados ou infectados quer directamente quer através das mãos dos profissionais.

Para além das vias referidas atrás pode ainda ser transmitido através do ar podendo ser encontrado num raio de 3 metros à volta de um doente infectado/colonizado.

A colonização da pele dos doentes e a transmissão através das mãos dos profissionais são consideradas mais importantes do que a contaminação do ambiente.

#### Hospedeiro susceptível

O indivíduo imunodeprimido é especialmente susceptível à infecção por estes microrganismos assim como os indivíduos com queimaduras extensas, estomas, ou procedimentos invasivos como catéteres vasculares, ventilação assistida, cateter vesical, (UCI) etc.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

**RECOMENDAÇÕES:**

**1. - Eliminar os reservatórios e conter na fonte:**

- Desinfectar as mãos após contactos contaminantes devendo para o efeito serem colocados suportes com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) aos pés da cama do doente colonizado/infectado.
- Usar luvas e avental quando se prevê contacto com secreções/excreções do doente colonizado/infectado, mantendo-se um recipiente para resíduos do Grupo III, junto da cama do doente para recolha das luvas e avental usados a fim de evitar que os mesmos sejam usados no doente seguinte.
- Durante os cuidados ao doente evitar a transferência de microrganismos de locais colonizados para locais susceptíveis de infecção (por exemplo do períneo para o aparelho respiratório; do aparelho respiratório para feridas ou acessos vasculares) devendo-se mudar de luvas se necessário.
- Evitar a permanência de frascos abertos com líquidos que se possam contaminar.
- Não permitir a permanência de vasos com flores à cabeceira dos doentes de risco (neutropénicos, UCI).
- Se possível, colocar o doente com infecção numa extremidade do serviço de modo a não estar num ponto de passagem reduzindo o risco de contaminação por contacto das batas/aventais dos profissionais.
- As roupas devem ser removidas para o contentor com saco para roupa infectada, (ver Norma 2-Circuito da Roupa Hospitalar) colocado junto da cama do doente, evitando movimentos bruscos a fim de limitar a disseminação dos microrganismos.
- A limpeza diária dos quartos é idêntica à que se efectua nas outras enfermarias. No entanto, os quartos de isolamento devem ser lavados no final e o material/equipamento de limpeza deve ser cuidadosamente lavado e guardado.

No final da lavagem devem ser desinfectadas todas as superfícies de contacto com especial atenção para as zonas muito manuseadas como manípulos das portas, barras das camas, puxadores de gavetas, interruptores, etc. O equipamento deve ser

### **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

desinfectado com toalhetes descartáveis usando a solução desinfectante de superfícies TFD 9-10 Vapo, em todos os serviços clínicos, à excepção dos serviços de UCIP, Diálise, B.O. e BA onde deve ser usado Desinet Compact Konzentrat. Devem ser escrupulosamente respeitadas as regras de utilização dos desinfectantes, quanto ao modo de utilização e tempo de contacto, para se obter o efeito biocida desejado. No caso de eventuais rupturas de stock, dos desinfectantes referidos, pode ser utilizado álcool a 70°, devendo, neste caso, usar um toalhete descartável embebido em álcool (nunca vaporizar álcool) e repetir o procedimento três vezes. Em determinados equipamentos/monitores, devem ser respeitadas as recomendações específicas do fabricante.

- Submeter à desinfectação térmica (em máquina) de todo o material usado no doente (urinóis, arrastadeiras e bacias de higiene) evitando a lavagem manual que tem riscos acrescidos de contaminação do ambiente através dos salpicos e aerossóis produzidos. As louças não necessitam de ser tratadas em separado.
- Não é necessária a restrição de visitas desde que não tenham contacto com outros doentes. As visitas devem lavar as mãos antes de sair ou em alternativa usar o SABA (solução anti-séptica de base alcoólica).

#### **2. - Cortar as vias de transmissão**

- Para além da desinfectação das mãos e descontaminação dos materiais é necessário cuidado no despejo de líquidos contaminados (de drenagem, água do banho, urina etc.) a fim de evitar os salpicos e aerossóis.
- Individualizar alguns materiais como estetoscópio, termómetro, carro de higiene.
- Deixar correr a água da torneira durante alguns minutos (cerca de 5 minutos) à temperatura máxima, uma vez por dia, de preferência à tarde, a fim de fazer a sua descontaminação.
- Não utilizar, se possível, o lavatório das mãos para despejo de águas usadas nos cuidados de higiene ou outras.
- Assegurar que não há ruptura dos consumíveis (sabão líquido e toalhetes).

### COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

#### 3. - Proteger o hospedeiro susceptível

- Respeitar as regras gerais da lavagem das mãos após contactos contaminantes e antes do contacto com o hospedeiro susceptível.
- Nos doentes imunodeprimidos evitar saladas, frutas e outros alimentos crus.
- Para oxigenioterapia com humidificação, utilizar apenas os dispositivos de água destilada para inalação, de uso único. Não utilizar copos humidificadores.
- Usar prudentemente os antibióticos.

#### 4. - Deslocação do doente para outras salas ou serviços

- A saída dos doentes deve ser programada de forma a reduzir ao mínimo os períodos de espera p. ex. marcação de exames no fim da lista deslocando-se o doente directamente para o exame, sem permanecer na sala de espera.
- O doente deve usar pijama limpo e roupa de cama deve também ser mudada antes de sair a fim de reduzir a possibilidade de contaminação.
- Deve-se chamar a atenção de todo o pessoal que contacte com o doente para a importância da lavagem correcta das mãos após o contacto com o doente;

#### 5. - Alta, transferência ou morte

- Após a saída do doente, deve ser feita uma limpeza de fundo à unidade, usando água e detergente. No final da lavagem devem ser desinfectadas todas as superfícies de contacto com especial atenção para cama, o colchão, mesa-de-cabeceira, e as zonas muito manuseadas como manípulos das portas, barras das camas, puxadores de gavetas, interruptores, etc. Devem ser escrupulosamente respeitadas as regras de utilização dos desinfectantes quanto ao modo de utilização e tempo de contacto (procedimento descrito no ponto 1) Os cortinados de separação entre camas, caso existam, devem ser removidos e enviados à lavandaria.
- No caso de transferência, além de se terem os cuidados para a deslocação/circulação do doente, a situação clínica do mesmo deve ser obrigatoriamente assinalada, em carta de transferência.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

- No caso de morte devem ser utilizados os sacos de cadáver descartáveis. Devem ser seguidos os procedimentos de higiene normais numa unidade de internamento. Deve fazer-se o reforço da higiene das mãos.

**6. - Vigilância epidemiológica**

No caso de microrganismos resistentes aos antimicrobianos, deve ser efectuado o registo de todas as situações clínicas, e portanto devem ser preenchidas todas as fichas de Vigilância Epidemiológica e enviadas ao secretariado do Gabinete das Comissões Técnicas do HAL.

**Bibliografia**

1. Allen KD e Grenn HT, 1987 J Hosp Inf 9:110
2. Olson B et al. 1984 J Inf Dis 150:808-816
3. French GL e Casewell MW, 1980 BMJ 281:388
4. Patterson JC et al 1991 Am J Med 91:479-483
5. Crombach WHS et al 1989 Int Care Med 15:166-170

**ANEXO VIII**  
**NORMA 8 – RESIDUOS HOSPITALARES**

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

### RESÍDUOS HOSPITALARES

- Segundo a OMS (1993), são considerados resíduos perigosos todos aqueles que, pelas suas características **físicas, químicas** ou **biológicas**, requerem processos especiais de manuseamento e tratamento final. O tratamento especial que este tipo de resíduos necessita, ao contrário dos resíduos urbanos, tem como objectivo prevenir riscos para a saúde pública e impactos ambientais.

### OS RESÍDUOS E OS IMPACTOS AMBIENTAIS

- Os impactos ambientais resultantes do inadequado tratamento dos resíduos podem agrupar-se nos seguintes grandes grupos:
  - Doenças infecciosas no homem, animais e plantas.
  - Toxicidade humana e animal.
  - Acidentes.
  - Contaminação do ar, água e solos.
  - Propagação de vectores de doença. cheiros e aspecto desagradável.

### CARACTERIZAÇÃO DOS VÁRIOS TIPOS DE RISCO

- **Riscos biológicos :**

Implica a existência de agentes patogénicos nos resíduos (Estão ligados aos microrganismos patogénicos e às doenças transmissíveis). Neste grupo incluem-se também os riscos relacionados com o manuseamento de dispositivos cortantes/perfurantes.

- **Riscos físicos :**

Estão ligados à exposição a substâncias radioactivas, vibrações, ruído ambiente térmico e iluminação.

- **Riscos químicos:**

Exposição a substâncias químicas, tóxicas ou carcinogénicas. Neste grupo incluem-se também os riscos relacionados com o manuseamento de dispositivos cortantes/perfurantes.

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

### CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS

Conforme o Despacho n.º 242/96, de 13 de Agosto, os resíduos hospitalares subdividem-se em 4 grupos: Grupo I, Grupo II, Grupo III e Grupo IV. Cada grupo engloba diferentes tipos de resíduos consoante a sua perigosidade e possibilidade de contaminação.

■ Não perigosos:

Grupo I

Grupo II

■ Perigosos :

Grupo III

Grupo IV

### CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS I II III e IV

■ **Grupo I:-SACO PRETO**

Os resíduos do Grupo I são equiparados a resíduos urbanos e, como tal, não apresentam exigências específicas no seu tratamento. São acondicionados em saco preto.

■ São considerados resíduos do Grupo I:

- Resíduos provenientes de serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (oficinas, armazéns, jardins e outros);
- Embalagens e invólucros comuns (papel, cartão, mangas e outros de idêntica natureza);
- Resíduos provenientes da hotelaria, resultantes da confecção, assim como restos de alimentos servidos a doentes não incluídos no Grupo III.

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

### ■ Grupo II:-SACO PRETO

Os resíduos do Grupo II são equiparados a resíduos urbanos e, como tal, não apresentam exigências específicas no seu tratamento. São acondicionados em saco preto.

### ■ São considerados resíduos do Grupo II:

- Material ortopédico (talas, gesso e ligaduras gessadas não contaminadas e sem vestígios de sangue);
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Material de protecção individual, utilizado nos serviços gerais e de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico e/ou comum, com excepção dos incluídos no grupo III e no grupo IV;
- Fracos de soros não contaminados, com excepção dos do grupo IV.

**Em caso de dúvida, relativa ao destino a dar a algum destes tipos de materiais, deve ser consultada a CCI.**

### ■ Grupo III:-SACO BRANCO

Os resíduos pertencentes ao Grupo III são todos aqueles que se encontram contaminados ou suspeitos de contaminação. Exigem pré-tratamento eficaz, antes da eliminação como resíduos sólidos urbanos. Estes resíduos são acondicionados em saco branco, apresentam risco biológico e são sujeitos a autoclavagem antes da sua colocação em aterro sanitário.

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

### ■ São considerados resíduos do Grupo III:

- Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos, de unidades de hemodiálise, blocos operatórios, salas de tratamento, salas de autópsia e de anatomia patológica, patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do grupo IV;
- Todo o material utilizado em diálise;
- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;
- Sistemas utilizados na administração de soros e de medicamentos, com excepção do grupo IV;
- Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;
- Material ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue (talas, gesso e ligaduras gessadas);
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contactos com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais e outros ).

**Em caso de dúvida, relativa ao destino a dar a algum destes tipos de materiais, deve ser consultada a CCI.**

### ■ **Grupo IV:-SACO VERMELHO / CONTENTOR AMARELO**

No grupo IV estão incluídos os resíduos hospitalares específicos de inceneração obrigatória. São acondicionados em saco vermelho para o caso de resíduos de risco químico/biológico e em caixas resistentes e impenetráveis (contentores amarelos) próprios para resíduos cortantes perfurantes.

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

### ■ São considerados resíduos do Grupo IV:

- Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas;
- Cadáveres de animais de experiência laboratorial;
- Materiais cortantes e perfurantes (ampolas, frascos-ampolas, agulhas, catéteres e todo o material invasivo);
- Produtos químicos e fármacos rejeitados;
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

**Em caso de dúvida, relativa ao destino a dar a algum destes tipos de materiais, deve ser consultada a CCI.**

### RESÍDUOS SUJEITOS A TRIAGEM ESPECÍFICA

- As pilhas danificam os incineradores e, como tal não podem ser incineradas. Também não podem ser depositadas nos aterros sanitários porque contaminam os solos e a água. Devem ser recolhidas para um pilhómetro para posterior reciclagem.
- As embalagens de aerossóis, embalagens de pele plástica e outros produtos em vaporizador por pressão, não podem ir para incineração porque danificam o incinerador. Este tipo de materiais deve seguir em saco branco ou saco preto consoante esteja ou não contaminado.
- As películas de RX devem ir para reciclagem de prata (no nosso hospital o problema já não se põe porque o RX é digitalizado).
- O cartão e papel deve ir para reciclagem. O saco que o transporta deve ter etiqueta identificando-o como cartão/papel para reciclagem, para não ser tratado como resíduo urbano. É recolhido no HAL pelos actuais funcionários do SUCH e posteriormente encaminhado para reciclagem por empresa externa ).

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

■ O vidro – Existe um vidrão no HAL para reciclagem do vidro, (apenas para vidro sem contaminação). Devem ser encaminhados para este vidrão todos os vidros de uso hoteleiro ou outro, desde que não sejam frascos de terapêutica ou outros produtos de uso clínico. É recolhido no HAL pelos actuais funcionários do SUCH em sacos de cor preta devidamente identificados como recipientes de vidro para reciclagem.

■ Existe também aproveitamento de plástico para reciclagem (na sua maioria proveniente de embalagens e invólucros de material de escritório e aprovisionamento). É recolhido no HAL pelos actuais funcionários do SUCH.

### TRIAGEM, TRATAMENTO E DESTINO DOS RESÍDUOS

■ **Saco preto** – Resíduo urbano (não contaminado). Vai directamente para o aterro sanitário.

■ **Saco branco** – Contaminação orgânica. Este tipo de resíduo irá sofrer processo de descontaminação (autoclavagem), antes de ir para o Aterro Sanitário. Este serviço está adjudicado a empresa externa.

■ **Saco vermelho e contentor amarelo** – Contaminação química/física. Este tipo de resíduo irá sofrer processo de incineração.

**Cada um dos dois últimos processos referidos é bastante oneroso e acarreta problemas para o ambiente, como tal, é fundamental que se efectue uma triagem correcta para que sejam tratados apenas os resíduos contaminados antes de serem encaminhados para o aterro sanitário.**

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

### **CIRCUITO DOS RESÍDUOS**

- Os sacos devem ser fechados com braçadeiras e identificado o serviço com a etiqueta respectiva.
- Os contentores que recolhem os sacos de resíduos não podem circular abertos.
- O local de armazenagem dos lixos deve ser lavado diariamente após a recolha dos lixos.
- Os contentores do lixo devem ser lavados diariamente.

### **PLANO ESTRATÉGICO DE RESÍDUOS HOSPITALARES.**

Na sequência da circular informativa n.º 83 de 23/09/2003, subsequente a um protocolo de actuação elaborado pelos Serviços de Apoio Geral, e Comissão de Controle de Infecção, foram divulgadas as seguintes medidas necessárias para efectuar a triagem adequada dos resíduos Hospitalares e actuar em conformidade com o Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares:

Identificação do serviço produtor de resíduos através de etiqueta emitida pelos serviços de informática, onde conste o nome do serviço e a data.

Avaliação da produção de resíduos por serviço através da pesagem diária dos resíduos de forma diferenciada, registando o peso por grupo/serviço (I, II, III e IV).

Recursos adequados (os utilizadores devem ter os sacos necessários e com as medidas adequadas aos contentores existentes nas unidades/serviços). Devem fechar e etiquetar sempre os sacos, não podendo ser recolhidos os sacos que não estejam devidamente fechados e identificados.

Avaliação do processo, através de auditorias periódicas, efectuadas pela CCI, de modo a se identificarem as anomalias e os serviços responsáveis por triagem inadequada de resíduos.

Divulgação periódica dos resultados, quer no que diz respeito à quantidade de resíduos produzida por serviço, quer quanto às possíveis anomalias identificadas.

Aplicação das correspondentes medidas correctivas.

**ANEXO IX**  
**MANUTENÇÃO PREVENTIVA DO SISTEMA ELÉTRICO**  
**contrato da EDP**



Rua Castilho, nº165 – Piso 1  
1070-050 Lisboa  
PORTUGAL

## Proposta / Contrato

# Prestação de Serviços de Manutenção de Postos de Transformação, Quadros Eléctricos e Responsabilidade Técnica pela Exploração

### ULS de Castelo Branco

**Equipa EDP Comercial:** **António Carrilho Valente**  
Correio Electrónico: antoniocarrilho.valente@edp.pt  
Telefone Fixo: 21 002 43 39  
Telemóvel: 93 818 97 77

**Gestor EDP Serviços:** **Mário Pinhal**  
Correio Electrónico: mario.pinhal@edp.pt  
Telefone Fixo: 21 002 43 86  
Telemóvel: 96 206 11 67

Data: 27 de Janeiro de 2012



## Proposta Contrato

Entre:

### Fornecedor

<b>Denominação Social</b>	EDP Serviços – Sistemas para a Qualidade e Eficiência Energética, S.A.
<b>Sede Social</b>	Praça Marquês de Pombal, 13, Lisboa
<b>Matrícula e NIPC</b>	Número único de registo na Conservatória de Registo Comercial de Lisboa e de pessoa colectiva 508 221 374
<b>Capital Social</b>	50.000 €
<b>Representada por</b>	António José da Silva Coutinho

Adiante designado abreviadamente por “EDP Serviços”.

### Cliente

<b>Denominação Social</b>	ULS de Castelo Branco, EPE
<b>Sede Social</b>	Avenida Pedro Álvares Cabral, 6000-085 – Castelo Branco
<b>Matrícula e NIPC</b>	509 309 844
<b>Capital Social</b>	
<b>Representada por</b>	

Adiante designado abreviadamente por “Cliente”.

Em conjunto, designados por “Partes” ou, individualmente, por “Parte”.



## Condições Particulares

### 1 Objecto

- 1.1 O objecto da presente Proposta / Contrato contempla a realização dos serviços de Manutenção do Posto de Transformação e Manutenção dos Quadros Eléctricos em tensão na instalação consumidora do Cliente.
- 1.2 Os serviços serão realizados de acordo com as presentes condições particulares, as condições gerais e as condições técnicas expressas nos Anexos 1, 2 e 3.
- 1.3 Os serviços serão realizados na instalação consumidora do Cliente instalada em Lisboa:

Serviço Proposto	Preço	Opção (assinale com um "x")	Rúbrica Cliente
Manutenção do Posto de Transformação em Tensão	1.650 €		
Manutenção Quadros Eléctricos em Tensão (QGBT e QECT)	1.750 €		
Técnico Responsável pela Exploração	1.550 €		

### 2 Preço

- 2.1 Em caso de adjudicação de ambos os serviços, cifrar-se-á o preço global associado aos serviços referidos na Cláusula 1 das presentes Condições Particulares em **4.950 €** (quatro mil, novecentos e cinquenta euros), acrescido do IVA à taxa legal em vigor, correspondendo **1.650 €** (mil, seiscentos e cinquenta euros) aos serviços de manutenção do posto de transformação e **1.750 €** (mil, setecentos e cinquenta euros) aos serviços de manutenção dos quadros eléctricos e **1.550 €** (mil, quinhentos e cinquenta euros) aos serviços de responsabilidade técnica pela exploração.
- 2.2 O Cliente deverá assinalar com um "x" no quadro de cima a opção que pretende adjudicar e deverá rubricar essa opção na coluna adjacente.

### 3 Condições de Pagamento

- 3.1 O pagamento do preço indicado no Ponto 2.1 da Cláusula 2 referente à Manutenção do Posto de Transformação será efectuado numa única prestação, sendo devida após a apresentação do relatório semestral das operações de manutenção (de acordo com o disposto na Cláusula 5 das Condições Gerais).
- 3.2 O pagamento do preço indicado no Ponto 2.1 da Cláusula 2 referente ao Técnico Responsável de Exploração será efectuado em 2 (duas) prestações no valor de 50% do preço, sendo devida após a apresentação do relatório semestral do Técnico Responsável de Exploração (de acordo com o disposto na Cláusula 5 das Condições Gerais).
- 3.3 O pagamento das facturas será realizado no prazo de 30 dias contados a partir da data de emissão das facturas.

### 4 Celebração de Contrato de Responsabilidade Técnica de Exploração

Na sequência da celebração do presente Contrato entre o Cliente e a EDP Serviços, patrocinará a EDP Serviços a celebração de um contrato de responsabilidade técnica de exploração entre o Cliente e o Técnico Responsável de Exploração indicado pela EDP Serviços, de acordo com a minuta constante do Anexo 4.



## Condições Gerais

### 1 Serviços Objecto do Contrato

- 1.1 A EDP Serviços obriga-se pelo presente contrato, que se rege pelas presentes Condições Gerais e pelas Condições Particulares acordadas entre as partes (prevalecendo estas últimas sobre as primeiras), a levar a cabo os serviços referidos na Cláusula 1 das Condições Particulares, de acordo com o descrito nos Anexos 1, 2 e 3.
- 1.2 Os serviços atrás descritos serão realizados por técnicos especializados da EDP Serviços ou, em alternativa, por prestadores de serviços credenciados e qualificados pela EDP Serviços.

### 2 Duração do Contrato e Renovação

- 2.1 A duração do Contrato será de 1 (um) ano a partir da data de celebração do Contrato, considerando-se automaticamente renovado por idêntico período se nenhuma das Partes se opuser à renovação, por carta registada dirigida à outra parte com 60 dias de antecedência relativamente à data do seu termo ou renovação
- 2.2 Eventuais actualizações de preços e/ou de outras condições contratuais serão submetidas a acordo por parte do Cliente com 60 dias de antecedência relativamente à data do seu termo ou renovação.

### 3 Agendamento das Operações de Manutenção

A EDP Serviços estabelecerá contacto com o Cliente antes do início de cada período contratual, tendo em vista validar conjuntamente as datas agendadas para as operações de manutenção do posto de transformação e seccionamento e também das intervenções do Técnico Responsável de Exploração.

### 4 Obrigações do Cliente

- 4.1 O Cliente obriga-se a facultar o acesso ao local da instalação nas datas para realização das operações de manutenção, a acordar previamente.
- 4.2 O Cliente disponibilizará todas as informações e facultará toda a documentação e a assistência que lhe seja solicitada com vista ao cumprimento das obrigações da EDP Serviços ao abrigo do presente Contrato.
- 4.3 O Cliente prestará ainda à EDP Serviços todas as informações que possam influenciar ou afectar os trabalhos previstos no presente Contrato, independentemente de solicitação.

### 5 Relatório de Operações de Manutenção e Relatório de Técnico Responsável

- 5.1 No que respeita às operações de manutenção do posto de transformação e seccionamento, será emitido um relatório anual das operações de manutenção e será o mesmo enviado ao Cliente através de correio electrónico.
- 5.2 No que respeita ao técnico responsável pelo posto de transformação e seccionamento, será emitido pelo técnico responsável um relatório semestral e será o mesmo enviado ao Cliente através de correio electrónico.

### 6 Condições do Local da Instalação

A EDP Serviços assegura que, após cada uma das operações de manutenção, terão sido retirados do local de instalação todos os equipamentos, componentes, resíduos de materiais e entulho que possam ter resultado da operação e que deixará o local da instalação limpo.



## **7 Segurança e Higiene no Trabalho**

- 7.1 O Cliente deverá cumprir as obrigações que incumbem ao dono da obra, previstas no Decreto-lei 273/2003 de 29/10.
- 7.2 A EDP Serviços cumprirá às obrigações previstas no citado diploma legal para a entidade executante e exigirá idêntica actuação aos seus prestadores de serviços.

## **8 Seguros**

A EDP Serviços dispõe de carteira actualizada e adequada às prestações dos serviços objecto do presente Contrato, quer no que se refere a seguros de acidentes de trabalho, quer de responsabilidade civil e de obra, ficando as suas responsabilidades limitadas à cobertura de risco prevista nestes seguros, que não inclui lucros cessantes.

## **9 Comunicações**

As comunicações escritas entre o Cliente e a EDP Serviços serão realizadas preferencialmente através de correio electrónico ou, em alternativa, via fax ou carta.

## **10 Cessão e Subcontratação**

- 10.1 Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, não poderá o Cliente ceder a sua posição contratual no presente Contrato, no todo ou em parte, sem o consentimento prévio por escrito da EDP Serviços.
- 10.2 A EDP Serviços poderá livremente ceder a sua posição contratual no presente Contrato, no todo ou em parte, sem necessidade de obter o consentimento do Cliente, contanto que essa mesma cessão seja efectuada para uma sociedade que forme parte do grupo EDP.
- 10.3 A subcontratação, ainda que autorizada, não exclui ou diminui a responsabilidade da EDP Serviços no âmbito do presente Contrato.

## **11 Mora nos Pagamentos**

Em caso de mora do Cliente nos pagamentos devido à EDP Serviços, serão devidos pelo Cliente juros de mora à taxa de juros moratórios supletiva fixada pela lei para créditos de que sejam titulares empresas comerciais desde a data do vencimento até à data de pagamento efectivo.

## **12 Resolução do Contrato**

- 12.1 Qualquer das Partes pode resolver o presente Contrato com fundamento em comprovado incumprimento definitivo de uma das outras Partes.
- 12.2 A resolução efectuar-se-á mediante notificação escrita da Parte não faltosa à Parte faltosa com 10 (dez) dias de antecedência sobre a data em que deverá produzir efeitos.
- 12.3 A resolução do presente Contrato por incumprimento definitivo confere à Parte não faltosa, para além de outros direitos conferidos por lei, o direito a ser indemnizada pelos prejuízos que comprovadamente haja sofrido em consequência do incumprimento.

## **13 Resolução de Conflitos**

- 13.1 As Partes comprometem-se a recorrer à via negocial como forma preferencial de resolução de conflitos de qualquer natureza, nomeadamente sobre a interpretação, execução ou aplicação das disposições legais ou contratuais aplicáveis às suas relações, incluindo o incumprimento das suas obrigações.
- 13.2 Uma vez esgotada a via negocial, acordam as Partes em submeter a resolução de conflitos emergentes do presente Contrato ao Tribunal da Comarca de Lisboa, com expressa renúncia a qualquer outro.



## 14 Confidencialidade

As Partes comprometem-se a não divulgar a terceiros as condições estabelecidas no presente Contrato ou informações de que ao abrigo do mesmo tenham tido conhecimento, salvo consentimento, expresso por escrito, da outra parte.

A presente Proposta / Contrato, que inclui quatro anexos, é assinada pelos Representantes de cada uma das Partes.

### **EDP Serviços – Sistemas para a Qualidade e Eficiência Energética, S.A.**

---

Nome: António José da Silva Coutinho

Qualidade: Administrador

### **Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE**

---

Nome:

Qualidade:



## Anexo 1 - Condições Técnicas

### Manutenção de Postos de Transformação e Quadro Eléctricos

#### 1 Descrição Genérica

Os serviços de manutenção de postos de transformação e seccionamento englobam um conjunto de operações de manutenção preventiva, executadas com ou sem tensão, consoante a versão base do serviço de manutenção seleccionada para cada instalação, de forma a:

- Monitorizar as condições de funcionamento, de segurança e de desempenho dos equipamentos, componentes e sistemas integrantes das infra-estruturas eléctricas da instalação;
- Minimizar a probabilidade de ocorrência de falhas nos equipamentos, componentes e sistemas integrantes das infra-estruturas eléctricas da instalação.

#### 2 Relação das Operações de Manutenção

Os serviços de manutenção de postos de transformação e seccionamento incluem a realização das seguintes operações de manutenção em cada uma das instalações:

- Realização de "Site Survey" após a designação de um posto de transformação e seccionamento para incorporação no contrato (no prazo de três semanas após a assinatura do contrato), de forma a efectuar:
  - ✓ A inspecção visual da instalação;
  - ✓ A recolha de todos os dados de cadastro dos equipamentos, todas as instruções de manutenção e instruções de operação dos equipamentos, todos os esquemas unifilares, todos os esquemas de princípio desenvolvidos e todos os esquemas de electrificação;
  - ✓ A recolha de todos os documentos referentes a histórico de manutenção e outros dados relevantes que possam estar disponíveis sobre a condição dos equipamentos as infra-estruturas eléctricas de postos de transformação e seccionamento.
- Manutenção integral preventiva de Postos de Transformação (a realizar em tensão):

Tarefas
- <b>Site survey para planeamento da intervenção</b> (pré-intervenção programada)
- <b>Limpeza do posto de transformação</b> (transformador, equipamentos corte e manobra MT, QGBT)
- <b>Conservação integral do posto de transformação</b> (lubrificação, afinação e ensaios dos equipamentos de MT e BT)
- <b>Medição e registo do valor das resistências de terra</b> (circuitos de terras de protecção e de serviço)
- <b>Termografia dos equipamentos do posto de transformação</b> (por análise de pontos quentes)



- Manutenção integral preventiva do QGBT e QECT (a realizar em tensão):

Tarefas
- <b>Site survey para planeamento da intervenção</b> (pré-intervenção programada)
- <b>Limpeza de quadros eléctricos</b>
- <b>Conservação integral do posto de quadros eléctricos</b> (lubrificação, afinação, ensaios e acções correctivas simples)
- <b>Verificação das condições de funcionamento e resistência de isolamento</b>

- As intervenções serão realizadas com uma periodicidade anual.

### 3 Responsabilidades das Equipas Técnicas

As responsabilidades das equipas técnicas consistem em:

- Executar os planos de manutenção preventiva sistemática em todas as instalações e respectivos equipamentos e componentes, mantendo os mesmos em adequadas condições de conservação;
- Executar os trabalhos atrás referidos com cuidado e diligência de forma a causar a menor perturbação possível às instalações em funcionamento, respeitando as Normas de Segurança e seguindo as exigências da melhor técnica;
- Apresentar ao Cliente, sempre que aplicável, sugestões que permitam minimizar a probabilidade de ocorrência de falhas nos equipamentos e sistemas, tendo ainda assim em conta uma perspectiva de benefício/custo e ponderação de risco de operação;
- Prestar ao responsável do Cliente todo o apoio e ajuda na optimização da exploração e manuseio da instalação.

### 4 Elaboração de Relatórios das Operações de Manutenção

Sem prejuízo dos contactos formais ou informais que a gestão operacional do contrato de manutenção pressupõe, compromete-se a EDP Serviços elaborar e entregar periodicamente relatórios das operações de manutenção realizadas, de forma a manter actualizado o histórico de manutenção do Cliente.

Caso aplicável e em caso de identificação de anomalias ou falhas em equipamentos, componentes ou materiais, poderá ser sugerida a realização de diagnóstico ou de despistagem das anomalias ou falhas ou a substituição de equipamentos, componentes ou materiais.

### 5 Manutenção Correctiva

As operações de carácter correctivo para eliminação das anomalias ou falhas detectadas no âmbito das operações de manutenção preventiva que não tenha sido possíveis realizadas no decorrer destas últimas, serão agendadas de acordo com o grau de urgência das intervenções.

A proposta para realização das operações de carácter correctivo assentará sempre na elaboração de um relatório com as conclusões do diagnóstico da situação e na apresentação de uma proposta de preço associada à respectiva reparação.



## Anexo 2 - Condições Técnicas

### Técnico Responsável de Exploração de Postos de Transformação e Seccionamento

#### 1 Atribuições Genéricas do Técnico Responsável de Exploração

Descrevem-se de seguida as atribuições inerentes ao desempenho da função de Técnico Responsável de Exploração da instalação consumidora do Cliente:

- Nomear técnico credenciado que assumirá a responsabilidade técnica de exploração pelas infra-estruturas eléctricas das instalações do Cliente (nota: o contrato de responsabilidade técnica de exploração entre o Cliente e o Técnico Responsável contratado pela EDP Serviços será estabelecido de acordo com o documento do Anexo 2);
- Desempenhar as funções de responsabilidade técnica de exploração dos Postos de Transformação e Seccionamento do Cliente e instalações de utilização de BT associadas;
- Cumprir e fazer cumprir as disposições constantes no DL 517/80, nos regulamentos de segurança aplicáveis e no estatuto do técnico responsável;
- Verificar o estado de conservação das instalações eléctricas e das protecções dos equipamentos com verificação e registo de valores, nomeadamente tensões, correntes, terra de serviço e de protecção, resistência de isolamento;
- Verificar as condições de funcionamento de todo o equipamento eléctrico, incluindo as protecções, e verificação de existência do equipamento de segurança dos PTS;
- Prestar aconselhamento técnico especializado ao Cliente sobre as instalações eléctricas;
- Preparar, acompanhar e supervisionar todas as operações de manutenção de rotina e eventuais intervenções pontuais (remodelações e/ou manutenção de carácter extraordinário) nas instalações da sua responsabilidade;
- Realizar no mínimo duas intervenções por ano na instalação consumidora do Cliente;
- Elaboração de relatório a apresentar à DGEG (de acordo com os modelos actualmente em vigor, nomeadamente o Decreto Regulamentar n.º 31/83 de 18 de Abril);
- Elaboração de projectos de electricidade de Categoria B, quando necessário (nota: para esta tarefa serão acordadas caso a caso as condições de preço a praticar).



## 2 Descrição Detalhada do Tipo de Trabalhos realizados pelo Técnico Responsável de Exploração

Descrevem-se de seguida os tipos de trabalhos realizados pelo Técnico Responsável de Exploração na instalação consumidora do Cliente, sendo que algumas das medições/verificações serão efectuadas por amostragem:

### Segurança

As medições a realizar são as seguintes:

#### 1. Por cada Posto de Transformação:

- Medição de terra de serviço;
- Medição de terra de protecção do PT;
- Medição de tensão de defeito;
- Medição de impedância da malha de defeito;
- Medição de tensão de serviço.

#### 2. Por cada Quadro Eléctrico:

- Medição de terra de Protecção (regime neutro TT);
- Medição de tensão de defeito;
- Medição de impedância da malha de defeito;
- Medição de tensão de serviço;
- Teste à protecção diferencial (implica o corte de alguns circuitos a acordar com o Cliente).

#### 3. Na instalação geral:

- Medição da tensão de defeito, em alguns pontos (tomadas);

### Conformidade Regulamentar

As verificações a realizar são as seguintes:

#### 1. Por cada Posto de Transformação:

- Verificação de luvas de protecção dieléctrica;
- Verificação de tapete de protecção dieléctrica;
- Verificação de lanterna e/ou iluminação emergência;
- Verificação de mapa de registo de terras;
- Verificação de placa de característica dos transformadores;
- Verificação de identificação celas;
- Verificação de plataformas de manobra (PT aéreos);
- Verificação de mapa de primeiros socorros;
- Verificação de acessos ao Posto de Transformação;
- Verificação de encravamentos (celas de corte, protecção e transformação);
- Verificação de existência de barreiras de acesso às celas de Média Tensão;
- Verificação de equipotencialização das partes metálicas;
- Verificação de quadro de baixa tensão do PT (definido a seguir).



## 2. Por cada Quadro Eléctrico:

- Verificação de existência de barreiras aos contactos directos (protecção dos barramentos, terminais ou outros);
- Verificação de contactos directos (cabos desnudados, isolamentos ressequidos);
- Verificação de existência de protecção diferencial nas saídas;
- Verificação de acessibilidade ao quadro (se está desimpedida a zona de acesso)
- Verificação de identificação do quadro;
- Verificação de identificação de todas as saídas.

## 3. Na instalação geral:

- Verificação de tomadas, (nomeadamente pólo de protecção);
- Verificação de equipamentos degradados, (aparelhos de manobra ou tomadas partidos);
- Verificação de ligações equipotenciais e a sua continuidade, (exemplo em bancadas de inox);
- Verificação de existência de barreiras aos contactos directos (protecção dos barramentos, terminais ou outros);
- Verificação de contactos directos (cabos desnudados, isolamentos ressequidos).

No Anexo 2 é apresentada uma “Lista de Verificação” das tarefas habitualmente realizadas.



### Anexo 3 - Condições Técnicas

#### Lista de Verificações das Tarefas a realizar pelo Técnico Responsável de Exploração

INSTALAÇÕES / EQUIPAMENTOS	MÉTODO	VALORES, RESULTADOS A OBTER	AMOSTRAGEM (mínimo)
Terra de protecção - PT	IT.DO.34	< 20 $\Omega$ / se for terra única < 1 $\Omega$	Todas
Terra de serviço - PT	IT.DO.34	< 20 $\Omega$ / se for terra única < 1 $\Omega$	
Resistência de Isolamento - PT	IT.DO.34	> 0,5 M $\Omega$	Alimentação do QPT (em caso de duvida ou de 3 em 3 anos).
Acidez e rigidez dos óleos - PT	Serviço Externo	A analisar por fabricante	Em caso de duvida ou solicitação
Factor de potência - PT	IT.DO.45	----	Em caso de solicitação ou necessidade de compensação
Tensões simples – PT	IT.DO.34	230 V $\pm$ 5%	Entrada do QPT
Tensões compostas - PT	IT.DO.34	400 V $\pm$ 5%	Entrada do QPT
Correntes -PT	IT.DO.34	Equilíbrio (Menor/Maior < 0,75)	QGBT
Nível de óleo transformador -PT	Visual	Dentro dos limites do indicador (se existente)	Todos os Transformadores
Contactos disjuntores MT -PT	Visual /Ensaio	Sem danos visíveis/fecho e abertura sem dificuldades (só com corte de energia)	Todos os disjuntores
Circuitos de terra -PT	Visual	Sem danos visíveis. Sem interrupções.	Terra de protecção e serviço do PT
Varas/punhos de Manobra - PT	Visual	Existentes e sem danos visíveis	PT
Plataformas de Manobra -PT	Visual	Existentes e sem danos visíveis (só PT' s Aéreos)	PT
Luvas isolantes / Tapete isolante - PT	Visual	Existentes e sem danos visíveis (só PT' s Aéreos)	PT
Temperatura do Transformador - PT	Termómetro	Dentro dos limites recomendados para o transformador	Em caso de dúvida.
Dispositivos protecção - PT	Visual / Teste	Existentes e sem danos visíveis/Em bom funcionamento (só com corte)	PT
Bateria de condensadores - PT	Visual	Sem danos visíveis	Todas no PT
Circuitos iluminação e tomadas - PT	Visual	Existentes e em funcionamento	Todas no PT
QPT e sua identificação - PT	Visual	Sem danos visíveis, e com identificação do quadro e circuitos	Todos no PT
Condutores Transformador – QPT	Visual	Sem danos visíveis. De acordo com projecto ou superior.	Todos no PT
lcc dos aparelhos protecção – QPT	Visual	De acordo com projecto.	Todos no PT
Funcionamento ventilação - PT	Visual	Existente e em funcionamento. Sem acumulações de humidade no PT	PT
Encravamentos Transf./Celas -PT	Visual / Teste	Existentes e sem danos visíveis/Em bom funcionamento (só com corte)	Todos no PT
Identificação das Celas de MT - PT	Visual	Existente	Todas no PT

(continua)

INSTALAÇÕES / EQUIPAMENTOS	MÉTODO	VALORES, RESULTADOS A OBTER	AMOSTRAGEM (mínimo)
Caixa Telecontagem - PT	Visual	Existente e sem danos visíveis	Todas
Cofrê - PT	Visual	Existente e sem danos visíveis	Todos
Placa identificação do PT, placa "Perigo de Morte", Mapa "1º Socorros" folha "Registo Terras" -PT	Visual	Existente e sem danos visíveis	Todos no PT
Conservação e Limpeza - PT	Visual	Sem acumulação de poeiras ou outros lixos	PT
Terra de serviço – Instalações de Utilização	IT.DO.34	< 800 $\Omega$ - para <30 mA, 80 para < 300 mA	Todos os quadros alimentados pelo PT
Impedância circ. defeito ( $\Omega$ )	IT.DO.34	< 20 $\Omega$	1 circuito distante do quadro
Resistência isola. (M $\Omega$ )	IT.DO.34	> 0,5 M $\Omega$	1 circuito de alimentação de 1 quadro
Testes de diferenciais	IT.DO.34 / Teste	Tempo de disparo < 200 ms e corrente de disparo de acordo com as características / disparo	1 circuito por quadro
Factor de Potência	IT.DO.45	----	Em caso de solicitação ou necessidade de compensação
Tensões Simples	IT.DO.34	230 V $\pm$ 5 %	Entradas de todos os quadros
Tensões compostas	IT.DO.34	400 V $\pm$ 5 %	Entradas de todos os quadros
Correntes	IT.DO.34	Menor/Maior < 0,75	Entradas de todos os quadros
Aparelhos de protecção	Visual	Sem danos visíveis	Todos
Aquec. e isola. condutores	Visual / Termómetro	Sem danos visíveis no isolamento e/ou terminais / Valores recomendados para os cabos	Todos os visíveis / Em caso de duvida ou solicitação
Aparel. corte/comando	Visual	Sem danos visíveis	Todos
Aparelhos utilização	Visual	Sem danos visíveis	Todos
Instalações emergência	Visual / teste	Sem danos visíveis. Em funcionamento (só com corte)	Todos
Fontes de alimentação (ilum. de Emergência)	Visual / teste	Sem danos visíveis. Em funcionamento (só com corte)	Todos
Baterias e electrólito	Visual / teste	Sem danos visíveis. Em funcionamento (só com corte)	Todos
Blocos Autónomos	Visual / teste	Sem danos visíveis. Em funcionamento (só com corte)	Todos
Localização do quadro de acordo com o projecto	Visual	De acordo com projecto	Todos
Identificação Quadro	Visual	Existente	Todos
Identificação Saídas	Visual	Existente	Todos
Icc dos disp. protecção	Visual	De acordo com projecto.	Todos
Protec. individual todas as saídas	Visual	De acordo com projecto.	1 circuito em 1 quadro
Equip. avariados e/ou sinais fadiga	Visual	Sem danos visíveis	Todos

(continua)



<b>INSTALAÇÕES / EQUIPAMENTOS</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>VALORES, RESULTADOS A OBTER</b>	<b>AMOSTRAGEM (mínimo)</b>
Descarregadores sobretensão	Visual	Existente e sem danos visíveis	Todos
Conservação e limpeza	Visual	Sem danos visíveis, acumulação de poeiras ou lixos nas instalações eléctricas (canalizações, quadros e equipamentos)	Todos
Métodos de trabalho, susceptíveis de provocar contactos directos	Visual	Sem operações que metam em causa a segurança das instalações pessoas ou bens (relacionadas com a instalação eléctrica)	Todos
Práticas de trabalho incorrectas	Visual		Todos
Inexistência de materiais de reserva ou acessórios indispensáveis à exploração	Visual	Existência	Quadros críticos (se existirem)
Existência de instruções 1º socorros em vários pontos da instalação	Visual	Existência e em boas condições	PT
Estão a ser dadas utilizações diferentes das inicialmente previstas em alguns locais, havendo necessidade de alterações	Visual	Sem indícios de utilização incorrecta	Todas
Necessidade de redimensionar a instalação	Visual	----	Zonas com alterações ou críticas
Detectadas as seguintes modificações e ampliações sem consulta	Visual	Alterações ao projecto ou em relação à última exploração	Zonas com alterações



## Anexo 4

### Minuta de Contrato de Responsabilidade Técnica de Exploração

#### Identificação das Partes

Primeira Contraente: XXXX, pessoa colectiva n° xxx xxx xxx, com sede em XXXXXXXX, representada por XXXXX.

Segundo Contraente: XXXXX, domiciliado em XXXXXXXXXX, com o contribuinte n° XXXXXXXX, portador do bilhete de identidade / cartão de cidadão n° XXXXX passado pelo arquivo de identificação de XXX em XXXXXXX, Eng.º Electrotécnico portador da cédula profissional n° XXXXX e adiante designado abreviadamente por Técnico Responsável de Exploração.

#### Condições Contratuais

##### 1 Objecto

Considerando que:

- entre a Primeira Contraente e a **EDP Serviços – Sistemas para a Qualidade e Eficiência Energética, S.A.**, com sede social na Praça Marquês de Pombal, 13 - Lisboa e número único de registo na Conservatória de Registo Comercial de Lisboa e de pessoa colectiva 508 221 374, adiante designada abreviadamente por EDP Serviços, existe um contrato de prestação de serviços de Técnico Responsável de Exploração pelas seguintes instalações:

Instalação/Local	CPE	Designação do PT

- Faz parte das prestações da EDP Serviços nomear um Engenheiro credenciado para assegurar a responsabilidade técnica pela exploração daquelas instalações eléctricas;

é celebrado e reciprocamente aceite o presente contrato de prestação de serviços, sob um regime de avença, que se regerá pelas cláusulas do presente Contrato.

##### 2 Deveres do Técnico Responsável de Exploração

São deveres do Técnico Responsável de Exploração, para além dos demais resultantes do presente contrato e legislação aplicável, os seguintes:

1. Assumir a responsabilidade pela exploração das instalações eléctricas acima identificadas, com observância da legislação e normas de segurança aplicáveis;
2. Realizar pelo menos duas vistorias, previstas no n.º 1 do Artigo 15º do Estatuto do Técnico Responsável por Instalações Eléctricas;
3. Realizar as inspecções, exames e respectivos relatórios necessários à verificação da conformidade e bom estado das instalações eléctricas;
4. Emitir os relatórios tipo, a fornecer à Direcção Geral de Energia, no âmbito e com total respeito pela legislação e regulamentos em vigor e aplicáveis.



O Técnico Responsável de Exploração obriga-se a visitar as instalações eléctricas sempre que ocorra qualquer acidente de pessoas provocado por acção da corrente eléctrica.

No caso do Primeiro Contraente pretender modificar ou ampliar as instalações eléctricas, emitirá o Técnico Responsável de Exploração o seu parecer escrito, sem o que não poderá ser responsabilizado pela não observância dos respectivos regulamentos.

Em caso de impedimento e enquanto este durar, deverá o Técnico Responsável de Exploração fazer-se substituir no exercício das suas funções por um técnico legalmente habilitado para o efeito.

### **3 Remuneração do Técnico Responsável de Exploração**

A remuneração dos serviços prestados pelo Técnico Responsável de Exploração, objecto do presente contrato, é integralmente assegurada pela EDP Serviços.

### **4 Duração do Contrato**

A duração contratual base será de 1 (um) ano, decorrendo no período contratual base de 01 de Janeiro a 31 de Dezembro.

O contrato considerar-se-á automaticamente renovado por idêntico período se nenhuma das Partes se opuser à renovação, por carta registada dirigida à outra parte com 60 dias de antecedência relativamente à data de termo do período contratual.

Mediante a data de adjudicação da presente Proposta / Contrato, acrescerá à duração contratual base o período de tempo restante até ao final do ano que se encontre em curso.

### **5 Rescisão do Contrato**

A Primeira Contraente poderá rescindir o contrato se o Técnico Responsável de Exploração não cumprir as suas obrigações e tendo-se procedido à correspondente notificação, assinalando tal incumprimento, não seja o mesmo devidamente sanado no prazo fixado na notificação. A denúncia contratual deverá ser informada por escrito e em simultâneo à EDP Serviços.

As partes reconhecem e aceitam o direito da EDP Serviços, por motivos de quebra da relação comercial ou de confiança com o Técnico Responsável de Exploração, exigir o termo, do presente contrato a qualquer tempo. Esta situação deverá ser transmitida por escrito pela EDP Serviços à Primeira Contraente e ao Técnico Responsável de Exploração que prontamente deverão denunciar o presente contrato.

### **6 Confidencialidade**

O Técnico Responsável de Exploração compromete-se ao sigilo e confidencialidade, antes, durante e após os trabalhos, sobre o conteúdo dos mesmos e sobre a restante informação adquirida.

### **7 Seguro**

Para garantia do exacto e pontual cumprimento das responsabilidades que assume, celebrará o Técnico Responsável de Exploração um contrato de seguro, de cuja apólice e condições gerais e especiais enviará cópia à Primeira Contraente no prazo de 5 dias a contar da data de celebração do presente contrato, o qual garantirá a cobertura dos danos que possam ocorrer em resultado da sua actividade, quer perante a Primeira Contraente quer perante Terceiros.

### **8 Resolução de Litígios**

Para a resolução de eventuais litígios decorrentes da execução do presente contrato é competente o foro da Comarca de Lisboa.

No omissis, aplicar-se-á o disposto no Código Civil.

**ANEXO X**  
**NORMA 3 – LIMPEZA DE MATERIAL CLÍNICO**

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

**LIMPEZA DOS MATERIAIS DE USO CLÍNICO**

A limpeza dos materiais/dispositivos de uso médico é o primeiro passo do processo de descontaminação.

Nenhum dispositivo ou material de uso médico poderá ser desinfetado ou ficará esterilizado se não tiver sido convenientemente lavado, enxaguado e seco.

Materiais:

Bata de mangas compridas;

Avental;

Touca;

Luvas de nitrilo;

Máscara com viseira;

Máscara e óculos de protecção.

Métodos:

1-Lavar as mãos (lavagem higiénica) e colocar roupa/material de protecção.

2-Todo o material ou dispositivo de uso médico deve ser colocado de imediato na tina de lavagem após a utilização visto que este é o primeiro passo do processo de descontaminação. Caso assim não tenha acontecido, mergulhar o material em solução de detergente e água fria, uma vez que esta temperatura facilita a remoção das proteínas.

3-Escovar os materiais tendo o cuidado de abrir previamente todas as articulações mantendo o material submerso para evitar salpicos ou a formação de aerossóis.

4-Passar o material por água o mais quente possível, e retirar todo o detergente.

5-Secar o material com toalhete descartáveis ou toalha limpa para o efeito, ou com ar comprimido.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

6-Acondicionar o material em sacos ou contentores próprios e guardá-lo em armário fechado, se não se proceder a outro método de descontaminação.

7-Em caso de materiais/dispositivos destinados a procedimentos críticos/invasivos, que requerem nível superior de descontaminação, enviar para o serviço de Esterilização, após a lavagem, em contentor fechado depois de avaliação cuidada da qualidade de limpeza e da integridade dos dispositivos. Registo cuidado dos materiais na requisição de esterilização.

Nota: O procedimento 7. é efectuado pelo enfermeiro do serviço utilizador.

8-As escovas utilizadas para a lavagem dos dispositivos de uso médico não devem ser com cabo de madeira. Devem ser previamente lavadas no detergente utilizado para a descontaminação dos dispositivos de uso médico. Devem manter-se secas entre as utilizações.

9-Deve ter-se em atenção o tempo em que a solução de detergente permanece preparada assim como a carga biológica entretanto descarregada com os dispositivos médicos, devendo renovar-se a preparação de detergente as vezes necessárias.

10-Lavar as mãos após o final da lavagem do material.

Em presença de matéria orgânica, (sangue, excreções, secreções e outros fluidos orgânicos, excepto urina) quer esta se encontre nas bancadas ou em pavimentos, actuar segundo a Norma 6 cujo procedimento está descrito na pg. n.º 6 do referido documento.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL DE USO CLÍNICO  
TIPOS DE MATERIAL  
TRATAMENTO RECOMENDADO

MATERIAL CRÍTICO – RISCO ELEVADO

É todo o tipo de material que penetra nos tecidos sub-epiteliais, no sistema vascular e outros órgãos isentos de flora microbiana própria, bem com tudo o que esteja directamente ligado com eles. Deve estar totalmente livre de microorganismos ( bactérias, fungos, vírus e esporos) na altura de ser utilizado.

Nota: o material crítico é submetido às seguintes etapas antes da sua utilização:

Lavagem ⇒ secagem ⇒ verificação ⇒ embalagem ⇒ esterilização ⇒ armazenagem central distribuição ⇒ acondicionamento no serviço.

Até à sua utilização, este material deve permanecer na embalagem hermeticamente fechada. Logo que a embalagem seja aberta ou se por qualquer motivo for danificada, o material deixa de ser considerado estéril.

De entre o material considerado de risco elevado, que requer esterilização, temos quanto às características estruturais, materiais que são termo-resistentes e materiais termo-sensíveis.

MATERIAL CRÍTICO – RISCO ELEVADO		
TERMO-RESISTENTE		
MATERIAL	MÉTODO INDICADO	MÉTODO ALTERNATIVO
Batas, lençóis e campos utilizados em técnicas assépticas	1-Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar. 2-Esterilização por vapor saturado.	Uso de material esterilizado descartável.
Frascos de drenagem torácica	1-Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar. 2-Esterilização por vapor saturado	1-Lavagem manual com água e detergente enzimático. Enxaguamento com água quente. Enviar para a esterilização. 2-Utilizar material esterilizado descartável.
Instrumentos cirúrgicos (pinças drenos, afastadores, próteses, fios) etc.	1-Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar. 2-Esterilização por vapor saturado.	1-Lavagem manual com água e detergente enzimático. Enxaguamento com água quente. Secagem rigorosa. 2-Enviar para a esterilização.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

MATERIAL CRÍTICO – RISCO ELEVADO		
TERMO-SENSÍVEL		
MATERIAL	MÉTODO INDICADO	TIPOS DE ESTERILIZAÇÃO
Ressectoscópios, Laparoscópios, Artroscópios e Cistos- cópios	1-Lavagem com detergente enzimático. Enxaguamento e secagem rigorosa. 2-Preparar para desinfecção de nível elevado ou para esterilização(física ou quí- mica). ⇒	1-Esterilização por plasma de hidrogé- nio (sterrad), se compatível.  2- Desinfecção de nível eleva- do/Esterilização química.(Anioxyde 1000 segundo as instruções de utiliza- ção).

**MATERIAL SEMI CRÍTICO – RISCO INTERMÉDIO**

É todo o material que entra em contacto com membranas mucosas ou com a pele não íntegra. As mucosas íntegras são geralmente resistentes à infecção por esporos embora sejam susceptíveis a bactérias como o B.K., e a vírus. Os objectos semi-críticos devem estar livres de microorganismos com excepção de esporos bacterianos.

Nota: o material semi-crítico é submetido às seguintes etapas antes da sua utilização:

Lavagem ⇒ secagem ⇒ desinfecção ⇒ acondicionamento de forma a evitar a recontaminação.

Na utilização de desinfectantes deve-se ter sempre em conta as indicações do fabricante no que se refere às diluições, manuseamento, conservação e prazos de validade.

Os desinfectantes devem ser manipulados com luvas de nitrilo ou de tipo doméstico. Relembra-se a importância da lavagem das mãos no fim do procedimento.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

MATERIAL SEMI CRÍTICO – RISCO INTERMÉDIO			
MATERIAL	MÉTODO INDICADO	MÉTODO ALTERNATIVO	OBSERVAÇÕES
Ambus	Desmontagem, lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Desmontar e lavar com água quente e detergente, enxaguar e secar. 2-Fricção com compressa embebida em álcool a 70°.	
Anuscópios (inox)	1-Desmontagem, lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar. 2-Esterilização por vapor saturado.	Utilizar material de uso único.	<i>Embora este material seja semi-crítico, o método indicado de tratamento é a esterilização porque se desconhece o estado de integridade da mucosa.</i>
Arrastadeiras de inox	Lavagem em máquina com sistema de despejo e ciclo de desinfecção pelo calor (80° C durante um minuto).		
Biberões e tetinas	Lavar em máquina própria.	Enviar para esterilizar.	
Bocais de endoscopia	Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Lavagem manual com água e detergente. Enxaguamento com água quente. Secagem. 2-Enviar para esterilizar.	<i>Embora este material seja semi-crítico, o método indicado de tratamento é a esterilização porque se desconhece o estado de integridade da mucosa.</i>

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

MATERIAL SEMI CRÍTICO – RISCO INTERMÉDIO			
MATERIAL	MÉTODO INDICADO	MÉTODO ALTERNATIVO	OBSERVAÇÕES
Espéculos de inox	1-Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar. 2-Esterilização por vapor saturado.	1-Lavagem manual com água e detergente. Enxaguamento com água quente. Secagem. 2-Enviar para esterilizar.	Utilizar material de uso único <i>Embora este material seja semi-crítico, o método indicado de tratamento é a esterilização porque se desconhece o estado de integridade da mucosa</i>
Endoscópios gastro-intestinais e fibroscópios	Seguir recomendações das práticas de desinfecção em endoscopia digestiva.		
Lâminas de laringoscópios	1-Desmontar e lavar com água quente e detergente, enxaguar e secar. 2-Fricção com compressa embebida em álcool a 70°.	Utilizar material de uso único.	Ver recomendações do fabricante para cada tipo de laringoscópio.
Máscaras de oxigénio	1-Limpar diariamente com água e detergente. 2-Fricção com compressa embebida em álcool a 70°. Substituir a cada 72 horas		Não recuperar.(nunca usar a mesma máscara em mais do que um doente).
Traqueias e circuitos internos de ventiladores	1-Lavar em máquina com ciclo de desinfecção pelo calor. 2-Esterilizar.	1-Lavagem manual com água e detergente. Enxaguamento com água quente. Secagem com ar comprimido. 2-Enviar para esterilizar.	Traqueias de uso único não reprocessar.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

MATERIAL SEMI CRÍTICO – RISCO INTERMÉDIO			
MATERIAL	MÉTODO INDI-CADO	MÉTODO ALTER-NATIVO	OBSERVAÇÕES
Tubos de exaustão de anestésicos	Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Lavagem manual com água e detergente. Enxaguamento com água quente. 2-Secar com ar comprimido 3- Fricção com compressa embebida em álcool a 70°.	
Tubos nasofaríngeos reutilizáveis	Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Lavagem manual com água e detergente. Enxaguamento com água quente. 2-Secar com ar comprimido. 3-Esterilizar.	Preferir de uso único.
Válvulas	Desmontagem e lavagem. Desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Desmontagem e lavagem manual. 2-Imersão durante 10 minutos em álcool a 70°.	

**MATERIAL NÃO CRÍTICO-BAIXO RISCO**

É todo o material que entra em contacto apenas com a pele íntegra ou que não entra em contacto directo com o doente. Este material deve estar isento de agentes causadores de doenças infecciosas transmissíveis (normalmente não encontradas na fora habitual da maioria das pessoas) admitindo-se contudo a presença de pequeno número de microorganismos que fazem parte da microflora humana. Incluem-se neste capítulo as superfícies (chão, paredes, tectos) das Unidades.

Para material não crítico é suficiente uma lavagem com água e detergente. Contudo, em situações específicas, pode ser necessário o uso de desinfectantes ou esterilizar, dependendo o nível de desinfecção, do uso subsequente e da situação de risco que existiu.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

MATERIAL NÃO CRÍTICO-BAIXO RISCO			
MATERIAL	MÉTODO INDICADO	MÉTODO ALTERNATIVO	OBSERVAÇÕES
Aparadeiras e taças usadas em técnicas assépticas	1-Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar. 2-Esterilização por vapor saturado.	1-Lavagem manual com água e detergente enzimático. Enxaguamento com água quente. Secagem. 2-Enviar para esterilizar.	
Bacias de higiene e jarros de inox	Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Lavagem manual com água e detergente. 2-Enxaguamento com água quente. 3-Secagem rigorosa. 4-Fricção com compressa embebida em álcool a 70°. 5-Depois evaporação repetir a fricção com álcool a 70°.	Guardar invertidas em local apropriado. Se possível individualizar este tipo de material.
Braçadeiras de esfingomanómetro	Lavagem manual com água quente e detergente. Secar.		Se o material não permitir a lavagem manual, limpar a braçadeira por fricção com compressa embebida em álcool a 70°
Conexões rectas e em Y	Usar de uso único.		Não reprocessar
Humidificadores	Em caso de material reutilizável: Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	Para o uso do mesmo humidificador entre vários doentes não se recomenda a lavagem manual destes materiais nem a imersão em produtos desinfectantes dada a existência de filtro. Apenas a lavagem mecânica garante o nível de higienização requerido	Utilizar de preferência material descartável. Lavar com água e detergente cada 72 horas (no mesmo doente).

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

Jarros de urina e copos graduados	Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Lavagem manual com água e detergente. Enxaguamento com água quente. 2- Manter invertidos e em lugar seco.	De preferência utilizar jarros e copos graduados individualizados.
-----------------------------------	--	--	--

MATERIAL NÃO CRÍTICO-BAIXO RISCO			
MATERIAL	MÉTODO INDICADO	MÉTODO ALTERNATIVO	OBSERVAÇÕES
Tubos de aspiração de secreções	Utilizar de preferência material de uso único (tubo de cristal).	1-Para material reutilizável (tubo de silicone): Lavar com água e detergente enzimático(cidezyme), secar com ar comprimido. 2-Esterilizar.	
Tubos de administração de oxigénio	Utilizar material de uso único.		Não reprocessar.
Traqueias de humidificação e nebulização	Para traqueias de uso múltiplo: Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	Dadas as características deste tipo de material não se recomenda a lavagem manual.	Utilizar de preferência material de uso único.
Urinóis	Lavagem e desinfecção térmica em máquina de lavar.	1-Lavagem manual com água e detergente. Enxaguamento com água quente. 2- Manter invertidos.	De preferência utilizar urinóis individualizados. Após a alta do doente e lavagem manual do urinol, emergir em Presept. Concentração recomendada: 0,1% ( 2 pastilhas de Presept para 5litros de água).

**UTILIZAÇÃO DE MATERIAL DE USO ÚNICO**

**DISPOSITIVO DE USO ÚNICO:**

É todo aquele que após um único uso, perde as características originais e que devido a outros riscos, não poderá ser de novo utilizado.

### COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Os dispositivos de uso único surgiram em 1970 devido às exigências do mercado, e tomaram grande incremento com a introdução de novos plásticos, e com o aparecimento de esterilizadores de baixa temperatura.

A utilização destes novos dispositivos, resultou no aumento de resíduos hospitalares em quantidades inaceitáveis. Com o intuito de poupança, a reutilização deste tipo de materiais

instalou-se rapidamente, conduzindo à reutilização dos vários tipos de materiais de uso único, independentemente da sua composição e destino.

#### Riscos associados à reutilização de dispositivos de uso único:

- Difícil limpeza - risco de transmissão de infecção
- Presença de resíduos tóxicos
- Impossibilidade prática de assegurar a bio-compatibilidade do material
- Difícil controle do n.º de reutilizações
- Compatibilidade com o método de esterilização de origem
- Questões de ética e responsabilidade civil

Pelos motivos expostos, e para a segurança dos doentes, é essencial que os utilizadores respeitem as orientações dos fabricantes dos dispositivos de uso único.

No entanto, para todas as instituições em geral, **não se recomenda** de todo a reutilização dos seguintes dispositivos de uso médico:

- Catéteres de electrofisiologia
- Linhas de perfusão
- Oxigenadores
- Instrumentos endo-cirúrgicos com um diâmetro inferior a 2mm ou um comprimento superior a 22,5mm.

#### DISPOSITIVO RECUPERÁVEL DE USO MÚLTIPLO:

É todo aquele que é fabricado de modo a permitir o reprocessamento para a reutilização.

Reutilização: Consiste em uma sequência de episódios repetidos de utilização de um dispositivo em circunstâncias que exigem uma forma de reprocessamento. Este pode consistir na limpeza, desinfecção e/ou esterilização consoante o nível de risco que representa para o doente.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

Nomes genéricos e correspondentes marcas comerciais de desinfetantes e anti-sépticos disponíveis na instituição.

NOMES GENÉRICOS	MARCAS COMERCIAIS	UTILIZAÇÃO
Ácido peracético (acetilcaprolactama+peróxido de hidrogénio)	Anioxyde 1000	Desinfetante de alto nível
Álcool 70°		Desinfetante
Álcool Isopropílico 75% e Etilsulfato de Mecetrónio	Esterillium	Anti-séptico
Cloreto de benzalcónio em solução alcoólica isopropanólica (solução corada)	Cutasept	Anti-séptico
Clorohexidina 4%, sabão líquido	Lifo-scrub	Anti-séptico
Clorohexidina 0,2% colutório	Eludril	Anti-séptico
Clorohexidina 1,5% e Cetrimida 15%		Desinfetante/anti-séptico
Detergente para lavagem manual de dispositivos médicos	Instrunet	Detergente/desinfetante
Detergente Enzimático	Cidezyme	Detergente/desinfetante
Dicloroisocianurato de sódio 5g	Presept*	Desinfetante
Etanol (96% V/V) 64,82g, 2-Propanol 8,30g	Promanum®	Anti-séptico
Hipoclorito de Sódio 0,5%	Soluto de Dakin	Anti-séptico
Iodopovidona a 10% sol. Dérmica	Betadine sol. Dérmica	Anti-séptico
Iodopovidona a 10%, sol. Espuma	Betadine sol. Espuma	Anti-séptico
Iodopovidona a 10%, sol. Ginecológica	Betadine sol. Ginecológica	Anti-séptico

\*A utilização deste desinfetante substitui o uso de hipoclorito de sódio que existe na nossa instituição na concentração de 5%.

**COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO**

ACTIVIDADE ANTIMICROBIANA DOS DESINFECTANTES

DESINFECTANTE	ACTIVIDADE					
	G+	G-	bk	esporos	vírus	fungos
Álcool	+++	+++	++	--	++	++
Ácido peracético (acetilcaprolactama+peróxido de hidrogénio)	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Clorohexidina	+++	++	+	--	++	+
Cloro	+++	+++	++	++	+++	++
Glutaraldeído	+++	+++	+++	++	+++	++
Iodo	+++	++	++	++	++	++

Chave: +++ - Excelente actividade  
 ++ - Boa actividade  
 + - Alguma actividade  
 -- - Sem actividade

**ANEXO XI**  
**MANUTENÇÃO E CALIBRAGEM DOS EQUIPAMENTOS**

## CONTRATOS DE MANUTENÇÃO 2012

N.º CONTRATO	EQUIPAMENTO	SERVIÇO	CRITICID.	EMPRESA	MODALIDADE
INFRA 001/12	DETECÇÃO INCÊNDIOS	VÁRIOS SERVIÇOS	5	SIEMENS	ANUAL
INFRA 002/12	PT	CENTRAL TÉCNICA	5	EDP CORPORATE	ANUAL
INFRA 003/12	GESTÃO TÉCNICA CENTRALIZADA	VÁRIOS SERVIÇOS	4	DOMÓTICA	ANUAL
INFRA 004/12	EXTINÇÃO HOTTES R102	ALIMENTAÇÃO	5	TECNIQUITEL	ANUAL
INFRA 005/12	FILTROS ABSOLUTOS	BLOCO AMBULATÓRIO	5	IBERCONCEPT	ANUAL
INFRA 006/12	GASES ANESTÉSICOS	BOC e BA	5	IBERCONCEPT	TRIMESTRAL
INFRA 007/12	FILTROS ABSOLUTOS	BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL	5	IBERCONCEPT	ANUAL
EQUIP 001/12	UPS's APC / MGE	VÁRIOS SERVIÇOS	5	SCHNEIDER ELECTRIC II	SEMESTRAL
EQUIP 002/12	AUTOCLAVES e MAQ SELAR	ESTERILIZAÇÃO	5	VEISIL - A. M. SILVA	MENSAL
EQUIP 003/12	GERADORES EMERGÊNCIA	CENTRAL TÉCNICA	5	ECV	BIMESTRAL
EQUIP 004/12	UPS's POWERWARE	VÁRIOS SERVIÇOS	5	SCHNEIDER ELECTRIC II	SEMESTRAL
EQUIP 005/12	ELEVADORES (5)	VÁRIOS SERVIÇOS	5	OTIS	MENSAL
EQUIP 006/12	QUADROS GERAIS	CENTRAL TÉCNICA	5	EDP CORPORATE	ANUAL
EQUIP 007/12	LAVADORES E MAQ MIELE	VÁRIOS SERVIÇOS	5	AJ COSTA	SEMESTRAL
EQUIP 008/12	CENTRAIS HIDROPRESSORAS	CENTRAL TÉCNICA	5	GRUNDFOS	SEMESTRAL
EQUIP 009/12	CAMARAS FLUXO LAMINAR	LABORATÓRIO / FARMACIA	5	INTERFACE	SEMESTRAL
EQUIP 010/12	CÂMARA FLUXO LAMINAR	FARMÁCIA	4	VEISIL - A. M. SILVA	MENSAL
EQUIP 011/12	KARDEX	FARMÁCIA	4	GRIFOLS	SEMESTRAL
EQUIP 012/12	CHILLER's	CENTRAL TÉRMICA	4	NONIO HIROSS	SEMESTRAL
EQUIP 013/12	CHILLER S. SERVIDORES	INFORMÁTICA	5	NONIO HIROSS	SEMESTRAL
EQUIP 014/12	CALDEIRAS	CENTRAL TÉRMICA	4	HIPERCLIMA	SEMESTRAL
EQUIP 015/12	PRM	CENTRAL TÉCNICA	4	AGNER SERVICE	SEMESTRAL
EQUIP 016/12	STERRAD 50	ESTERILIZAÇÃO	5	JOHNSON & JOHNSON	ANUAL
EQUIP 017/12	AGITADOR PLAQUETAS	FARMÁCIA	5	GRIFOLS	SEMESTRAL
EQUIP 018/12	MAQ SELAR	FARMÁCIA	5	GRIFOLS	SEMESTRAL
EQUIP 019/12	FOTOCOPIADORA HP M3027 MPF	SIE	3	SAS	MENSAL
EQUIP 020/12	MONTA-CARGAS	BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL	4	OTIS	MENSAL
EQUIP 021/12	UPS SERVIDORES	VÁRIOS SERVIÇOS	5	SCHNEIDER ELECTRIC II	ANUAL