



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem

Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

**PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE
INFEÇÃO NA SALA DE HEMODIÁLISE: PAPEL DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Carla Rodrigues

**Lisboa
2016**





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem

Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

**PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE
INFEÇÃO NA SALA DE HEMODIÁLISE: PAPEL DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Discente: Carla Rodrigues

Orientador: Professor M^a Eulália Novais

**Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da
discussão pública**

Lisboa

2016

“First, do no harm...”

Hipócrates

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados. “

Florence Nightingale (1820 – 1910)

Agradecimentos

Este trabalho tem o cunho de tudo o que me rodeia:

do fulcro da minha existência – a minha família;

do que me faz querer ser melhor – os meus filhos;

do que me apoia – companheiro de vida;

do que está sempre presente – os meus amigos;

do que movimenta – a profissão que escolhi;

do que me motiva – as pessoas a quem presto cuidados;

do que suporta – os meus pares do quotidiano;

das pessoas de passagem na minha vida que enriquecem o meu ser – “colegas de carteira”;

e, de quem me ensinou – os docentes, muito em especial à Professora M^a Eulália Novais que não desistiu...

Muito obrigada!

Lista de siglas

AAV – Acesso Artério-venoso
APIC – Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem
CVC – Catéter Venoso Central
DGS – Direção Geral de Saúde
DP – Diálise Peritoneal
DRC – Doença Renal Crónica
DRCT – Doença Renal Crónica Terminal
ECDC – European Centre of Disease Prevention and Control
EDTNA / ERCA – European Dialysis and Transplantation Nurses Association/
European Renal Care Association
EE – Enfermeiro Especialista
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EUA – Estados Unidos da América
EVA – Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para
Transplante
HD – Hemodiálise
IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IN – Internamento de Nefrologia
ISO – International Organization Standardization
LDL – Low Density Lipoproteins
MRSA – Staphylococcus aureus metilicilino – resistente
NHS – National Health Service
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordem dos Médicos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PDCA – Plan, Do, Check, Act/Adjust
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos
Antimicrobianos

QS – Qualidade em Saúde

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSFR – Técnica de substituição da Função Renal

UDP – Unidade de Diálise Peritoneal

UTR – Unidade de Transplante Renal

VHB – vírus da hepatite B

VHC – vírus da hepatite C

VIH – vírus de imunodeficiência humana

VRE – Enterococcus vancomicino – resistentes

RESUMO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma causa significativa de mortalidade e morbidade, bem como de encargos financeiros avultados para o sistema de saúde (OMS, 2011). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2013) a taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia. As infeções, no doente em programa de hemodiálise, representam um aumento da morbidade com consequentes internamentos e administração de antimicrobianos, bem como o risco de aparecimento de microrganismos multirresistentes (Pina, 2010b). As normas para as Precauções Básicas para o Controlo de Infeção (PBCI) têm como objetivo travar a transmissão cruzada e de diminuir a ocorrência de IACS (DGS, 2013). Estas são de conhecimento dos profissionais de saúde, não obstante, a sua adesão não é a esperada (Chenoweth, 2015; Silva, 2013). Alguns trabalhos têm demonstrado que é essencial uma educação contínua resultante de momentos de formação formal e informal, sob uma abordagem crítica reflexiva, promovendo assim, a transformação dos profissionais de saúde na sua prática. Este trabalho tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em programa de hemodiálise (HD) numa unidade periférica, relacionados com a aplicação das PBCI. Deste modo, pretende-se proporcionar a base de evidência científica e aumentar a adesão às normas instituídas na unidade e pela DGS, através da realização de um projeto de melhoria da qualidade. Foram realizadas formações, disponibilizada a informação e auditorias à adesão dos profissionais e à qualidade da instituição para a aplicação das PBCI. O índice de qualidade da unidade ao nível da estrutura foi de 82,3%, a nível dos processos de trabalho foi de 91,4% e, o risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis de 28,8%. Nas auditorias realizadas à higienização das mãos, nos cinco momentos, os técnicos de HD apresentam uma adesão de 70%, os enfermeiros de 65,5%, os auxiliares de limpeza de 40% e os médicos de 35,14%. Os enfermeiros são os profissionais com o maior número de oportunidades.

Palavras chave: IACS, Hemodiálise, Qualidade em Saúde, PBCI

ABSTRACT

The Associated Infections to Healthcare (HAIs) are a significant cause of mortality and morbidity as well as considerable financial burden on the health system (WHO, 2011). According to the General Health Directorate (DGS) (2013) hospital infection rate in Portugal is higher than the European average. Infections in patients on hemodialysis represent an increased morbidity with consequent hospitalization and administration of antimicrobials, as well as the risk of emergence of multiresistant microorganisms (Pina, 2010b). Standard precautions for infection control aim to curb cross-transmission and decrease the occurrence of HCAI (DGS, 2013). These are knowledge of health professionals, however, their membership is not expectable (Chenoweth, 2015; Smith, 2013). Some studies have shown that it is essential to continuing education resulting from formal training and informal moments, in a reflective critical approach, thus promoting the transformation of health professionals in their practice. This work aims to improve the quality of care to people with ESRD on HD program in a peripheral unit, related to the application of the standard precautions for infection control. Thus, it is intended to provide the basis of scientific evidence and increase adherence to the standards set in the unit and the DGS, by performing a quality improvement project. Education were conducted, provided the information and audits to adherence of health professionals and quality of the institution for the application of standard precautions for infection control. The unit's quality index at the level of structure was 82.3%, the level of work processes was 91.4% and the risk associated with performing procedures at increased risk of exposure to transmissible agents 28.8 %. In audits of hand hygiene in five moments, HD technicians have an adherence of 70%, nurses 65.5%, the 40% cleaning aids and doctors of 35.14%. Nurses are professionals with more opportunities.

Key Words: HCAI, Hemodialysis, Health Quality, Standard Precautions for Infection Control

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 14 |
| 1.1. Qualidade em saúde – papel do enfermeiro | 14 |
| 1.1.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem | 15 |
| 1.1.2. Competências do Enfermeiro Especialista e Qualidade em Saúde | 17 |
| 1.2. Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde | 19 |
| 1.2.1. Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) | 23 |
| 1.2.2. Educação e Adesão às PBCI | 27 |
| 1.3. Prevenção e controlo da infeção no âmbito da hemodiálise | 30 |
| 1.3.1. Doença renal crónica e Hemodiálise | 30 |
| 1.3.2. Risco de infeção em hemodialise | 31 |
| 1.3.3. O papel do enfermeiro em nefrologia | 36 |
| 2. PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE NO ÂMBITO DAS PBCI NA SALA DE HD | 39 |
| 2.1. Materiais e metodologias | 39 |
| 2.2. Trabalho desenvolvido | 42 |
| 2.3. Apresentação, Análise e Discussão dos Dados | 47 |
| 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA – PERCURSO DE ESTÁGIO | 51 |
| 3.1. Hospital de referencia na área da nefrologia | 53 |
| 3.1.1. Unidade de diálise peritoneal | 54 |
| 3.1.2. Internamento de nefrologia, Unidade de Transplante Renal e HD hospitalar | 55 |
| 3.2. HD em unidades periféricas | 59 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2.1. Clínica de HD | 59 |
| 3.2.2. Serviço onde desempenho funções | 60 |
| 3.3. Competências de Enfermeira Especialista desenvolvidas | 61 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS | 67 |

ANEXOS

- Anexo 1 – Categorização dos níveis de evidência das recomendações
- Anexo 2 – Os 5 momentos para a higienização das mãos
- Anexo 3 – Os 6 passos para a higienização das mãos
- Anexo 4 – Técnica de colocação e remoção do EPI
- Anexo 5 – Formulário de observação da higienização nos cinco momentos
- Anexo 6 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - processo
- Anexo 7 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - estruturas
- Anexo 8 – identificação do risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos
- Anexo 9 – Avaliações de estágio

APÊNDICES

- Apêndice 1 – Diagrama de seleção da pesquisa
- Apêndice 2 – Check-list para uma avaliação de qualidade - Heather Palmer
- Apêndice 3 – Índice do ficheiro informático de partilha
- Apêndice 4 – Formação: Higienização das mãos
- Apêndice 5 – Formação: PBCI Equipamento de proteção individual
- Apêndice 6 – Formação: PBCI Ambiente Clínico
- Apêndice 7 – Formação: PBCI Preparação e administração de injetáveis
- Apêndice 8 – Guia das oportunidades para a higienização das mãos em HD
- Apêndice 9 – Cronograma de estágio
- Apêndice 10 – Reunião científica na UDP: Cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

| | Pág. |
|--|------|
| Índice de figuras | |
| Figura 1 - Distribuição de IACS na admissão (esquerda) e adquiridas durante o internamento (direita) em 2013 | 22 |
| Figura 2 - Cadeia de transmissão de infeção, precauções básicas e isolamento | 22 |
| Figura 3 - Ciclo PDCA ou de Deming | 41 |
| Figura 4 - Cadeia da infeção na sala de HD. | 43 |
| Índice de tabelas | |
| Tabela 1 - Cálculo básico do nível de adesão | 48 |
| Índice de gráficos | |
| Gráfico 1 - Cálculo opcional da adesão da equipa multidisciplinar | 49 |

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, Área Específica de Intervenção de Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade Curricular de Estágio com Relatório, surge a elaboração dum trabalho onde seja possível demonstrar a aquisição de competências de Enfermeira Especialista (EE), de acordo com os domínios de competências estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e o desenvolvimento de competências descritas no quadro de referência da *European Dialysis Nurses Association/ European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA).

Este relatório promove a análise e reflexão do desenvolvimento das competências enquanto enfermeira. Todo o percurso do curso mencionado, desde as aulas em sala, os trabalhos académicos, a procura de informação, até ao estágio, teve um contributo grandioso na transformação da identidade profissional própria. As intervenções assentam num quadro referencial sólido, baseadas na evidência científica, orientando a tomada de decisão nas situações de maior complexidade. O cuidado centrado na pessoa é um conceito atual, que exige do enfermeiro conhecimento da pessoa, das suas vivências, necessidades, perspetivas e do que a rodeia. Os atributos do enfermeiro também constituem um fator importante para o cuidado centrado na pessoa (McCormack, 2006). Através do estágio foi possível ter contato com os vários contextos de prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica (DRC) permitindo adquirir perceção das diferentes vivências da pessoa no percurso da sua doença, promovendo uma maior abrangência do ato de CUIDAR.

A aquisição de competências de EE permite assumir um papel de referência na equipa multidisciplinar de prestação de cuidados. Os cuidados de enfermagem de qualidade são uma prioridade, sendo o EE um elemento chave. A implementação de sistemas de qualidade exige que se estabeleçam padrões de qualidade específicos para as intervenções do enfermeiro. Surgem assim, os enunciados descritivos que constituem a orientação para a prática.

A *National Health Service* (NHS) (1997, p. 23) define qualidade em saúde (QS): “fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo” (trad. do autor). O conceito de qualidade é de interesse global e, no âmbito da saúde, a qualidade dos cuidados atinge uma importância vital pois, os cuidados de qualidade e a segurança dos utilizadores dos serviços de saúde, são dois conceitos interrelacionados (PNS, 2013). Estudos demonstram que existem taxas de infeção elevadas nos serviços de saúde, o que coloca em causa a segurança da pessoa. A IACS é uma problemática atual que promove eventos potencialmente fatais em grupos de risco (idade superior a 65 anos, imunodeprimidos) ou de aumento da morbilidade (doenças pulmonares, abdominais, cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, entre outras) com encargos financeiros elevados (Cardoso, 2015; DGS, OMS, 2011; Souza, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011, p. 6) define IACS como “uma infeção que ocorre durante o processo de cuidados num hospital, ou noutras instalações de cuidados de saúde, que não estava presente ou incubada no momento da admissão” (trad. do autor). Os enfermeiros enquanto cuidadores primários, envolvem-se na prevenção, identificação e vigilância da infeção e na educação dos doentes. Mas existe uma baixa adesão para as medidas de prevenção e controlo da infeção, situação que abrange transversalmente as equipas de saúde (Kear, 2015; Oliveira, 2014; Pina, 2010a). A infeção constitui uma das principais complicações no doente renal crónico em programa de HD, pode representar um aumento da morbilidade com consequentes internamentos e administração de antimicrobianos, bem como um risco de aparecimento de microrganismos multirresistentes (Pina, 2010b). As PBCI são as medidas básicas de prestação de cuidados que visam prevenir a transmissão cruzada de IACS. Estas têm como foco a segurança dos profissionais, utentes e toda a população que entra em contato com os serviços de saúde (DGS, 2014a).

Enquanto enfermeira numa unidade periférica de HD, a problemática da infeção insurgiu-se de forma insidiosa e abruta, pela ocorrência de um surto de infeção que se associou aos cuidados prestados na unidade. As IACS ocorrem como o resultado de falhas nos processos de prestação de cuidados e

comportamentos humanos (Pina, 2010a). Partilhando a ideia divulgada pela OMS (2008) de que as mudanças devem começar na base e nas medidas mais simples e acessíveis, propusemo-nos a contribuir para a mudança de cultura e metodologias de trabalho na sala de HD de uma unidade periférica. Desta forma surge o tema deste trabalho: **Precauções Básicas de Controlo da Infeção na Sala de Hemodiálise: Competências do Enfermeiro Especialista**, tendo sido realizado um projeto de melhoria da qualidade, no âmbito das PBCI, numa unidade periférica de HD.

Este Relatório de Estágio espera-se dotado de pensamento crítico e reflexivo, fundamentado e demonstrativo da aquisição de competências de EE. Os objetivos delineados são:

- Refletir sobre o contributo do enfermeiro na equipa de saúde em termos de ganhos de saúde para o doente, nomeadamente na prevenção e controlo de IACS;
- Analisar os cuidados de enfermagem à pessoa com DRC, à luz da qualidade em saúde, focalizando os cuidados de saúde primários e diferenciados;
- Criar uma base fundamentada para as intervenções de enfermagem em contexto de HD em unidades periféricas, focando a problemática das IACS e PBCI;
- Planear e avaliar intervenções de enfermagem à pessoa com DRC, respeitando os princípios humanistas e promover um ambiente terapêutico;
- Desenvolver uma prática profissional responsável, ética e legal;
- Desenvolver um projeto de melhoria de qualidade no âmbito da prevenção e controlo da infeção, em sala de HD numa unidade periférica, intervindo na área da formação, gestão e investigação;

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: enquadramento teórico com a exploração de conceitos chave; trabalho desenvolvido - projeto de melhoria de qualidade no âmbito das PBCI numa unidade de HD periférica; descrição e reflexão do desenvolvimento de competências e do percurso de estágio.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os conceitos chave para a realização deste trabalho são a Qualidade em Saúde (QS), a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) e Hemodiálise (HD). O ponto de partida foi a QS por constituir um dos eixos estratégicos para obtenção de ganhos em saúde e fortalecimento da participação de Portugal para a saúde global (Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016). A ocorrência de IACS, além de acarretar gastos avultados, coloca em causa a segurança do utilizador dos serviços de saúde e dos profissionais e, denuncia cuidados de saúde de baixa qualidade. Para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da prevenção e controlo da infeção, existem medidas básicas, acessíveis a todos os profissionais e de grande eficácia – as PBCI. Organizações internacionais (OMS, *Centre of Disease Control* (CDC) e *European Centre of Disease Prevention and Control* (ECDC)) e nacionais (DGS) defendem que a aplicação destas medidas, constituem um ponto de partida indiscutível para a melhoria dos cuidados de saúde e diminuição da incidência das IACS.

1.1. Qualidade em saúde – papel do enfermeiro

A NHS (1997, p.23) define a Qualidade de Cuidados: **“fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo”** (trad. do autor).

Saturno (1990) citado no PNS (2013) define QS como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (PNS, 2013).

A QS é um valor fundamental no acesso a cuidados de qualidade, sendo que os cuidados devem ser baseados na evidência científica. A tomada de decisão deve “incorporar a melhor evidência e inovação, incluindo a clínica, epidemiológica, gestão, avaliação económica, tecnológica e de impacto em saúde

em progresso de melhoria contínua” (PNS, 2013, p.6). Deste modo, urge a necessidade de estabelecer estratégias orientadoras, definição de indicadores, ações e recomendações com o intuito da promoção da melhoria da qualidade nos cuidados da saúde (PNS, 2013, p.5-9).

A QS implica uma articulação de tarefas entre as várias profissões (médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, técnicos de saúde, auxiliares de limpeza e administrativos) da área dos cuidados em saúde. Todos estas categorias influenciam a qualidade dos cuidados, podendo ser responsáveis pela melhoria da QS, enquanto elementos intervenientes nos serviços de saúde. A Ordem dos Médicos (OM) e a OE assumem um papel fundamental na orientação de padrões de qualidade do que diz respeito à QS. Neste sentido, OE envolve-se na criação de sistemas de qualidade, considerando uma intervenção prioritária, visando a melhoria contínua da qualidade no exercício profissional dos enfermeiros. A QS não depende apenas do exercício dos enfermeiros, mas por outro lado, não se pode negligenciar a relevância do papel do enfermeiro na obtenção de ganhos em saúde pelo seu exercício de qualidade. Se o organismo regulador da profissão zela pelo cumprimento de um exercício profissional de qualidade, então cabe às instituições de saúde proporcionar condições (recursos e estruturas) para as boas práticas e desenvolvimento da disciplina de enfermagem (OE, 2012a).

1.1.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A implementação de sistemas de qualidade para o exercício da Enfermagem impõe a necessidade de estabelecer linhas orientadoras que sejam o reflexo do exercício profissional. Da definição de padrões de qualidade surgem os enunciados descritos que consistem num instrumento importante que visam especificar o papel do enfermeiro na QS, através da representação dos cuidados.

Na base conceptual para a formulação dos enunciados descritivos encontramos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem têm como foco “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida,

procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (OE, 2012a, p.10). As seis categorias definidas para os enunciados descritivos são:

Satisfação dos clientes: o enfermeiro, no seu exercício profissional, tem em vista minimizar o impacto negativo da doença no cliente. O respeito e empatia são elementos importantes, assim como, a envolvimento e a criação de parceria com o cliente, num processo de cuidado centrado na pessoa.

Promoção da saúde: o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde através do conhecimento dos recursos apropriados, identificação das oportunidades e educação dos clientes.

Prevenção das complicações: o enfermeiro intervém na prevenção de complicações para a saúde do cliente, através da identificação precoce de potenciais problemas, implementando e avaliando as intervenções de acordo com o seu mandato social, aplicando os conhecimentos científicos com rigor, referenciando as situações de acordo com a sua especificidade e, atuando de acordo com o seu código deontológico.

Bem-estar e autocuidado do cliente: o enfermeiro atua no sentido de maximizar o bem-estar do cliente, intervindo nas atividades para as quais o cliente é dependente. É essencial o rigor científico, identificação das necessidades do cliente e implementação e supervisão de intervenções, existindo elevados níveis de responsabilização.

Readaptação funcional: o enfermeiro, numa parceria com o cliente, desenvolve processos de adaptação no contínuo saúde-doença. Os elementos chave são a continuidade de cuidados, a preparação para a alta (educação) e potencializando os recursos do cliente, promovendo a sua autonomia.

Organização dos cuidados de enfermagem: o enfermeiro na sua prática profissional, presta cuidados assente num quadro referencial, com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados, gere os recursos de forma eficaz, promove a satisfação do cliente, implementa e divulga informação e formação, aplica metodologias de trabalho promotoras de saúde.

A avaliação dos cuidados de enfermagem, seja quantitativa ou qualitativa, requer um conjunto de indicadores e unidades de medida sensíveis aos mesmos. Estes indicadores estão subordinados aos enunciados descritivos e permitem objetivar e analisar os cuidados de enfermagem de forma a que se implemente alterações ou não, no desempenho profissional, tendo sempre como foco a melhoria da qualidade. As taxas de infeção não são um indicador de qualidade de cuidados exclusivo da intervenção da enfermagem, mas constituem um importante indicador de ganhos em saúde (OE, 2004).

1.1.2. Competências do enfermeiro especialista e QS

O Enfermeiro Especialista

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010a, p.2)

Os domínios de competências comuns do EE são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE,2010a).

Responsabilidade profissional, ética e legal - o EE desenvolve uma forte componente na tomada de decisão, atua de forma ética e, promove práticas responsáveis e assentes nos direitos humanos.

Melhoria contínua da qualidade - a este compete o desempenho do papel de dinamizador, gestor e agente propulsor de processos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. A capacidade crítica e de tomada de decisão do EE permitem intervenções adequadas e pertinentes.

Gestão dos cuidados - o EE adquire capacidade de liderança e gestão dos recursos, articulando a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – o EE desenvolve o autoconhecimento e assertividade e, fundamenta as suas intervenções num quadro conceptual sustentado e, na evidência científica mais atualizada, sendo de

esperar que seja o EE a conduzir a produção / procura desta mesma evidência através da investigação (OE, 2010a).

Estas competências do EE vão de encontro ao que se define para a QS no PNS 2016, já acima citado. A qualidade exige reflexão e capacidade crítica para evoluir, constituindo um desafio de grandes dimensões – a mudança de metodologias de trabalho (OE, 2012a). A melhoria da qualidade é uma das prioridades para o EE, dentro deste domínio encontra-se inevitavelmente a competência de coordenação, implementação e manutenção de medidas *standart* de prevenção e controlo da infeção (OE, 2010a). Estudos demonstram que a tomada de decisão pode contribuir para a redução das taxas de IACS (OMS, 2008). Classen (1992) realizou um estudo acerca da infeção da ferida cirúrgica e conclui que a prescrição adequada de antibióticos e os cuidados à ferida operatória determinam a ocorrência de infeção, demonstrando a importância da tomada de decisão, na prevenção e controlo da infeção. A decisão certa, no momento certo, torna-se imperativo. O enfermeiro desempenha o papel de elo de ligação entre a prescrição médica e os resultados, exigindo uma capacidade de julgamento clínico, analisando e detetando a necessidade de intervenção precocemente.

Benner (2001) defende que as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de trabalho. De acordo com a autora supracitada, para evoluirmos na prestação de cuidados temos que dominar as nossas competências. À medida que ganhamos experiência surge o “*conhecimento clínico - mistura entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos brutos*” (Benner, 2001, p37).

A autora, descreve a evolução do enfermeiro à luz do Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências. Esta desenvolve-se em cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proeficiente e perita. Apenas o tempo aliado à experiência profissional, promove o desenvolvimento de competências. Os enfermeiros proeficientes e peritos conservam as experiências passadas, mobilizando os conhecimentos adquiridos, na altura devida. Desenvolvem um julgamento clínico baseado na sua experiência, associado aos conhecimentos teóricos. O

desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão em situações complexas é uma das principais características dos seus cuidados. No entanto, um enfermeiro perito pode ser de um nível inferior, quando se depara com contextos de trabalho diferentes da sua experiência (Benner, 2001).

No âmbito da segurança dos cuidados e da prevenção e controlo da infeção, o enfermeiro perito tem a capacidade de detetar risco ou ocorrência de infeção, através da observação dos processos de trabalho ou de sinais e sintomas que o doente possa apresentar, podendo estes, serem pouco perceptíveis ao enfermeiro com menos experiência.

1.2. Prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde

A segurança do utilizador dos serviços de saúde é uma das dimensões da QS (PNS, 2013). É consistente em toda a pesquisa bibliográfica que as IACS são uma preocupação e uma prioridade para as políticas de saúde e para a saúde pública, pois constituem o maior problema relacionado com a segurança do doente (OMS, 2005; OMS, 2009a e b). A *World Alliance for Patient Safety* prioriza a segurança do doente e, assumindo que as IACS constituem um problema atual que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, em 2005 foi criado o primeiro desafio no âmbito da segurança do doente: “*Clean Care is Safer Care*”. A mensagem fulcral da campanha é “medidas simples salvam vidas” (OMS, 2005, p.1), lançando assim as guidelines para a higienização das mãos como a medida mais simples, económica e acessível nos vários contextos de prestação de cuidados, mundialmente (OMS, 2005).

A IACS, é um conceito já descrito por Hipócrates que mencionou as chamadas “febres contagiosas” (Oliveira, 2009). Para que melhor se entenda a problemática da infeção na atualidade, torna-se necessário conhecer o seu percurso na humanidade. Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale foram pioneiros no desenvolvimento das primeiras medidas de prevenção e controlo da infeção (DGS, 2007). Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) introduziu a noção de higiene das mãos na prática clínica e, usou métodos de vigilância

epidemiológica para testar hipóteses relacionadas com o controlo de infeção, no âmbito da febre puerperal. Joseph Lister (1827-1912) introduziu os antissépticos e as técnicas assépticas. Robert Koch (1843-1910) desenvolveu a Teoria do Germe que fundamenta muitas medidas de controlo de infeção (quarentena, isolamento).

Em 1863, Florence Nightingale, fundadora da escola de enfermeiras de Londres, define as primeiras recomendações para os cuidados aos doentes, dando relevo à necessidade da limpeza do ambiente hospitalar e à separação dos doentes infetados e não infetados (Nichiata et al.,2004, Oliveira, 2009). Em 1928, Alexander Fleming descobriu a penicilina, que permitiu uma nova abordagem no combate às infeções. Desde então o uso indiscriminado de antibióticos, vem confirmar o que Fleming tinha advertido: o uso inadequado pode levar à resistência de microrganismos (Oliveira, 2014; Kiernan, 2014).

O conceito de infeção chega a Portugal em 1930 pela DGS e em 1979 pela Direção Geral dos Hospitais que emanou a Circular Informativa nº 6 /79, de 9/2/79, divulgada a todos os serviços e unidades de saúde. Em 1986, a DGS recomenda o controlo da infeção pela Circular Informativa nº 8/86 de 25/3/86 e, em 1996, impulsionado pelo despacho do diretor geral da saúde, foram criadas Comissões de Controlo de Infeção nas unidades de saúde, entre outras iniciativas para a prevenção e controlo de infeção. O Programa Nacional de Controlo de Infeção foi criado em 1999, estando abrangido na Divisão de Segurança Clínica e da Direção da Qualidade Clínica, sendo o foco central a melhoria dos cuidados e a promoção da segurança dos utilizadores e profissionais dos serviços de saúde (DGS, 2007).

OMS (2009a) define IACS, também denominada de “infeção nosocomial” ou “infeção hospitalar”, como a infeção que ocorre no doente durante os processos de cuidados num hospital ou em unidades de saúde, que não estava presente nem em incubação na altura da admissão (Tan,2015). A designação de “infeção nosocomial” tornou-se obsoleta por excluir os cuidados em ambulatório, sendo o conceito de IACS mais abrangente por incluir todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2007). Estas podem ser causadas por agentes de fontes endógenas ou exógenas. As fontes endógenas são do próprio corpo tais como boca, nariz, pele, trato gastrointestinal ou vagina, as exógenas são de fontes

externas ao doente como equipamentos, profissionais, dispositivos médicos, visitantes e ambiente de cuidados (Horan, 2008).

As IACS, são a maior causa de aumento de morbilidade, mortalidade, dias de hospitalização extra, encargos financeiros avultados e do aumento do risco de resistência aos antibióticos (OMS, 2011; Pina, 2010b; Ponce, 2007; Tan, 2015). De acordo com a OMS (2011), na Europa as IACS originam 16 milhões de dias extra de internamento e 37 mil óbitos, com gastos na ordem dos € 7 biliões anualmente. Nos EUA, as IACS causam 99 mil mortes por ano, com uma perda financeira de US \$ 6,5 biliões. Segundo a DGS (2014), a taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia. As infeções com maiores taxas são a infeção respiratória, infeção do trato urinário, ferida cirúrgica e infeções da corrente sanguínea (ECDC, 2013).

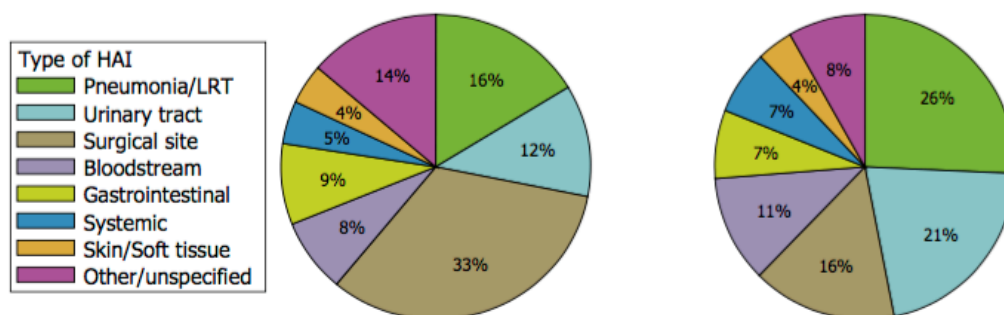


Figura 1: Distribuição de IACS na admissão (esquerda) e adquiridas durante o internamento (direita) em 2013 (ECDC, 2013)

Em 2012 foi realizado o estudo Inquérito de Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e Uso de Antimicrobianos, pelo ECDC englobando 30 países europeus, tendo como objetivos estimar a prevalência de infeção hospitalar e uso de antimicrobianos. Em Portugal a taxa de infeção hospitalar foi de 10,6% e o consumo de antimicrobianos de 45,4%, verificando-se superior à média europeia, que apresenta taxas de infeção hospitalar de 6,1% e consumo de antimicrobianos de 35,8% (DGS, 2013a).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na taxa de infeção relacionada com o uso de dispositivos invasivos, nomeadamente o uso de cateter venoso central (CVC) e algalias. Os doentes com CVC apresentaram

31,3% de taxa de infeção e os doentes sem CVC, 9,7%; a infeção das vias urinárias foi de 9,7% em doentes não algaliados e de 32,9% nos doentes algaliados (DGS, 2013a).

Identificou-se um número reduzido de enfermeiros de controlo de infeção e uma quase total ausência de contributo médico nas comissões de controlo de infeção. Outro achado relevante foi que o consumo de solução antissética de base alcoólica (SABA) foi superior em relação à média europeia, mas sem repercussão positiva na prevalência de infeção (DGS, 2013a). Estes achados denunciam a falta de eficácia dos atuais programas, os recursos são utilizados de forma inadequada pois não produzem os resultados a que se destinam e, a taxa de infeções mantêm-se acima da média europeia.

Perante a evidência dos estudos realizados urge a necessidade de intervenção. No despacho nº 2902/2013 nasceu o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tendo sido atribuído um carácter de programa de saúde prioritário. Esta nova abordagem vem unir duas vertentes, a de controlo de infeção e prevenção de resistência aos antimicrobianos, que se complementam nas suas intervenções (DGS, 2013a).

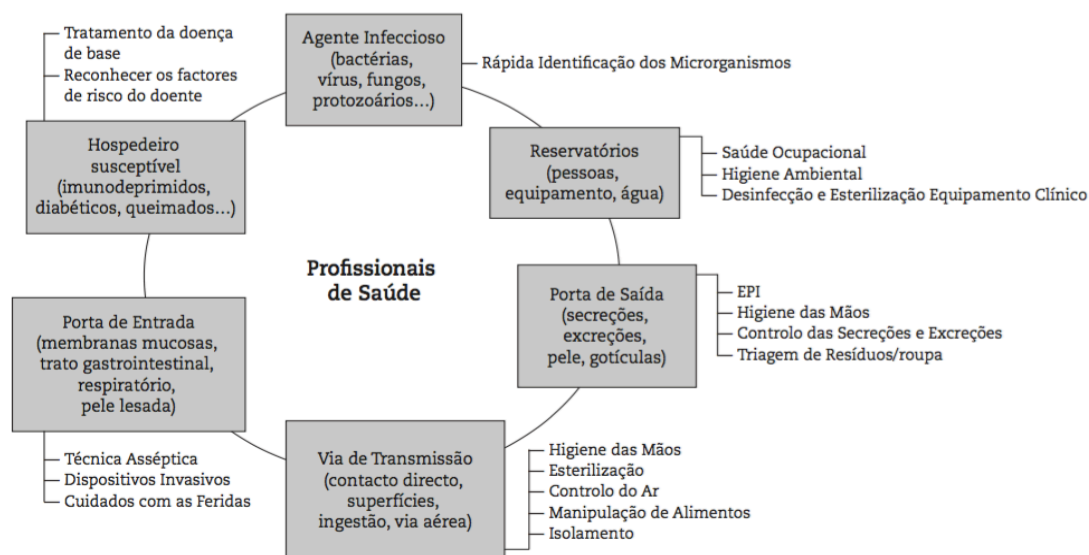


Figura 2: Cadeia de transmissão de infeção, precauções básicas e isolamento (Pina, 2010a, p.34).

Na bibliografia é consensual que uma percentagem significativa da incidência de IACS seriam evitáveis, Pina (2010a) refere que esta percentagem atinge os 20% já a DGS (2010) afirma que atinge os 30%, sendo as causas relacionadas com o processo de prestação de cuidados e com os comportamentos humanos. Pina (2010a) descreve os principais riscos para as IACS: presença de dispositivos invasivos; procedimentos invasivos; prescrições de antibióticos (promovendo o aparecimento de microrganismos multirresistentes). A transmissão pode ocorrer em qualquer momento de prestação de cuidados, com maior risco em doentes imunodeprimidos e/ou com dispositivos invasivos (Pina, 2010a e b). A figura 2 relaciona a cadeia da infeção com as precauções básicas e isolamento.

1.2.1. Precauções Básicas de Controlo de Infeção

De acordo com o pressuposto “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” a DGS (2013b, p.26) define PBCI como:

“práticas básicas de prestação de cuidados, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. As PBCI destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.” (DGS, 2013b, p.44)

A norma 029/2012 emanada pela DGS, descreve o papel dos dirigentes na implementação das medidas necessárias à implementação das PBCI. A existência de sistemas e recursos para a implementação e vigilância e, a necessidade de formação dos profissionais, são pontos essenciais para a aplicação da norma. Na referida norma, as PBCI são definidas por dez itens: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual (EPI), descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Colocação de doentes - Doentes que apresentem situação de risco de transmissão cruzada, devem ser colocados num espaço diferenciado (DGS, 2013b). No Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica é recomendado a fixação de postos, de monitores dedicados e de enfermeiros dedicados, nomeadamente em relação a doentes HVC e HBS positivos (OM, 2011).

Higiene das mãos - Considerada a medida base para a prevenção e controlo de infeção, a higienização das mãos engloba medidas como a ausência de verniz, extensões ou outros artefactos, recomendando-se que as unhas sejam curtas e limpas (categoria IA)¹. Devem ser removidos todos os adornos (anéis, aliança e outros) (categoria II), permitindo a exposição do antebraço até ao pulso. As lesões da pele devem estar protegidas com penso impermeável e, aplicação de creme dermoprotetor (categoria IA). Para a DGS (2013b) a higienização das mãos deve ser realizada: antes do contato com o doente (categoria IB), antes de procedimentos limpos / assépticos (categoria IB), após o risco de exposição a fluidos orgânicos (categoria IA), após contato com o doente e o ambiente envolvente (categoria IB), após a remoção do EPI (categoria IB).

A OMS define os cinco momentos para a higienização das mãos: 1º antes do contato com o doente; 2º antes de procedimentos assépticos; 3º após exposição a sangue e fluidos orgânicos; 4º após contato com o doente e 5º após contato com o ambiente envolvente do doente (OMS, 2009a) (anexo 2). A CDC, elaborou instrumentos de auditoria com a correspondência dos cinco momentos de higienização das mãos para o contexto de cuidados em HD, tornando as recomendações mais perceptíveis (CDC, 2015).

A utilização de SABA é recomendada em todos os momentos (categoria IA), exceto em situações em que as mãos estejam visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica e/ou em caso de procedimentos em doentes com infeções gastrointestinais. Nestas situações, é recomendado a higienização com água e sabão (categoria IB) (DGS, 2013b). Recomenda-se que a higienização das mãos seja realizada de acordo com os seis passos, que englobam toda a superfície da mão, incluindo zonas frequentemente esquecidas

¹ Correspondência dos níveis de evidência científica em anexo 1.

como os espaços interdigitais, polegares e unhas e, durante o tempo de contato adequado à solução usada (anexo 3) (OMS, 2015).

Etiqueta respiratória - a etiqueta respiratória engloba medidas que abrangem a população em geral e, os profissionais nas instituições de saúde devem promover a implementação destas medidas (categoria IB): cobrir a boca e o nariz quando se tosse ou espirra usando um toalhete descartável, que deve ser rejeitado de imediato, ou utilizar a manga/ braço para evitar a dispersão de partículas; higienizar as mãos após contato com secreções respiratórias e evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz. Em caso de pessoas sintomáticas, deve-se oferecer uma máscara cirúrgica se em contexto de instituições de saúde (categoria IB) (DGS, 2013b).

Utilização de Equipamento de Proteção Individual - são considerados equipamentos de proteção individual as luvas, aventais, batas, proteção ocular, máscara cirúrgica, o calçado e a cobertura de cabelo. As luvas, aventais e batas devem ser trocados no final dos procedimentos e entre doentes. O restante equipamento deve ser trocado sempre que a sua integridade esteja comprometida ou se contaminado durante os procedimentos (DGS, 2013b). A remoção do EPI é realizada de forma a não contaminar as mãos e o fardamento (anexo 4).

Descontaminação do Equipamento Clínico - o equipamento clínico pode ser de uso único (descartável), de uso num único doente ou reutilizável. Este pode constituir fonte de infeção se descontaminação inadequada, seja de forma direta por contaminação com fluidos orgânicos e agentes infecciosos, ou de forma indireta através das mãos dos profissionais (DGS, 2013b).

Controlo Ambiental - a área clínica deve ser segura no contexto da prática de cuidados, os profissionais devem estar conscientes das suas responsabilidades na manutenção da limpeza. O derrame de sangue e fluidos orgânicos é um evento de risco exigindo uma intervenção imediata por profissionais formados e que assegurem a segurança no procedimento (categoria IB/IC). O uso de soluções de descontaminação e detergentes obedece a normas e especificações próprias para cada intervenção (DGS, 2013b).

Manuseamento Seguro da Roupa - toda a roupa usada é considerada contaminada e o manuseamento deve obedecer a medidas de prevenção de contaminação do ambiente e fardamento. A roupa limpa deve estar acondicionada em local reservado e protegido. A roupa usada deve ser separada junto à unidade do doente e colocada em sacos, que não devem ultrapassar os 2/3 da sua capacidade para um encerramento seguro (DGS, 2013b).

Recolha Segura de Resíduos - os resíduos resultantes da prestação de cuidados devem ser triados e separados, de acordo com o grupo a que pertencem, junto ao local de produção. Não é recomendado a manipulação dos resíduos após a recolha em contentores. Os sacos e contentores de corto-perfurantes não devem exceder os 2/3 da sua capacidade. Os contentores reutilizáveis para a recolha de resíduos devem permitir a sua higienização e mantidos limpos. (DGS,2013b).

Práticas Seguras na Preparação e Administração de Injetáveis - em 2009 a CDC implementou a campanha "*The One & Only Campaign*"² no âmbito das práticas seguras na preparação e administração de medicação. Os pontos fulcrais desta campanha são comuns às recomendações da norma 029/2012, nomeadamente: rigor no cumprimento de precauções como o uso de técnica asséptica; não usar a mesma seringa em doentes diferentes, mesmo quando se muda a agulha ou cânula; uso de embalagens de dose única e, as recomendações em caso de necessidade de uso de multidoses (DGS, 2013b).

Exposição a agentes microbianos no local de trabalho – os profissionais de saúde estão sujeitos à exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue ou fluidos orgânicos. Estes, devem conhecer os procedimentos em caso de exposição efetiva. O traumatismo percutâneo com corto-perfurantes contaminados, a exposição de lesões da pele e feridas e a exposição de mucosas a salpicos de sangue ou fluidos corporais constituem um risco significativo de contaminação (DGS, 2013b).

²Disponível em: <http://www.oneandonlycampaign.org>

1.2.2. Educação e Adesão às PBCI

As normas e *guidelines* relacionadas com a prevenção e controlo da infeção são acessíveis e de conhecimento dos profissionais de saúde, não obstante, a sua adesão não é a esperada (Chenoweth, 2015; Silva, 2013, Pina, 2010a).

Kear (2015) relata estudos que revelam a problemática da não adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção. Em 2014, foi realizado um estudo em 1928 centros: 33,6% foram conotados como não aderentes para o uso de luvas e higienização das mãos e, 30,1% na limpeza e desinfeção de equipamentos e estruturas (Kear, 2015).

Em 1860, Florence Nightingale descreve a necessidade de as enfermeiras lavarem as mãos várias vezes ao dia, conjugado com outras medidas de limpeza para diminuir a infeção. A evidência científica demonstra que higienização das mãos constitui uma das principais medidas para a redução de IACS em todo o mundo (OMS, 2009a e b). Apesar de ser uma ação simples e acessível, a adesão dos profissionais de saúde é baixa a todos os níveis de cuidados de saúde. Habitualmente os médicos e enfermeiros têm um nível de adesão inferior a 50%, sendo que em períodos de trabalho mais intenso, a adesão pode atingir os 10,40%. A falta de adesão dos profissionais de saúde para as PBCI constitui um problema universal, exigindo normas orientadoras, investigação e monitorização (Pina, 2010a).

Rao (2013) e Shimokura (2006) abordam a infeção por vírus, nomeadamente pelo vírus da hepatite C (VHC) e hepatite B (VHB). Os autores referem que a ocorrência de infeção por vírus é causada por falta de adesão a práticas de controlo e prevenção de infeção. Nos Estados Unidos em 2001, mais de 150.000 doentes estiveram expostos a risco de contaminação por VHC, VHB ou vírus da imunodeficiência humana (VIH) devido a lapsos na preparação e administração de injetáveis³.

A baixa adesão, associa-se a falta de informação, tempo disponível, o stress e pressão na produtividade, falta de motivação (cansaço, insatisfação profissional,

³ Disponível em: <http://www.oneandonlycampaign.org>

falha na perceção do problema) e liderança/ valores de referência por parte dos profissionais mais diferenciados (OMS, 2009a). Oliveira (2014) explorou os fatores que influenciam os profissionais de saúde para a não adesão à higienização das mãos. Recorrendo a uma abordagem reflexiva, conclui que os fatores são:

- Fatores materiais: equipamentos insuficientes ou de difícil acesso para a higienização das mãos e soluções que causam irritação cutânea;
- Fatores sociais e comportamentais: formação académica⁴, religião e cultura, personalidade, conhecimento, papéis sociais e pressão entre pares
- Fatores institucionais: cultura de segurança e formação institucional, motivação pessoal aliada à participação ativa na implementação de programas e feedback, sobrecarga de trabalho.

Gonçalves (2012) avaliou a perceção dos profissionais para os fatores que influenciam a adesão às boas práticas no âmbito da prevenção controlo da infeção, identificou a formação como fator facilitador e, as estruturas, as crenças pessoais e excesso de trabalho como fatores dificultadores. A interação entre as equipas de trabalho e as comissões de controlo da infeção, foi um aspeto valorizado como sendo facilitador.

Pina (2010a, p.33) defende que:

“só com uma abordagem multidisciplinar perseverante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão de infeção e tendo por base as Precauções Básicas é que se poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS, para melhoria contínua dos cuidados de saúde, e assim contribuir para a segurança efetiva dos doentes”

Alguns trabalhos têm demonstrado que é essencial uma educação contínua resultante de momentos de formação formal e informal, sob uma abordagem crítica reflexiva, promovendo assim, a transformação dos profissionais de saúde na sua prática do dia-a-dia (Bakke, 2010; Headley, 2011; Silva 2013). Bakke (2010) descreve estudos em que o uso de educação, sistemas de monitorização

⁴ No estudo realizado pela OMS os médicos e enfermeiros graduados demonstram menor adesão o que pode influenciar o nível de adesão na equipa (Oliveira, 2014; OMS, 2009, p. 72)

voluntário, sessões de autoformação e uma abordagem multimodal atingiram 100% de eficácia na redução de infeção da corrente sanguínea, com diminuição de custos significativa. É fundamental mudar práticas e metodologias de trabalho, promover a transmissão da informação a toda a equipa em momentos formais e/ou informais e, dinamizar a equipa envolvendo-a na implementação das PBCI, utilizando recursos variados. Kear (2015) enfatiza a comunicação, trabalho de equipa, registo do erro, manutenção das expectativas, perceção do conceito de segurança do doente, rácios, *empowerment* do doente, transições de cuidados e aprendizagem organizacional. A OMS (2009a, p.111) sistematiza os componentes fundamentais para uma estratégia multimodal:

- Mudança no sistema – preparação de infraestruturas, criando condições para a aplicação das medidas como disponibilização de materiais e soluções de desinfeção; manter as estruturas atualizadas;
- Formação e treino – a educação e transmissão da informação é fulcral para o sucesso e aumento da adesão, através da capacitação, reflexão e atualização; todos os profissionais precisam de formação;
- Observação e informação de retorno – a avaliação das intervenções e retroalimentação torna-se essencial para a identificação das falhas e necessidades durante o processo de implementação. Estabelecem-se indicadores de medida para a monitorização das intervenções (auditorias, conhecimentos da equipa, gasto de consumíveis);
- Lembretes em locais estratégicos – os cartazes, panfletos e outros materiais de divulgação têm a função de lembrar a equipa das normas e informar os utilizadores dos serviços acerca da conduta espectável dos profissionais; devem ser colocados em locais estratégicos (locais de passagem, junto aos lavatórios, computadores);
- Clima institucional seguro - participação ativa a nível institucional e individual; eficácia individual / institucional; parceria com os doentes e utilizadores dos serviços.

1.3. Prevenção e Controlo da Infeção no âmbito da Hemodiálise

A HD é a técnica de substituição da função renal (TSFR) mais praticada nos países desenvolvidos (CDR, 1997), segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2015), as taxas de incidência e de prevalência de doentes em HD, são esmagadoramente superiores às da diálise peritoneal e do transplante renal. Em 2014 em Portugal existiam 11350 doentes em HD, 735 doentes em diálise peritoneal (DP) e foram transplantados 6618 doentes. Dos 11350 doentes em programa de HD, 10174 (89,6%) realizam tratamento em unidades de HD periférica, e 1176 (10,4%) em ambiente hospitalar. Em Portugal existiam 121 unidades de HD em atividade em 2012. A intervenção ao nível das unidades de HD periférica torna-se pertinente por ser o contexto de cuidados que abrange a maior percentagem de doentes.

As principais causas de morte no âmbito da HD, são as doenças cardiovasculares e as infeções. As infeções constituem 23,9% de causa de morte em pessoas em HD, sendo que 3,2% são relacionadas com o acesso arteriovenoso (AAV) e, 20,7% não relacionadas com o AAV (SPN, 2015).

1.3.1. Doença renal crónica e hemodiálise

A DRC desenvolve-se quando o rim, exposto a variados processos patológicos, entra em falência por lesão dos tecidos. A destruição da unidade funcional do rim, os nefrônicos, impossibilita a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e da excreção de produtos tóxicos. A sintomatologia instala-se lentamente, podendo demorar anos a manifestar-se. Ao contrário da lesão renal aguda, que pode ser reversível, a DRC é irreversível e tem carácter evolutivo (Thomas, 2005). Segundo a EDTNA (2007) a diabetes é o maior fator de risco e, a hipertensão a segunda maior causa.

Segundo a *National Kidney Foundation's* e a *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (2002), a DRC desenvolve-se progressivamente definindo-se cinco estadios, em que o estadio 5 corresponde à doença renal crónica terminal (DRCT), altura em que se torna imperativo o início de uma TSFR. A acumulação dos produtos tóxicos (ureia e creatinina), por diminuição ou ausência de excreção,

promove alterações fisiológicas e bioquímicas. (Fresenius Medical Care, 2011). As modalidades de terapêutica da DRCT são a transplantação renal, a HD, a DP e o tratamento conservador (DGS, 2013).

A HD é uma técnica depurativa que consiste na passagem do sangue no dialisador que contém uma membrana semipermeável e é através dela que se realizam as trocas de solutos e água do sangue. Os princípios fisiológicos subjacentes são a difusão, ultrafiltração e convecção (Thomas, 2005, pg. 186).

Para a realização de HD é essencial a existência de um acesso vascular. Existem três tipos: a fistula arteriovenosa, o enxerto arteriovenoso e o acesso percutâneo com cateter central (que pode ser provisório ou definitivo). A vida do doente depende muitas vezes do funcionamento adequado do acesso vascular (CDR, 1997; Thomas, 2005; Fresenius Medical Care, 2011).

No tratamento de HD o sangue do doente sai através da agulha puncionada no AAV, para um circuito extra corporal incorporado no monitor, sendo bombeado para o dialisador, onde se vão realizar as trocas. O sangue volta ao doente através de uma segunda punção do acesso. É um tratamento contínuo com duração, geralmente de quatro horas, três vezes por semana, sendo realizado em salas comuns (CDR, 1997; Fresenius Medical Care, 2011).

No dialisador, realizam-se as trocas entre o sangue e o dialisante que consiste num líquido que resulta da mistura de água purificada (95%) com os solutos de diálise (5%). Estes são constituídos por: ácido (eletrólitos como o sódio, potássio, magnésio, cálcio e o cloreto) e a solução tampão. As trocas dar-se-ão até se atingir o equilíbrio de concentração entre o sangue e o dialisante. A água para diálise obedece a um controlo de qualidade rígido pois esta é composta e transporta inúmeras substâncias e químicos. O sangue entra em contato com uma grande quantidade de água durante os tratamentos o que a torna um potencial fator de risco (Fresenius Medical Care, 2011; Schutt-Aine, 2012).

1.3.2. Risco de infeção em hemodiálise

Apesar de todas as recomendações para as práticas de prevenção da infeção em doentes com DRCT, nas salas de hemodialise não são aplicadas na

sua totalidade, sendo comprometida a segurança do doente (Chenweth, 2015; Kear, 2015, Marck, 2014).

No Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica (OM, 2011) define-se tratamento de HD como um procedimento em que a exposição a sangue e outros produtos orgânicos e material passível de contaminação é previsível, sendo essencial tomar medidas para evitar contato. Tem como recomendação para o programa de controlo de infeção, a existência de medidas de controlo de infeção (incluindo testes serológicos e imunização), monitorização e vigilância das medidas de controlo de infeção e, treino e educação de doentes e profissionais (OM, 2011).

A infeção constitui uma das principais complicações no doente renal crónico em programa de HD, pode representar um aumento da morbilidade com consequentes internamentos e administração de antimicrobianos, bem como um risco de aparecimento de microrganismos multirresistentes (Cais, 2009; Castner, 2011; Curtin, 2010; Pina, 2010b; Marck et al, 2014; Kear, 2015; Headley, 2011).

Headley (2011) acrescenta que indivíduos com idade superior a 66 anos em HD têm maior incidência de ocorrência de pneumonia e sepsis. De acordo com a SPN (2015) a idade média de doentes em HD em 2014 foi de 67,17 anos. Estes doentes apresentam os riscos descritos para a ocorrência de infeção: baixo nível sérico de creatinina, sistemas imunitários enfraquecidos pela doença crónica, nº de sessões de HD, higiene inadequada do paciente, tempo de permanência do cateter, inserção de CVC's nas veias jugular e femoral, diabetes mellitus, uso de drogas intravenosas, nº de tentativas de punção e hipoalbuminemia (Cais, 2009; Curtin, 2010). Curtin (2010) acrescenta que as múltiplas hospitalizações e o uso frequente de antibióticos também constituem uma fonte de risco importante.

O tratamento de HD é administrado em salas comuns a vários doentes, a oportunidade de transmissão de infeção é aumentada, quer seja por contato direto, de pessoa-pessoa ou indireto, através de equipamento, dispositivos médicos, superfícies, estruturas e mãos dos profissionais (Kear, 2015).

Curtin (2010) enfatiza as infeções por microrganismos antibiótico resistentes como o *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA) e Enterococos

vancomicina-resistentes (VRE), por causarem aumento significativo de morbidade e mortalidade em doentes em HD. Estes microrganismos são resistentes à higienização das mãos (lavagem com água e sabão e SABA) sendo importante assumir as medidas de contato para a prevenção da transmissão.

Headley (2012) citando Eddi et al. descreve que o doente renal crônico tem grande risco de contrair infecções por *Clostridium difficile*. Estudos descrevem que 23,6% das hospitalizações relacionadas com infecção por *Clostridium difficile* são em doentes com DRC. Num estudo realizado pela CDC em 2010, concluiu-se que as taxas de infecção da corrente sanguínea relacionadas com o CVC, infecção do trato urinário, infecção por MRSA e infecções da ferida cirúrgica diminuíram, evidenciando o progresso no controle da infecção. No entanto as infecções por *Clostridium difficile* mantêm-se altas, estas ocorrem devido a exposição a antibióticos e através da contaminação do ambiente do doente ou pelas mãos dos profissionais de saúde. A *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC) (2013) recomenda a lavagem das mãos com água e sabão, pois as soluções alcoólicas não são eficazes na remoção dos esporos e, a descontaminação dos equipamentos deve ser realizada com um detergente esporicida. Recomenda também medidas de contato (uso de EPI) e isolamento (APIC, 2013).

A água constitui um fator de risco para a segurança do doente em HD, sendo essencial a vigilância da adesão aos procedimentos monitorização da unidade de tratamento de água (Lydio, 2013; Thomas-Hawkins, 2015). No estudo realizado por Lydio (2013) a autora refere a falta de concordância nas normas no que tange à qualidade da água para HD, o que facilita a ocorrência de infecção e diminuição da sobrevivência dos doentes. Na revisão bibliográfica não foi verificada a incidência de infecções relacionadas com a água. A existência de rígidos sistemas de controle de qualidade da água tratada, monitorização eficaz e utilização de recursos tecnológicos associados aos recursos humanos, são determinantes para o tratamento em segurança. Por outro lado, a água gera complicações, sem manifestações imediatas, pelo seu processo de ativação das citocinas e ativação proteica (Schutt-Aine, 2012).

Cais (2009) refere que as infeções com maiores taxas no doente em HD são: infeção da corrente sanguínea com a maior taxa (49%), as infeções relacionadas com o AAV com uma expressão significativa (13,8%), as pneumonias e as infeções do trato urinário. A incidência de infeção relacionada com o AAV é maior nos CVC temporários, seguidos de cateteres tunelizados, enxertos e fístulas (Bakke, 2010; Cais, 2009; Castner, 2011). Bakke (2010) acrescenta que as infeções da corrente sanguínea podem evoluir para sepsis, que é a segunda causa de morte nos doentes em HD. Segundo Ponce (2007) a infeção bacteriana é responsável 30% de causa de morbilidade e mortalidade dos doentes em HD, das quais 73% têm origem no AAV (Ponce, 2007; Higgins, 2008). As infeções do AAV, além da bacteriemia, podem provocar a perda do acesso, apresentando maior mortalidade e custos associados (Cais, 2009; Ponce 2007; Higgins, 2008; Hardwood, 2008; Lawrence, 2014). A principal fonte de contaminação no CVC a longo prazo é a formação de biofilme por microrganismos (Lydio, 2013; Bakke, 2010). Os fatores para o uso de CVC são a exaustão do património vascular, perda e a recusa do doente para a construção de acesso vascular (Bakke, 2010).

Num estudo realizado Simões (2013) concluiu-se que o microrganismo com maior prevalência em HD é o *Estafilococos áureos*, em grande maioria, isolado nos CVC e AAV. Relativamente às infeções do trato urinário o microrganismo com maior taxa é a *Escherichia coli*. Ambos os agentes patológicos são comumente encontrados tanto a nível hospitalar como na comunidade (Simões, 2013). As infeções da corrente sanguínea podem ser prevenidas, no entanto existem obstáculos para a aplicação da evidência científica na prática (Bakke, 2010). O autor descreve a contaminação do CVC por três mecanismos: invasão percutânea da flora residente da pele sendo potenciada a propagação pelos capilares; contaminação do CVC por manipulação ou infusão conspurcada e contaminação por outros agentes patogénicos como na pneumonia e infeção do trato urinário.

Headley (2011) define três abordagens para a redução de infeção relacionada com o CVC: diminuir o uso de CVC's, educação para o autocuidado do doente e cuidados ao CVC adequados, enfatizando a importância da higienização das mãos. A CDC estabelece *guidelines* para a conexão e

desconexão das linhas de sangue utilizando a técnica *non touch*, esta pressupõe a manipulação do CVC sem luvas esterilizadas. É primordial a higienização das mãos e superfícies de apoio, o uso de EPI adequado (doente, enfermeiro, médico), colocação do doente em zonas resguardadas (livre de correntes de ar, fora da zona de passagem), assim como evitar tocar em pontos chave do CVC (CDC, 2016; NHS, 2015). A educação do doente relativamente aos cuidados do CVC é um ponto chave na prevenção da infeção (CDC, 2016).

A transmissão de vírus em HD é uma problemática atual. No período de 2008-2014, 50% dos surtos de transmissão de VHC ocorreram em unidades de HD (Fabrizi, 2015a). De acordo com a investigação realizada em surtos de infeção por VHC e VHB, a principal causa são as inadequadas práticas de prevenção da transmissão (Rao, 2013; Shimokura, 2006, Fabrizi, 2015a e b). No estudo realizado por Fabrizi (2015a) relacionado com a transmissão de VHC em 45 surtos, 335 doentes em HD infetados, não houve casos fatais. A partilha das máquinas (18%) e uso de medicação em multidoses (heparina e/ou soro fisiológico) (13%) são as hipóteses sugeridas. Falhas na limpeza e desinfeção e na preparação e administração de injetáveis foram consideradas em 65% dos surtos. No entanto o autor reforça que os estudos apenas formulam hipóteses, sendo complexo chegar a uma conclusão indiscutível. Noutro estudo relacionado com surtos de VHB, Fabrizi (2015b) refere que em 16 surtos, 118 doentes estavam em HD e houve 10 casos fatais. Na Europa houve surtos menores em comparação com outros países. As causas relacionam-se com novamente com falhas nas medidas de prevenção e controlo de infeção (Fabrizi, 2015b).

A transmissão de VHC, VHB e VIH acontece através da via percutânea, no caso do VHB também é transmitido por fluidos corporais. O VHB mantém-se infeccioso até sete dias fora do corpo, o VHC sobrevive até 3 semanas em sangue seco enquanto o VIH tem uma sobrevivência fora do corpo muito curta (CDC, 2015). O tratamento de HD envolve o contato com grandes quantidades de sangue promovendo o aumento do risco de transmissão.

No Manual de boas Práticas (OM, 2011) recomenda-se que os doentes positivos para VHB realizem tratamento em unidades de isolamento, com as

condições de funcionamento independentes das outras salas. Os doentes positivos para VHC podem realizar o tratamento em sala comum com doentes negativos para VHC, mas recomenda-se que haja monitor dedicado e que estabeleçam PBCI, nomeadamente na colocação dos doentes (concentrados na mesma área da sala) e dinâmica da sala (enfermeiro dedicado ou se não for possível, a conexão destes doentes é após a dos outros doentes). Os doentes positivos para VIH podem realizar tratamento em unidades de HD periféricas se apresentarem infeção de baixo grau de infecciosidade e risco epidemiológico, caso contrário terão que realizar tratamento em ambiente hospitalar. Mbaeyi (2013) evidência a necessidade de práticas de prevenção e controlo de infeção relacionadas com preparação e administração de injetáveis, higienização das mãos e descontaminação, no âmbito da transmissão viral.

1.3.3. O papel do enfermeiro em nefrologia

Segundo a EDTNA/ERCA, citando Baer (1979), a enfermeira da nefrologia "é um profissional que possui os conhecimentos suficientes na prestação de cuidados de saúde para indivíduos com insuficiência renal que podem estar em qualquer estágio do processo contínuo terapêutica" (EDTNA/ERCA, 2000).

Nos anos 50, já se descrevia o papel do enfermeiro em HD na prevenção de infeção, entre outras responsabilidades como cuidados ao doente e monitorização, registos, administração de medicação, manutenção de fluidos, educação do doente, promoção de conforto e *empowerment* e habilidades técnicas. A evolução tecnológica trouxe diferenças nas práticas quotidianas, mas o foco da enfermagem continua a ser a humanização do processo de cuidar as pessoas com necessidades complexas e preservar a dignidade, educação e o envolvimento da família nos cuidados (Bednar, 2014).

A EDTNA (2007) designa competências relacionadas com o cuidado à pessoa com DRC e DRCT abordando as diferentes TSFR. Focalizando o tema prevenção e controlo da infeção, as competências descritas são: cuidados relacionados com o acesso para diálise (apoio à pessoa antes e depois da

colocação de acesso venoso ou cateter peritoneal, prestar cuidados após a colocação do acesso para diálise e educar a pessoa e família para os cuidados ao acesso); manutenção de competências e habilidades para priorizar cuidados; auxiliar a pessoa a reconhecer e atuar na presença de sinais e sintomas de infeção.

Especificamente relacionado com os cuidados em HD: administrar o tratamento de HD; monitorizar e otimizar o tratamento; rever com a pessoa como decorre o tratamento e obter acesso venoso para a administração do tratamento. Nestas competências as medidas de prevenção e controlo de infeção são mencionadas como uma prioridade. A enfermeira em nefrologia desenvolve um conjunto de habilidades que lhe permite atingir uma grande qualidade de cuidados relacionados com a prevenção e controlo da infeção. Detém os conhecimentos para diagnosticar, implementar, monitorizar e zelar pelo cumprimento das práticas do quotidiano respeitando a mais atualizada evidência científica.

Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de linha da frente, desempenham um papel essencial na prevenção e monitorização da infeção e, na educação dos doentes. A evidência científica demonstrou que a educação e treino para as PBCI são fulcrais para diminuir as taxas de infeção (Kear, 2015; Higgins, 2008). Segundo Higgins (2008) a infeção do AAV é um indicador negativo da qualidade dos cuidados de enfermagem. Vários autores descrevem o papel do enfermeiro em nefrologia e, as intervenções a implementar: realização de diagnósticos do estado de arte das práticas de controlo de infeção nas unidades; desenvolver e implementar estratégias para a redução da taxa de infeção na unidade; envolver toda a equipa de prestação de cuidados nas práticas de controlo de infeções; envolver os doentes nas práticas de controlo de infeção; reforçar os fundamentos dos cuidados de enfermagem; monitorizar os resultados das medidas implementadas (Kear, 2015; Higgins, 2008; Thomas-Hawkins, 2015; Lydio, 2013; Rao, 2013; Shimokura et al, 2006).

Thomas-Hawkins (2015) descreve a infeção como um fator de risco para a

segurança do doente em HD, reforçando a importância de realização de auditorias e monitorização para as práticas de prevenção e controlo da infeção. Por outro lado, Ulrich (2015) enuncia a necessidade da criação de uma “cultura de segurança do doente” para a eficácia das medidas, englobando a segurança dos profissionais. A abordagem ao erro, a comunicação entre profissionais e doentes, a liderança, o rácio, a existência de normas e procedimentos, a organização aprendente e formação dos profissionais são algumas das dimensões estudadas que afetam a segurança dos doentes. Para a criação de uma cultura de segurança é essencial existir transparência.

Lydio (2013) reforça a importância de formação contínua com informação atualizada, da monitorização e treino eficaz dos profissionais de saúde. Existe necessidade de normalização e envolvimento da equipa multidisciplinar para diminuir a taxa de infeção e, conseqüentemente diminuir a despesa (Lydio, 2013; Higgins, 2008). Um estudo realizado por Higgins (2008) revela que apesar de existir normas de controlo e prevenção da infeção implementadas nas unidades de HD e, que os profissionais receberam formação, a falta de conhecimento e adesão são uma problemática que necessita de intervenção. A consistência das *guidelines*, revisões e atualizações regulares dos procedimentos organizacionais, formação e treino regular dos profissionais são estratégias fundamentais para a resolução desta problemática e diminuição significativa na incidência das infeções (Higgins, 2008; Chu, 2013).

Castner (2011) aborda os cuidados relacionados com a hospitalização dos doentes em HD, referindo que é importante estabelecer protocolos que facilitem as vias de comunicação entre os centros de HD e os hospitais no que diz respeito à infeção, defendendo a continuidade de cuidados para melhor controlo de infeção.

2. PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE NO ÂMBITO DAS PBCI NA SALA DE HD

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é um processo contínuo. A constante evolução tecnológica, farmacológica e de técnicas exige empenho e dedicação, para manter a qualidade dos cuidados. No âmbito da prevenção e controlo da infeção, surge a necessidade de implementar melhorias nos processos de trabalho e mudança de comportamentos nos vários contextos de cuidados. As IACS são uma problemática atual e, no contexto dos cuidados em HD, existe uma carência de motivação a nível da equipa multidisciplinar. Esta situação tornou-se evidente pela ocorrência de um surto de infeção que se relacionou com os cuidados prestados na unidade. Nas investigações realizadas, não foi possível concluir qual a fonte de contaminação, pelo que se torna essencial a intervenção nas várias abordagens da prevenção e controlo da infeção. O tema deste trabalho - **Precauções Básicas de Controlo de Infeção na Sala de Hemodiálise: Competências do Enfermeiro Especialista**, surge como a base de todas as medidas. É exigida uma ação concertada, assente na evidência científica e em metodologias específicas. Deste modo, optou-se pela realização de um projeto de melhoria da qualidade com enfoque no tema referido. A realização de um projeto consiste na “adoção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vista a atingir os objetivos do projeto” (Ramos, 2007, p.9).

O principal objetivo deste projeto é: a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com DRCT, em programa de HD numa unidade periférica, relacionados com a prevenção e controlo da infeção. Deste modo, pretende-se proporcionar a base de evidência científica e aumentar a adesão às normas instituídas na unidade e pela DGS.

2.1. Materiais e metodologias

No intuito de dimensionar a pertinência do tema, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que evidenciasse as necessidades e fornecesse os fundamentos teóricos para a intervenção do EE. Foram consultadas as bases de dados do motor de busca *EBSCOhost*, nomeadamente, *CINAHL Complete*;

MEDLINE Complete; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Health Technology Assessments; NHS Economic Evaluation Database. Os descritores utilizados na pesquisa foram: *(education or compliance or adherence) AND hemodialysis AND nurse AND (infection or infection control)*. Os critérios de inclusão aplicados foram a disponibilidade em texto completo, escritos em inglês ou português. Inicialmente foi estabelecido o intervalo de tempo a partir de 2013 até à atualidade, mas para maior abrangência este foi alargado para resultados a partir de 2003. O resultado foi de 38 artigos, dos quais foram excluídos os duplicados e os artigos que não focalizavam a temática, permaneceram incluídos 13 (apêndice 1).

Por haver necessidade de mais informação, foram realizadas pesquisas adicionais nas referidas bases de dados com outros descritores nomeadamente: *hand hygiene e health care associated infection*. Utilizando a linguagem booleana, foram realizadas várias pesquisas no intuito de obter a mais variada e abrangente evidência científica.

A pesquisa foi complementada com a consulta de livros na biblioteca escolar e municipal, Google académico e sites institucionais nomeadamente: DGS, OMS, EDTNA, CDC, ECDC, NHS, APIC, *International Organization Standardization (ISO)*.

No decorrer do percurso de pesquisa, pode-se concluir que existe uma falta de intervenção das políticas de saúde no que diz respeito ao contexto específico da HD em unidades periféricas, nomeadamente no que diz respeito à implementação de campanhas, estudos e articulação com os serviços no âmbito da prevenção e controlo da infeção. Não se encontrou por parte dos órgãos governamentais em Portugal, informação específica para os cuidados em HD. Tal como Higgins (2008) e Chu (2013) referem, a consistência das normas é um fator essencial para o aumento da adesão. Os cuidados em HD têm grande especificidade, pelo que se torna necessário adequar as normas para que seja acessível aos profissionais e, com real aplicabilidade.

Deste modo, considera-se pertinente intervenção e implementação de projetos de melhoria de qualidade no âmbito da prevenção de controlo da

infecção. A OE (2012) defende a importância da permeabilidade das instituições na implementação de projetos de melhoria da qualidade. Para que haja eficácia na implementação, as intervenções têm que ter o suporte científico para se desenvolver uma prática de qualidade e bem sustentada. O trabalho desenvolvido focaliza as PBCI, com especial incidência na higienização das mãos, por ser universalmente considerada como a medida base.

Seguindo as linhas orientadoras propostas no Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013), foi aplicado o ciclo PDCA ou de Deming (*Plan; Do; Check; Act/Adjust*). Na figura 1 estão descritas as abordagens em cada fase do ciclo.

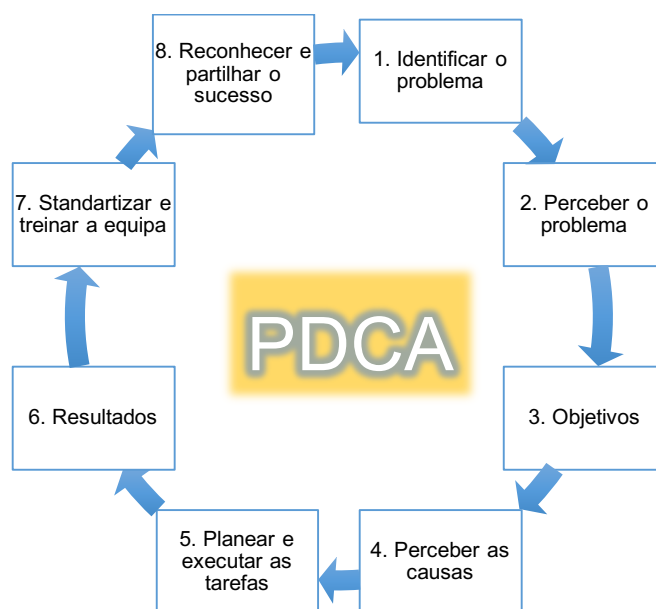


Figura 3: ciclo PDCA ou de Deming (OE, 2013)

No planeamento e execução de tarefas, optou-se por realizar auditorias aos cinco momentos de higienização das mãos (anexo 5) e ao cumprimento das PBCI nos processos de trabalho e estrutura (anexo 6, 7 e 8), permitindo assim, avaliar objetivamente o estado de arte da adesão às PBCI na clínica. De acordo com a norma ISO 19011 (2011), auditoria define-se como um processo sistemático, independente e documentado para obter evidências da realidade e avaliar a aplicação das normas e procedimentos. A metodologia utilizada nas auditorias foi a observação direta, com registo em folha de observação.

2.2. Trabalho desenvolvido

A ocorrência de surto de infeção na unidade de HD periférica, impulsionou a **identificação do problema**: a adesão às PBCI é baixa e, as IACS são uma realidade neste contexto. Durante o percurso de estágio, nas unidades de HD, foram observadas falhas na prática do quotidiano relacionadas com a prevenção e controlo de infeção, quer seja no contexto hospitalar ou em unidades periféricas. A falta de adesão é transversal à equipa multidisciplinar.

A IACS é uma problemática que exige intervenção de todos os profissionais de saúde. A Enfermagem desempenha um papel preponderante pois a sua atuação é centrada no doente. Os enfermeiros são os profissionais que têm mais contato com o doente e, o seu foco principal é a promoção da sua segurança, quer seja na prestação de cuidados diretos, na gestão de processos de trabalho da equipa ou na deteção precoce do risco de infeção.

Deste modo, inclui-se nos enunciados descritivos de enfermagem: promoção da saúde, uma vez que a diminuição das taxas de infeção é um indicador de ganhos em saúde; prevenção de complicações, pela prevenção da infeção com implicações na saúde do doente e diminuição das morbilidades; a organização dos cuidados de enfermagem pois a infeção é uma complicação resultante de falhas do processo de cuidar na sua globalidade, sendo impreterível uma boa organização dos cuidados de enfermagem para se atingir e maximizar a qualidade destes. Para tal é essencial que as intervenções sejam fundamentadas num quadro conceptual vasto e na mais atualizada evidência científica. A qualidade dos cuidados na prevenção e controlo da infeção proporciona a satisfação do cliente, o bem-estar e autocuidado e a readaptação funcional.

Para **perceber o problema** é importante estudar a sua dimensão. A evidência científica demonstra que as IACS são uma consequência das falhas da prevenção e controlo da infeção, relacionadas em primeira linha, com a não aplicação das PBCI. A componente humana é determinante para a quebra da cadeia da infeção e, todos os profissionais saúde podem interferir neste processo. Na unidade existem médicos, enfermeiros, técnicos de HD, auxiliares de limpeza, administrativas e técnicas farmacêuticas e de armazém. Toda a equipa entra em contato direto com o doente, seja na sala de HD ou nas

instalações fora da sala. Por outro lado, existem estudos que relacionam a dimensão da clínica (número de doentes) com a prevalência de infeção. Simões (2013) conclui no estudo que realizou, que a taxa de infeção é maior nas clínicas com maiores dimensões. Quando surgiu o surto de infeção, existiam na clínica 216 doentes e programa de HD.

As infeções com maior prevalência em HD são as infeções da corrente sanguínea, relacionadas com o AAV, as pneumonias e do trato urinário (Cais, 2009). A transmissão da infeção na sala de HD obedece a inúmeros fatores, esquematizados na figura 4.

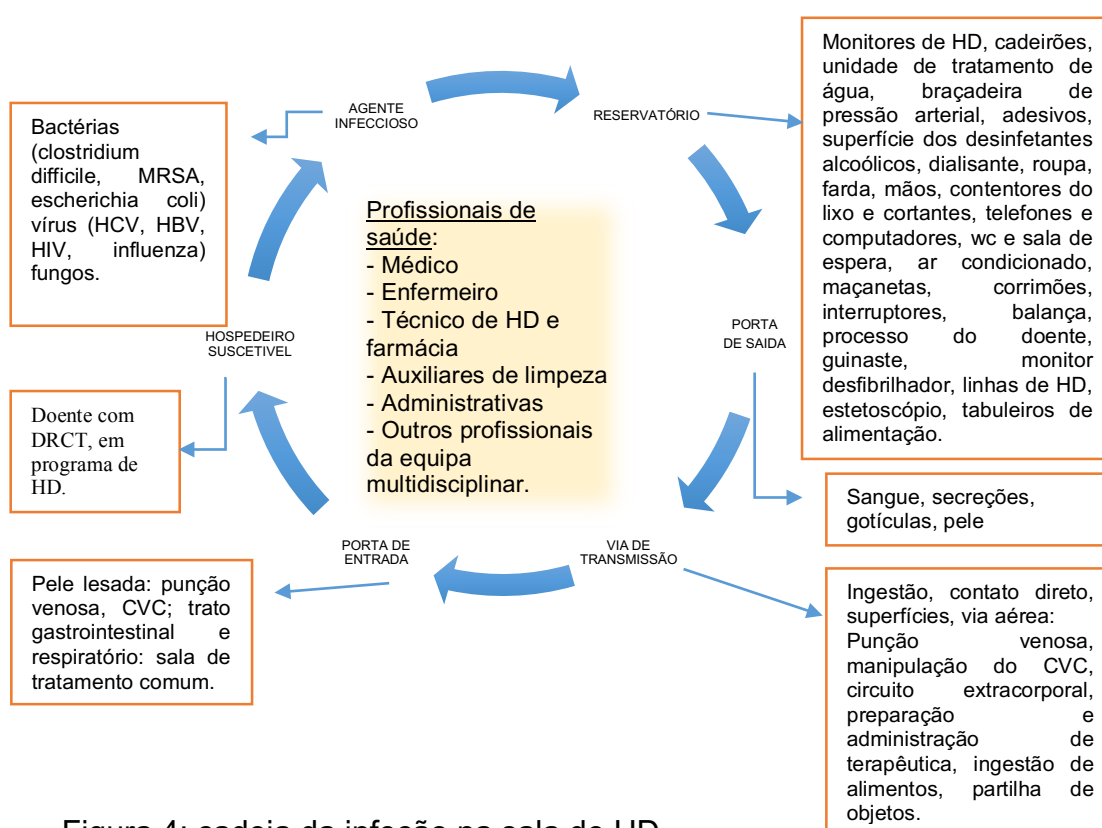


Figura 4: cadeia da infeção na sala de HD.

Os **objetivos iniciais** delineados foram: identificar e retificar as falhas nos processos de trabalho e de estrutura que promovam ou não previnem a transmissão da infeção; transmitir informação no âmbito das PBCI à equipa multidisciplinar; implementar a prática sistemática das PBCI, numa unidade de HD periférica; tornar acessível a informação à equipa multidisciplinar; dinamizar a equipa na implementação das PBCI; aumentar a adesão da equipa multidisciplinar às PBCI.

Perceber as causas implica conhecer os fatores que podem influenciar a

ocorrência de IACS pois, cerca de um terço pode ser evitada (DGS, 2010; Pina 2010a). A baixa adesão às PBCI é uma das causas mais significativas para a ocorrência de IACS (Oliveira, 2014). O autor descreve os fatores, reconhecidos pela OMS (2009), que influenciam a adesão para a higienização das mãos, identificando-se alguns na equipa da unidade de HD:

Fatores com influência positiva: existe SABA ao “alcance de um braço” (DGS, 2010) e lavatórios, sabão e toalhetes descartáveis à entrada das salas; as soluções para a higienização das mãos são as recomendadas pela comunidade europeia e é disponibilizado creme hidratante; participação ativa dos enfermeiros em integração de novos elementos e chefias de turno, responsabilização do profissional, formação anual obrigatória aos técnicos de HD e farmácia, auxiliares de limpeza e administrativas no âmbito da prevenção e controlo da infeção.

Fatores com influência negativa: os médicos e enfermeiros mais experientes são a classe com menor adesão, influenciando a equipa negativamente; existência de profissionais com resistência à evidência científica e à mudança, não valorizando os estudos e normas; a aplicação das PBCI promove uma visão de lentidão da prestação de cuidados, sendo mais demorado conectar o doente ao monitor de HD se se realizar os cinco momentos, seis passos e tempo adequado da higienização das mãos, existindo pressão entre pares e institucional; os turnos apresentam picos de trabalho, quando se realiza a conexão/desconexão dos doentes ao monitor de HD; institucionalmente não existe retroalimentação, recompensações ou aprovações, nem encorajamento de participação em programas de higienização das mãos; formação apenas na admissão de enfermeiros e médicos no âmbito da prevenção e controlo da infeção, não havendo continuidade.

Os comportamentos de não adesão verificam-se na não higienização das mãos em todas as indicações preconizadas, a falta de uso ou uso inadequado do EPI, práticas desatualizadas na preparação e administração de injetáveis (medicação preparada na sala de HD, sendo recomendado ser num espaço separado), falhas na limpeza e descontaminação do ambiente e equipamento clínico e na colocação de doentes. O grupo local de prevenção e controlo de infeção da unidade de HD periférica é constituído por um ou mais elementos da

equipa multidisciplinar, mas a participação e empenho verifica-se a nível dos enfermeiros, com pouca contribuição dos auxiliares e técnicos de HD e, ausente da equipa médica. A evidência científica descreve e suporta este panorama. Após conhecer as causas do problema foi realizada uma *check list* (apêndice 2) para a avaliação da qualidade e, implementação de novas estratégias.

O **planeamento e a execução das atividades**, resultou de um *brainstorming* entre a equipa local de prevenção e controlo de infeção, onde foi discutido quais as intervenções prioritárias. O surto de infeção impulsionou a adoção de medidas de controlo de infeção imediatas e, as intervenções da equipa de enfermagem, fora do âmbito dos cuidados diretos, incidiram na transmissão da informação relacionada com a infeção e aumento da adesão às PBCI, englobando todos os profissionais. Sendo um projeto em fase embrionária, foi dada prioridade ao acesso à informação a toda a equipa multidisciplinar através de ações de formação e criação de um arquivo informático constituído por: formações realizadas na unidade, link's importantes, publicações institucionais e normas (apêndice 3).

O aumento da adesão e motivação são essenciais para a melhoria dos cuidados, pelo que foram convidados diferentes enfermeiros, auxiliares e técnicos para a realização das formações, tornando-se assim uma equipa proactiva e dinamizada. Não se verificou a participação da classe médica. A presença da equipa para assistir às formações não foi a desejada, sendo que mais de 50% dos enfermeiros não compareceu, não houve presença de médicos. As secretárias, auxiliares e técnicos tiveram adesão de 100% nas formações que lhes eram destinadas.

Estabeleceram-se quatro temas prioritários: higienização das mãos; utilização do equipamento de proteção individual; controlo ambiental e descontaminação do equipamento clínico e práticas seguras para a preparação e administração de injetáveis (apêndices 4, 5, 6 e 7).

A escolha dos temas relaciona-se com as áreas de intervenção descritas como as causas mais prováveis para a transmissão de infeção nos cuidados de saúde, nomeadamente na transmissão de VHC e VHB. Considera-se que num programa de prevenção e controlo de infeção, é essencial a educação dos profissionais e a aplicação consistente das PBCI. A promoção de cuidados

limpos é uma prioridade (OMS, 2008). Nightingale (2005) descreve a importância da luz, da limpeza, manuseio da roupa suja e circulação de ar nas unidades de saúde como medidas de controlo de infeção. A OMS (2008) reforça que as medidas mais eficazes são as medidas mais simples, como a higienização das mãos.

Professor Didier Pittet (OMS, 2005, p.17) defende que:

"a higiene das mãos é a ação primária para evitar infeções associadas aos cuidados de saúde e reduzir a propagação de organismos multirresistentes. A adesão dos profissionais de saúde é inferior ao ideal. Liderança e condutas de referência são elementos-chave para a promoção de sucesso das melhores práticas. Gerentes e líderes políticos, bem como altos funcionários, têm de preparar o caminho para uma melhor prática."

A OMS desenvolve campanhas no sentido de propor estratégias que visem melhorar a adesão à higienização das mãos dos profissionais da saúde, nomeadamente: *Clean Care is Safer Care - The First Global Patient Safety Challenge*, que surgiu em 2005, defende que a higienização das mãos seja prioridade em todo o mundo quando se trata de cuidado com o doente, garantindo, assim, a redução da transmissão de doenças (OMS,2009).

Após a realização das formações foram realizadas auditorias à higienização das mãos e à aplicação das PBCI a nível da estrutura e processos de trabalho. Os objetivos delineados foram: auditar a realização da higienização das mãos nos cinco momentos e a aplicação das PBCI; auscultar os conhecimentos dos profissionais sobre as PBCI; identificar as necessidades formativas no âmbito das PBCI; verificar a adesão à higienização das mãos; identificar falhas no processo de cuidados relacionadas com as PBCI; analisar os dados colhidos; orientar para mudanças de comportamentos e auditar a estrutura da unidade periférica de HD.

O processo de auditorias permitiu ter a perceção de que a intervenção neste âmbito é pertinente. A colheita de dados decorreu em três sessões de observação à higienização das mãos, em que numa população de 30 Enfermeiros foram observados 15, de 6 médicos foram observados 3, de 11 auxiliares foram observadas 5 e, de 3 técnicos foram observados 2. A equipa, estando a ser observada, sentiu necessidade de procurar informação e, principalmente, informação aplicada ao contexto da prestação de cuidados em

HD. Como resultado deste feedback, foi realizado um trabalho onde se pode consultar a correspondência dos cinco momentos de higienização das mãos em contexto de HD, adaptando as normas da DGS e as *guidelines* da CDC (apêndice 8). Esta informação foi colocada em locais estratégicos, acessível aos profissionais.

As auditorias realizadas revelaram-se eficazes na dinamização da equipa, no diagnóstico do nível de adesão e principalmente no interesse na procura da informação por parte dos profissionais que estavam a ser observados. Os resultados das auditorias formam partilhados e momentos de formação espontânea surgiram no decorrer das sessões, pelo feedback imediato do que foi observado. Foi possível corrigir alguns comportamentos que surgem por falta de reflexão dos profissionais nas suas práticas.

2.3. Apresentação, Análise e Discussão dos Dados

As auditorias realizadas têm como principal abordagem a realização do diagnóstico rápido e mensurável dos comportamentos, das condições estruturais e processos de trabalho para a aplicação das PBCI. No contexto da prestação de cuidados tornou-se importante conjugar a realização das auditorias com intervenções imediatas proporcionando o ponto de partida para o retorno ao início do ciclo PDCA.

Foram realizadas auditorias para o cumprimento das PBCI a nível de estruturas e processos de trabalho. Foi também realizada auditoria para identificação do risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos:

- No cumprimento das PBCI (estruturas) conclui-se que o índice de qualidade da unidade é de 82,3%.
- No cumprimento das PBCI (processo) conclui-se que o índice de qualidade da unidade é de 91,4%.
- O risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis é de 28,8%.

A nível institucional, conclui-se que existem condições para o cumprimento das PBCI. A informação das auditorias foi partilhada, sendo

responsável por algumas alterações estruturais na clínica, nomeadamente: colocação da roupa de sala (limpa e contaminada) fora das zonas de passagem; distribuição de desinfetante pulverizador em cada monitor (para administração de medicação nas linhas de HD) de fácil descontaminação incluindo-o no plano de limpeza do posto de HD, promoção da gestão da equipa na dinâmica da sala, dos recursos materiais e do plano de limpeza, relacionada com os cuidados aos doentes portadores de VHC (enfermeiro dedicado, material de consumo clínico exclusivo, limpeza da zona VHC com equipamento e em tempos distintos) e colocação de cartazes em locais estratégicos.

No cálculo das auditorias para os cinco momentos da higienização das mãos foi aplicado o “formulário de calculo básico” e o “formulário de calculo opcional, presentes no Manual do Observador (DGS, 2015). Na tabela abaixo encontram-se os resultados de acordo com o calculo básico. Num total de 202 oportunidades, houve 119 ações, o que corresponde a uma adesão de 58,90% para a equipa multidisciplinar.

| Sessão | enfermeiro | | médico | | técnico HD | | auxiliar | |
|--------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|
| | oportunidade | ação | oportunidade | ação | oportunidade | ação | oportunidade | ação |
| 1 | 34 | 30 | 16 | 1 | 7 | 4 | 4 | 1 |
| 2 | 93 | 56 | 16 | 11 | 3 | 3 | 6 | 3 |
| 3 | 18 | 9 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 145 | 95 | 37 | 13 | 10 | 7 | 10 | 4 |
| Adesão | 65,50% | | 35,14% | | 70% | | 40% | |

Tabela 1: Cálculo básico do nível de adesão.

De acordo com os dados observados, os enfermeiros são os profissionais com maior número de oportunidades, sendo consensual com a bibliografia que evidência este fato. Quanto maior é o numero de oportunidades maior é o risco de ocorrência do erro. Os enfermeiros observados são enfermeiros generalistas. A classe médica apresenta o menor nível de adesão. De acordo com OMS (2009) o nível de formação académica é um fator que contribui para a não adesão. Os técnicos de HD apresentam maior nível de adesão, sendo relevante considerar que são 3 elementos e, detêm menor número de oportunidades. De acordo com as auditorias realizadas acima, as auxiliares de

limpeza e técnicos de HD, detêm informação fornecida pela instituição relacionada com a prevenção e controlo da infeção. No entanto, é díspar o nível de adesão entre as duas classes. Pode-se relacionar este fato com o número de profissionais e a formação base das duas classes.

Para uma melhor perceção do comportamento dos profissionais no cumprimento das cinco indicações da higienização das mãos, foi realizado o formulário de cálculo opcional. Este cálculo não reflete com precisão o nível de adesão, mas espelha o comportamento dos profissionais relacionado os cinco momentos de higienização das mãos e as ações. Tornou-se importante realizar este registo, para que as intervenções de educação futuras incidam nas necessidades observadas. No gráfico 1 estão representados os cálculos relacionando os momentos de higienização das mãos com as ações.

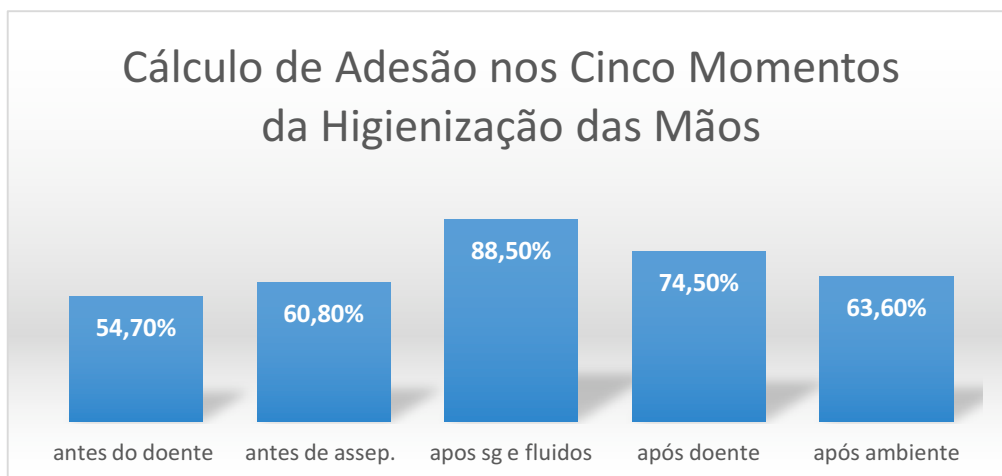


Gráfico 1: Cálculo opcional da adesão da equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao comportamento da equipa multidisciplinar observada, “após exposição a sangue e fluidos potencialmente contaminados” é a indicação com maior adesão, “antes do contato com o doente” é a indicação com menor adesão. As indicações que antecedem a prestação de cuidados apresentam menor nível de adesão, enquanto que as indicações que procedem os cuidados apresentam maior adesão. Pela observação e feedback dos profissionais, este fato é descrito pela falta de reflexão nas práticas e pela falta de adequação das *guidelines*. Foi referido que após os cuidados é realizada a desinfecção das mãos e que o profissional se dirige imediatamente para o próximo doente, por vezes ainda a acabar os passos de higienização das mãos. O stress instituído na prestação de cuidados foi outra razão referida

pelos enfermeiros, a pressão entre pares e exercida pelos doentes são fatores influenciadores da baixa adesão.

É essencial estabelecer modelos de treino e educativos que sejam acessíveis e dinamizadores para aumentar a adesão dos profissionais (Bakke, 2010; Headley, 2011; Silva 2013; OMS, 2009). A formação formal é importante, mas tem-se revelado difícil divulgar a informação fora dos turnos de trabalho, pois a disponibilidade dos profissionais é pouca. Foi observado maior interesse e motivação durante o processo de auditorias, talvez por se terem transformado em momentos de formação informal, com partilha de ideias, esclarecimento de dúvidas e apresentação de sugestões. A estratégia multimodal (OMS, 2009) revela-se eficaz. Os **resultados** permitem deduzir onde será mais importante intervir, quais as abordagens a desenvolver e aumentar a abrangência das intervenções. A próxima etapa é **standartizar e treinar**, através de:

- Incentivo na prática dos cuidados no dia-a-dia (desenvolvendo cuidados de referência na equipa, partilhando informação sempre que solicitada);
- Dinamização a equipa e descentralizar a realização de auditorias, promovendo a intervenção de outros elementos;
- Promoção de mais momentos de formação informal, complementada com a disponibilização de formação formal;
- Promoção no seio das salas de HD a cultura da segurança do doente, incluído a prevenção e controlo da infeção;
- *Empowerment* do doente (lavar as mãos, braço do AAV, cuidados ao CVC, cuidados de higiene, esclarecer o que esperar dos profissionais);
- Envolvimento do doente e família/ pessoas significativas na prevenção de complicações infecciosas.

O **reconhecimento do sucesso** torna-se essencial para a manutenção dos resultados atingidos. Esta retroalimentação é realizada de modo informal através do reforço positivo pela evolução e adesão às medidas e de modo formal através de sessões planeadas de formação. Todos estes componentes estão em consonância com a estratégia multimodal preconizada pela OMS (2009a), exposta no capítulo anterior.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA – PERCURSO DE ESTÁGIO

“Utilizo a palavra enfermagem na falta de uma melhor. Tem-se limitado a significar pouco mais do que a administração de medicação e a aplicação de cataplasmas. Deveria significar a utilização correta de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silencio, e a seleção adequada tanto da dieta como da forma da a administrar – tudo com o mínimo de dispêndio da energia vital do doente.” (Nightingale, 2005, p.20-21).

Com a realização do estágio e deste relatório pretende-se desenvolver as competências especializadas em Enfermagem Médico – Cirúrgica, na área específica de intervenção em enfermagem Nefrológica. A EDTNA (2007) define as competências específicas para o enfermeiro nefrologista, assente no quadro de referência de Benner (2001). As competências definidas abrangem o cuidar da pessoa com DRC em todos os contextos: HD, DP e transplantação renal. As competências a desenvolver e, que se pretendem ilustrar neste relatório, resultam da conjugação das competências definidas para o EE (OE) e para o enfermeiro de nefrologia (EDTNA). Deste modo pretende-se:

- Desenvolver uma prática profissional responsável, ética e legal, respeitando os direitos humanos;
- Evoluir e agir como enfermeira perita especialista no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com DRCT em programa de HD;
- Desempenhar o papel dinamizador na melhoria continua dos cuidados;
- Participar na gestão dos cuidados à pessoa com DRCT em HD, otimizando os recursos humanos, materiais e estruturais;
- Promover um ambiente terapêutico incentivando a parceria entre os profissionais e o doente/ pessoas significativas;
- Desenvolver aptidão no âmbito da formação e investigação, para realizar as melhores e mais sustentadas intervenções;
- Incentivar a aplicação da evidência científica nos cuidados prestados;

- Desenvolver capacidade de tomada de decisão incorporando a evidência científica no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem.

O estágio constitui uma oportunidade privilegiada para aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e para desenvolver as competências essenciais no percurso evolutivo do E E. A aquisição destas competências exige um percurso que permita conhecer a pessoa com DRCT em toda a sua abrangência. Deste modo, no planeamento dos locais de estágio foi tido em consideração todos os níveis de cuidados.

Os objetivos delineados foram:

1. Cuidar de pessoas com DRC assegurando os princípios humanistas;
2. Refletir sobre as perspetivas de intervenção do enfermeiro perito em enfermagem nefrológica, junto de pessoas com DRCT;
3. Conhecer e refletir sobre a articulação entre as entidades e serviços prestadores no contexto dos cuidados de saúde primários e diferenciados;
4. Intervir na área da formação, gestão e investigação tendo como base os saberes adquiridos e as diferentes vertentes do cuidar da pessoa com DRC;

O estágio foi então planeado e o tempo dividido de acordo com a necessidade sentida de aquisição de conhecimentos e de acordo com os objetivos delineados. Este teve início a 28 de setembro de 2015 e término a 12 de fevereiro de 2016. As dez primeiras semanas de estágio decorreram num hospital de referência em Portugal na área da nefrologia, tendo passado pela Unidade de Diálise Peritoneal (UDP), Internamento de Nefrologia (IN), Unidade de Transplante Renal (UTR) e no serviço de HD (HD hospitalar). Neste período foram dedicadas cinco semanas na UDP, uma semana no IN, duas semanas na UTR e duas semanas na HD hospitalar. Nas oito semanas seguintes o estágio decorreu em unidades periférica de HD (apêndice 9).

O estágio dividiu-se em duas partes distintas: o estágio num Hospital de referência na área da Nefrologia, onde foi possível observar e adquirir conhecimentos abrangentes no percurso da pessoa com DRC e, o estágio em clínicas periféricas de HD, que corresponde à experiência profissional, onde se

pretende aprofundar os conhecimentos e evoluir para enfermeira especialista perita.

3.1. Hospital de referência na área da Nefrologia

O estágio nesta unidade de saúde proporcionou a oportunidade de ter contato com as várias técnicas de prestação de cuidados à pessoa com DRC: foi possível assistir a um transplante renal de dador vivo, de um transplante renal de dador cadáver, construção de acessos para HD, colocação e remoção de cateteres de longa duração para HD, de colocação, remoção e reposicionamento de cateteres para DP e biopsia renal, quer seja no bloco operatório ou na sala de técnicas do internamento de Nefrologia.

Relacionado com estas situações, mantive-me atenta aos cuidados de enfermagem prestados, discutindo com a equipa ideias e dúvidas, que se demonstrou sempre disponível para qualquer esclarecimento e, as sugestões apresentadas eram aceites como algo para refletir e melhorar.

Partindo do princípio que o investimento académico está intimamente relacionado com a prática, tentei tirar o máximo partido dos contatos estabelecidos, para a procura de informação e conhecimento científico. Daí resultou uma forte componente de enriquecimento da minha prática profissional. A troca de conhecimentos em ambos os sentidos foi altamente produtiva, tanto para mim como para os serviços onde passei.

Durante o período de estágio neste hospital de referência, vivenciei situações relacionadas com a transmissão de infeções na unidade onde desempenho funções. Solicitei uma reunião com a Enf^a coordenadora da PPCIRA do hospital. Nesta reunião foi discutido: a formação das comissões de infeção hospitalar, quais as abordagens de intervenção, com que periodicidade devem ser implementadas as precauções de controlo de infeção e como monitorizar o trabalho desenvolvido. Fui também orientada na procura da informação que se tornou uma ajuda preciosa para a minha prática profissional. Esta reunião foi o ponto de partida para a realização do projeto de melhoria de qualidade, subordinado a este tema, apresentado anteriormente.

3.1.1. UDP

A DP sempre foi uma técnica que me despertou interesse ao longo do meu percurso profissional. Por ser a área da nefrologia onde pretendia adquirir e aprofundar mais conhecimentos, foi escolhido um serviço com um elevado grau de diferenciação e o maior período de tempo de estágio neste hospital.

Sendo uma área onde pretendo adquirir conhecimentos abrangentes, foram delineados objetivos que enriqueçam a experiência do estágio e que promovam o aumento de conhecimentos numa área onde não tenho experiência. Assim pretendo desenvolver competências ao nível do conforto, apoio emocional e social com o doente renal crónico em programa de diálise peritoneal e, prestar cuidados de enfermagem em contexto da DP. Para atingir os objetivos propostos desenvolvi uma metodologia de estágio que passou por uma fase inicial de observação de todos os cuidados, seguindo-se a fase em que já me sentia confiante na prestação de cuidados, tendo sempre como prioridade a segurança da pessoa.

Num serviço rico em informação, em que a equipa de enfermagem se mantém atualizada e bastante proactiva em projetos direccionados aos cuidados de enfermagem, considero que a minha escolha foi muito boa. O serviço teve a certificação de qualidade da *Société Générale de Surveillance* em 2014. Considero, como aluna da especialidade, um local de referência para o que se preconiza para a Enfermagem Avançada. O cuidado centrado na pessoa, a tomada de decisão, tanto a nível dos cuidados diretos como a nível de investigação, era adequada a uma atuação especializada assente em processos de enfermagem bem estruturados.

Durante este estágio, foi sentida uma grande motivação para a procura de conhecimentos, pois a minha experiência na área da DP tinha-se limitado a um pequeno contato durante um estágio no curso de licenciatura. Esta procura foi realizada em discussões/ troca de conhecimentos com as enfermeiras do serviço e, complementada com pesquisas bibliográficas, de artigos, manuais de serviço e outra literatura.

Assisti e realizei procedimentos específicos tais como testes de equilíbrio peritoneal (PET), mudança de prolongador, ensino e reensino da técnica diálise peritoneal continua ambulatoria (DPCA) e diálise peritoneal automatizada

(DPA). Na consulta de opções, observei o percurso da pessoa com DRCT na escolha da TSFR, tendo tido a oportunidade de realizar uma consulta de esclarecimento no âmbito da HD.

Tendo-me proposto à realização de uma reunião científica, onde pretendia promover a discussão e algo como um *“brainstorming”*, tornou-se complicado pois estava entre peritas em DP. A Enf^a orientadora sugeriu então que explorasse a desinfeção do local de inserção do cateter Tenckhoff. Numa interceção entre as duas técnicas (HD e DP), considerei um tema que poderia incitar interesse discutir. Realizei uma exposição (apêndice 10) da pesquisa acerca do tema e estabeleci uma comparação entre os cateteres para DP e os cateteres para HD, explorando os cuidados ao local de inserção em ambos os casos. Foi um momento rico em troca de conhecimentos, sendo que para mim foi construtivo receber as críticas ao trabalho e ao seu conteúdo. O trabalho deveria ter bases científicas mais sólidas, assente numa revisão da literatura rigorosa. A informação que expus era fundamentada, mas carecia de referências menos dispares nas datas. No entanto, o feedback foi muito positivo uma vez que observei que em peritas numa área que não domino, consegui estabelecer interesse e dúvidas, mostrando alternativas à prática de cuidados na UDP.

Esta experiência possibilitou uma mudança de perspetiva pelo rigor científico dos cuidados prestados, pela demonstração da importância que a pesquisa de informação atual e organizada tem na prestação de cuidados. A orientação das enfermeiras no início do projeto de melhoria da qualidade realizado neste relatório foi muito importante. No serviço foi realizado, em 2014, um projeto de melhoria de qualidade premiado em congressos. Os conhecimentos adquiridos durante este estágio, permitem entender os cuidados à pessoa em programa de DP e, prestar cuidados enquanto enfermeira competente (Benner, 2001) pois são pessoas com a mesma doença, diferindo apenas na TSFR.

3.1.2. IN, UTR e HD hospitalar

As vivências da pessoa com DRCT, relacionadas com a sua doença, têm um particular interesse. Independentemente da TSFR, estas pessoas passam

por inúmeros eventos, desde internamentos pelos mais variados motivos, a mudanças de TSFR. Prestar cuidados centrados na pessoa exige o conhecimento da pessoa em toda a sua abrangência. Neste contexto surgem os próximos estágios: internamento, transplantação renal e HD hospitalar.

Internamento de Nefrologia

Realizei dois turnos no internamento, sendo um estágio curto, centrei-me na observação dos cuidados e quais os motivos principais que promovem a ida da pessoa com DRC ao hospital, não obstante, prestei cuidados diretos em colaboração com a equipa. A troca de conhecimentos foi constante, tornando-se uma experiência interessante. Observei e apliquei o processo de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que ainda não conhecia. Torna-se especialmente interessante pois, na unidade onde desempenho funções, está a ser desenvolvido o processo de enfermagem de acordo com a CIPE.

Os motivos de internamento mais comuns são as infeções (respiratória, urinária), pielonefrites, processos de rejeição do rim, construção de acessos, sobrecarga hídrica, doença cardio-vascular, síndrome cardio-renal e colocação/remoção/ troca de cateteres. Conhecer as complicações mais frequentes, capacita o EE para a vigilância e intervenção precoce, permitindo saber quais as intervenções mais pertinentes, nomeadamente na educação para a saúde e prevenção de complicações.

UTR

Em duas semanas de estágio foi possível observar que o serviço está organizado tendo uma boa articulação entre os vários elementos da equipa. Realizam-se consultas de dador vivo, consultas pré-transplante, primeiras consultas pós-transplante e subsequentes. A consulta de enfermagem antecede sempre a consulta médica na parte da manhã, altura em que são realizados ensinamentos, a avaliação da pessoa, a consulta do livro de registo diário da pessoa transplantada e encaminhamento de situações específicas. A equipa de enfermagem é constituída por elementos experientes e a sua atuação abrange intervenções relacionadas com a medicação (adesão e cuidados específicos), a alimentação e reforço hídrico, a prevenção de infeção e complicações relacionadas com o transplante (uso de máscaras, higiene pessoal, cuidados com o sol, entre outros) e despiste e controlo de alterações,

nomeadamente sinais de infeção. A aquisição de conhecimentos durante estas consultas foi importante pois, os doentes em programa de HD demonstram particular interesse em relação ao TR, sendo frequente os pedidos de esclarecimento ao enfermeiro na sala de HD.

A consulta dador vivo é realizada pelo nefrologista, psicólogo, assistente social e enfermeira, ao recetor e ao dador. Apenas após a validação desta equipa é que o processo será encaminhado para a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) e, posteriormente para o anestesista e cirurgião. Tive a oportunidade de assistir a todas as intervenções da equipa de enfermagem, sendo que, foi muito importante a troca de experiências. Daí resultou algo que, como enfermeira de HD, nunca me tinha apercebido: a falta de informação da pessoa em HD relacionada com o processo de transplantação.

Espelhando um pouco o que esperava encontrar durante este estágio neste hospital, tive duas situações particulares demonstrativas da possibilidade de ter contato com o percurso da pessoa com DRC. Numa das consultas de pós-transplante apercebi-me que estava perante a pessoa a quem eu tinha assistido ao transplante anteriormente. Foi uma situação curiosa pois, sem esperar pude ver e vertente intraoperatória e a pós-operatória. Outra situação foi ter encontrado na consulta uma pessoa do serviço onde desempenho funções, criando uma relação terapêutica mais abrangente pois quando a voltei a encontrar na clínica, esta solicitou alguns esclarecimentos acerca da transplantação, aos quais pude dar resposta.

HD hospitalar

No serviço são dialisados os doentes internados nos vários hospitais pertencentes ao centro hospitalar e, cinquenta doentes em regime ambulatorio. Para além da HD, são realizados tratamentos com circulação extracorporeal tais como a plasmaferese e LDL aferese.

A HD é uma técnica que domino, sendo perita na prestação de cuidados. Deste modo, tive mais disponibilidade e capacidade critica nas minhas observações. Considero que os cuidados prestados são de qualidade, numa equipa constituída por vários peritos, com conhecimentos na área da HD que enriqueceram os meus saberes. Foi muito importante passar por esta experiência pois pude esclarecer alguns pontos que na minha prática me

incitavam dúvidas. Conhecer o ambiente hospitalar do que faço em regime ambulatorio serviu para cimentar alguns conhecimentos e criar novas duvidas.

Durante o estágio prestei cuidados em colaboração com a equipa, tendo a oportunidade de assistir à realização de LDL aferese no serviço e plasmaferese na unidade de coronários do hospital. Vivenciei situações de grande complexidade de cuidados, nomeadamente a uma paragem cardiorrespiratória durante a sessão de HD, em que integrei a equipa na recuperação e estabilização da situação clínica da pessoa.

Enquanto enfermeira numa instituição altamente normalizada, a inexistência de normas, procedimentos e protocolos na unidade causou-me algum desconforto. Perguntar como está protocolado determinada intervenção e obter como resposta que não existe norma/procedimento e que as pessoas realizavam de modo diferentes, não colocando em causa o profissionalismo da equipa, denuncia a falta coerência de cuidados. A mesma intervenção pode ser aplicada de modos diferentes, mas a continuidade de cuidados impõe a necessidade de abordagens semelhantes, que no mínimo sigam linhas orientadoras comuns. Como exemplo, a administração de determinada terapêutica está normalizada, mas não existe um suporte documental para isso – “fazemos sempre assim, os médicos já sabem...”. Esta situação gerou discussões produtivas em que a equipa concordou que cada vez mais se torna necessário a existência de normas/ procedimentos e protocolos documentados. A coerência e continuidade de cuidados é de grande importância e, sem que haja uma linha orientadora a equipa pode incorrer no erro de ser dispar. Como elemento exterior à equipa em observação, foi evidente a necessidade de estabelecer linhas orientadoras e devidamente fundamentadas para os cuidados à pessoa antes, durante e depois da sessão de HD. A criação dos padrões de qualidade (OE, 2012) e a consistência das *guidelines* (Higgins, 2008) estão descritas como elementos essenciais na prevenção de infeção e qualidade dos cuidados.

No serviço existe um enfermeiro que é o elo de ligação para a comissão de controlo de infeção, este realiza auditorias à higienização das mãos e divulga a informação a toda a equipa. Sendo um tema de meu interesse, absorvi as informações que me foram transmitidas e observei o que é aplicado na prática, incluindo outras medidas de controlo de infeção. Reparei que a

desinfecção dos monitores era diferente do que se realiza no serviço onde desempenho funções, a limpeza da unidade/ posto entre doentes carecia de melhorias, a presença de sangue no chão ou em outros materiais não impunha uma intervenção imediata. Na realidade torna-se complexo pois os recursos humanos, para suprimir estas necessidades, eram escassos e na necessidade de cumprir os tratamentos, por vezes eram os próprios enfermeiros que faziam a limpeza.

Esta perspetiva denuncia a realidade do dia-a-dia das unidades de saúde atualmente. A escassez de recursos promove eventos prejudiciais ao utente e colocam em causa a segurança deste e dos profissionais. Esta deve ser uma preocupação das administrações de saúde e governamentais. O papel do enfermeiro é de reportar estas situações, fundamentando as necessidades e gerir o melhor possível os recursos disponíveis.

3.2. HD em unidades periféricas

O pedido de estágio para estas instituições prende-se com a necessidade de conhecer outras realidades e diferentes métodos de trabalho pois, enquanto aluna, uma das minhas prioridades é adquirir conhecimentos mais abrangentes no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa com DRCT, com maior incidência nos cuidados em HD.

3.2.1. Clínica de HD

Durante o estágio houve a oportunidade de prestar cuidados em colaboração com a equipa, sendo altamente produtiva a aquisição de novos conhecimentos, nomeadamente em relação aos monitores de HD que não conhecia e, por estar acompanhada por uma equipa de enfermeiros experientes que se demonstraram peritos na área da HD. Fui acompanhada também pelo Enf^o chefe, o que permitiu uma troca de saberes e metodologias enriquecedora. Sendo uma equipa de pequenas dimensões, com enfermeiros considerados de referência na prestação de cuidados, apresenta coesão nas suas intervenções. No entanto, voltei a sentir a falta de normas e procedimentos documentados. Havia apenas alguns procedimentos base

instituídos. Em conversação com o enfermeiro chefe, foi-me dito que o grupo não dispõe de uma linha orientadora transversal a todas as clínicas, fato que advém provavelmente de não existir um(a) Enfermeiro(a) de referência para o grupo. Em cada clínica existe um enfermeiro chefe que institui as suas normas. O grupo detém a certificação do sistema de gestão da qualidade nos termos da norma ISO 9001:2008.

É notório o trabalho desenvolvido na prestação de cuidados nefrológicos de qualidade na clínica, sendo que se encontra em pleno desenvolvimento e em processos de melhoria da qualidade organizados pelo enfermeiro chefe. As sugestões que apresentei como contributo para a unidade foram direcionadas com as PBCI, uma vez que notei a falta de divulgação de informação nas instalações da clínica. Disponibilizei as informações que detenho sobre este tema, sugerindo a colocação de cartazes em locais estratégicos relacionados com a higienização das mãos e a disponibilização de SABA em maior quantidade em locais estratégicos. A atitude do enfermeiro chefe foi muito boa, aceitando as sugestões, considerando-as construtivas e bastante pertinentes.

3.2.1. Serviço onde desempenho funções – Clínica periférica de HD

Todo o percurso de estágio vem culminar neste último serviço. A aquisição de novos conhecimentos e experiências permitiu-me desenvolver e implementar mudanças nas metodologias de trabalho e contribuir para a alteração das mentalidades através de estratégias de dinamização das rotinas do quotidiano e abrangência dos profissionais nos projetos institucionais.

O percurso de estágio permitiu desenvolver uma perceção diferente das vivências dos doentes na evolução da sua doença. Deste modo, o cuidado centrado no doente adquiriu novos contornos. Conhecer o processo pelo qual os doentes passam para realizar transplante renal, permite realizar esclarecimentos e encaminhar o doente para a fonte da informação mais eficaz. Saber quais as vivências do doente em períodos de internamento e quais as principais causas que impulsionam esse internamento, permite atuar de forma sustentada e prever complicações precocemente, nomeadamente em relação a possíveis infeções e doenças cardiovasculares. A educação para a

saúde assume um papel cada vez mais importante nos cuidados de enfermagem.

O estágio na UDP despoletou uma reflexão profunda acerca das metodologias de trabalho em HD e a dinâmica da equipa e da instituição. Nas salas de HD existem períodos em que a pressão e o stress de prestar cuidados o mais rápido possível e, de preferência, o melhor possível, com o menor gasto possível. Recordando a definição de QS: “fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo” (NHS, 1997, p.23) as equipas têm alguma tendência a dar prioridade à rapidez, descurando os cuidados prestados. Esta pressão tem origem na instituição, nos pares, nos doentes e na cultura social da profissão. O que observei nos cuidados aos doentes em DP foi o oposto, é criada uma cultura de cuidados exigente, sem descurar nenhum ponto ou passo dos cuidados. O lavar as mãos, o registo e encaminhamento de complicações, os ensinamentos e o processo de enfermagem bem suportado, sem ceder a pressões exteriores são alguns exemplos. Na verdade, foi inevitável a comparação da qualidade de cuidados que se administram em DP, com os cuidados em HD. Geralmente o processo de enfermagem em UDP é bastante desenvolvido e de qualidade.

No contexto dos cuidados em HD, o processo de enfermagem precisa de existir de forma visível, sustentada, sem pressões e, com eficácia. Realizar a avaliação do doente, intervir de forma imediata na deteção de complicações, realizar ensinamentos espontâneos, aplicar a evidência científica, são algumas mudanças a implementar. Os cuidados de enfermagem em HD têm elevada qualidade, mas estão baseados na experiência dos profissionais, que na sua maioria são peritos. Benner (2001) refere que a evolução decorre do tempo de experiência e das habilidades do enfermeiro para a aquisição de saberes. O conjunto destes saberes culminam numa panóplia de intervenções, que têm como foco a qualidade dos cuidados, com respostas e tomada de decisão rápida e eficaz.

3.3. Competências desenvolvidas

No percurso de estágio, desenvolvi competências que me permitem atuar como enfermeira especialista em nefrologia. De acordo com o quadro de referência de Benner (2001), penso que desenvolvo a minha prática como

perita no contexto dos cuidados em HD. Sendo a pessoa com DRCT um todo e não se resume à TSFR, coloco-me ao nível de competente nas outras área da abrangência dos cuidados enfermagem nefrológica.

De acordo com os domínios do EE, descrevo o desenvolvimento das competências:

Responsabilidade profissional, ética e legal: demonstrei uma conduta consistente com as minhas responsabilidades profissionais, atuando de forma ética e legal, assegurando os princípios humanos. A minha prática é orientada pelo código deontológico do enfermeiro, desenvolvendo processos de tomada de decisão complexos e, intervindo sempre em defesa dos direitos dos intervenientes. Aplico na base das minhas intervenções o modelo DECIDE (Thompson, 2004) na discussão de casos complexos entre a equipa.

Melhoria contínua da qualidade: com a redação deste relatório demonstrei iniciativa, realizando um diagnóstico pertinente de uma problemática com necessidade de intervenção da disciplina de enfermagem. Suportei o projeto e as intervenções, na mais atual evidência científica, procurando todos os conhecimentos para uma atuação eficaz e de qualidade. Na elaboração deste relatório, desenvolvi capacidade de reflexão, crítica e de planeamento em articulação com a instituição. Atuei como elemento dinamizador da equipa, envolvendo os profissionais no processo de melhoria do ambiente terapêutico.

Gestão dos cuidados: a unidade curricular Liderança, foi um contributo importante no desenvolvimento desta competência. Penso ter desenvolvido uma comunicação efetiva, capacidade de tomada de decisão e resolução de problemas e, estratégias de aconselhamento e resolução de conflitos. Promovo a capacidade de reflexão entre pares, com o intuito de promover a motivação da equipa. Mobilizo os recursos humanos e estruturais para a otimização dos cuidados. Com a elaboração deste projeto, dinamizei a equipa que se demonstrou motivada e proactiva. Transmitem conhecimentos que foram visivelmente aplicados à prática do quotidiano, nomeadamente no âmbito da Prevenção e controlo da infeção.

Aprendizagens profissionais: no percurso de aprendizagem que o curso me proporcionou, desenvolvi um olhar diferente sobre a disciplina de Enfermagem. Conheci algumas das minhas limitações, ultrapassei-as para

encontrar outras. Atuo de forma assertiva, desenvolvendo uma identidade profissional mais consistente, mas ávida de evolução. Envolvi-me no processo de cuidados à pessoa com DRC, pois tive a oportunidade de conhecer a abrangência que a doença tem na sua vida. Aprendi a prestar cuidados à pessoa em DP, contribuindo com os meus conhecimentos em HD.

Considero ter concretizado os objetivos a que me propus atingir com a realização do estágio e do presente relatório:

- Desenvolvi uma prática profissional responsável, ética e legal, respeitando os direitos humanos;
- Evolui e agi como enfermeira perita especialista no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com DRCT em programa de HD;
- Desempenhei o papel dinamizador na melhoria contínua dos cuidados;
- Participei na gestão dos cuidados à pessoa com DRCT em HD, otimizando os recursos humanos, materiais e estruturais;
- Promovi um ambiente terapêutico incentivando a parceria entre os profissionais e o doente/ pessoas significativas;
- Desenvolvi aptidão no âmbito da formação e investigação, para realizar as melhores e mais sustentadas intervenções;
- Incentivei a aplicação da evidência científica nos cuidados prestados;
- Desenvolvi capacidade de tomada de decisão incorporando a evidência científica no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem.
- Prestei cuidados a pessoas com DRC assegurando os princípios humanistas;
- Conheci e refleti sobre a articulação entre as entidades e serviços prestadores no contexto dos cuidados de saúde primários e diferenciados;
- Intervim na área da formação, gestão e investigação tendo como base os saberes adquiridos e as diferentes vertentes do cuidar da pessoa com DRC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QS é uma prioridade nos sistemas de saúde mundiais. Todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde, quer seja direta ou indiretamente, desempenham um papel determinante na qualidade destes. É essencial criar uma cultura de segurança do utilizador das unidades de saúde, pois, os eventos adversos surgem como um indicador negativo de QS e colocam a vidas em risco. A ocorrência da infeção quando associada aos cuidados, denuncia uma quebra de segurança (PNS, 2013; OMS, 2005)

As IACS são uma problemática atual e constituem uma preocupação global. As entidades governamentais e reguladoras da saúde global alertam para a urgência de intervenções imediatas. A prevalência de IACS acarreta custos elevados para os sistemas de saúde e, principalmente, colocam em causa a segurança dos utilizadores dos serviços de saúde e da saúde pública (DGS, OMS, CDC, ECDC). São inúmeros os autores que relatam a importância de intervenção nas prevenção e controlo da infeção. Em Portugal, a taxa de IACS é superior à média europeia. No estudo realizado em 2012 (DGS, 2013), as comissões de controlo de infeção apresentavam uma fraca adesão e colaboração, principalmente da classe médica. Apesar do consumo de SABA ser superior à média europeia, não houve repercussão nas taxas de infeção. Este fato pode denunciar prática inadequada, falta de informação e de adesão para as PBCI.

A OMS (2005) defende a implementação de medidas simples, de baixo custo e acessíveis para diminuir as taxas de IACS. As PBCI são medidas base que tem como objetivo a redução das taxas de IACS. A higienização das mãos é considerada a medida mais importante e com maior eficácia (OMS, DGS, CDC).

A população em programa de HD, está sujeita a um risco acrescido de contrair infeção. A exposição a procedimentos invasivos, a realização de tratamentos frequentes (3 vezes por semana), num espaço partilhado (sala de HD), com uma média de idade superior a 66 anos e numa condição de doença

debilitante, são apenas alguns dos fatores que contribuem para o aumento da probabilidade de transmissão da infeção (Cais, 2009; Curtin, 2010; Headley, 2011; Kear, 2015; SPN, 2015).

O tema deste trabalho – Precauções Básicas de Controlo da Infeção: competências do Enfermeiro Especialista, vem de encontro às preocupações mundiais. Despoletado pela vivência de uma situação de IACS, numa unidade de HD periférica, surgiu a realização do projeto de melhoria da qualidade. A necessidade de melhorar os cuidados prestados, impulsiona a investigação dos processos de trabalho, da estrutura institucional e dos comportamentos dos profissionais. Foram realizadas formações com o intuito de partilhar e alertar os profissionais para as PBCI, disponibilizado um ficheiro informático com as formações, normas e documentos relacionados com o tema e auditorias.

O índice de qualidade da unidade a nível da estrutura foi de 82,3%, a nível dos processos de trabalho foi de 91,4% e, o risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos foi de 28,8%. Nas auditorias realizadas à higienização das mãos, nos cinco momentos, os técnicos de HD apresentam uma adesão de 70%, os enfermeiros de 65,5%, os auxiliares de limpeza de 40% e os médicos de 35,14%. Os profissionais com o maior número de oportunidades foram os enfermeiros (145), seguido dos médicos (37) e, os técnicos de HD e auxiliares da limpeza detêm o menor número de oportunidades (10). A população observada foi de 15 enfermeiros, 3 médicos, 2 técnicos de HD e 5 auxiliares.

A realização de auditorias proporcionou intervenções formativas espontâneas, com participação e procura de informação por parte dos profissionais observados, revelando-se mais eficaz do que as formações. A realização das formações teve adesão total da equipa multidisciplinar, à exceção dos enfermeiros (cerca de 50%) e médicos (0%).

O processo de construção do projeto de melhoria de qualidade, trás à luz as necessidades de intervenção no contexto dos cuidados em HD. A falta de

adequação das *guidelines*, a falta de reflexão das práticas e treino foram fatores verbalizados para a baixa adesão, estando descritos na bibliografia (Higgins, 2008; Chu, 2013).

A melhoria da qualidade é um contínuo, pelo que as intervenções surgem de acordo com as necessidades. Os resultados são partilhados na equipa e encontram-se novas metas a melhorar. Seria importante, no contínuo do projeto: promover a melhoria das vias de comunicação entre os hospitais e as clínicas de HD periféricas; propor a existência de formação anual obrigatória a toda a equipa multidisciplinar; realizar educação ao doente e família/cuidadores, no âmbito da prevenção e controlo da infeção.

As limitações encontradas para a realização deste trabalho foram: a falta de adequação das *guidelines* no contexto da HD, a inexistência de informação do panorama infecciológico nacional em HD, a baixa disponibilidade da equipa de enfermagem e médica para a participação nas atividades relacionadas com a prevenção e controlo da infeção.

A realização deste Relatório de Estágio permitiu uma reflexão profunda acerca do papel do EE no seio da equipa de saúde. As vivências no estágio, acompanhadas da experiência profissional e bases teóricas modelaram a identidade profissional. O EE é um profissional de referência, que desenvolve competências de gestão, investigação e prestação de cuidados especializados. Na orientação de intervenções relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, torna-se essencial uma ação fundamentada. O EE deve detetar falhas dos processos de trabalho, dos recursos disponíveis e, de sinais e sintomas de infeção precocemente. A ação do EE conduz à realização de diagnósticos e intervenções de enfermagem de acordo com o seu mandato social, referenciando a situação sempre que necessário de acordo com a sua especificidade.

No final deste trabalho, considero que atingi os objetivos a que me propus, desenvolvendo competências de EE.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APIC (2013) Guide to Preventing *Clostridium difficile* Infections

Disponível em:

<http://apic.org/Resource/EliminationGuideForm/59397fc6-3f90-43d1-9325-e8be75d86888/File/2013CDiffFinal.pdf>

Bakke, C. K. (2010). Clinical and Cost Effectiveness of Guidelines To Prevent Intravascular Catheter-Related Infections in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37(6), 601-616.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=56473396&language=pt-br&site=ehost-live>

Bednar, B., & Latham, C. (2014). The Changing Landscape of the Nephrology Nursing Care Environment in the United States over the Last 45 Years. *Nephrology Nursing Journal*, 41(2), 183-199.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=95702578&language=pt-br&site=ehost-live>

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: a excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra. Quarteto.

Cardoso, R. (2015) As infecções associadas aos cuidados de saúde. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Castner, D. (2011). Management of Patients On Hemodialysis Before, During, And After Hospitalization: Challenges And Suggestions for Improvements. *Nephrology Nursing Journal*. 38(4), 319-330.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=64468871&language=pt-br&site=ehost-live>

CDC (2015) Instrumentos de auditoria

Disponível em:

<http://www.cdc.gov/dialysis/prevention-tools/audit-tools.html>

CDC (2016) Scrub the hub protocol

Disponível em:

<https://www.cdc.gov/dialysis/PDFs/collaborative/Hemodialysis-Central-Venous-Catheter-STH-Protocol.pdf>

Chenweth, C. et al (2015) Variation in Infection Prevention Practices in Dialysis Facilities: Results From the National Opportunity to Improve Infection Control in ESRD (End-Stage Renal Disease) Project. *infection control & hospital epidemiology*. 36 (7), 802-806.

Chu, G., Adams, K., & Crawford, S. (2013). Improving catheter-related blood stream infection in haemodialysis patients using a practice development framework. *Renal Society Of Australasia Journal*, 9(1), 16-21.

CLÍNICA DOENÇAS RENAS (CDR) (1997) – *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Quadricor, Artes Gráficas.

Classen, D. et al, (1992). The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical wounds infection. *New England Journal of Medicine*. 326 (5), 281-286.

Curtin, J., & Dalziel, C. (2010). Beat those bugs! Implementing contact precautions in community dialysis units for closer-to-home care. *Canadian Journal Of Infection Control*. 25(1), 9-16.

Disponível

em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105194846&lang=pt-br&site=ehost-live>

Cais, P., Turrini, R., Strabelli, T. (2009) Infecções em pacientes submetidos a procedimento hemodialítico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 21(3), 269-275.

DGS (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Disponível em:

http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

DGS (2010) Circular Normativa 13/DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde

DGS (2012) Circular Normativa 017/2011. Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5.

Disponível em:

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012.aspx>

DGS (2013a) Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses – inquérito 2012

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034AAAAAAAAAAAAAAAAA>

DGS (2013b) Norma 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)

DGS (2014a) Portugal - Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, Lisboa.

DGS - Campanha de Higiene das Mãos - Material de implementação da campanha.

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=003801000103AAAAAAAAAAAA>

ECDC (2013) *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*. Stockholm: ECDC, figura 23

EDTNA/ERCA (2000) - Nephrology Nurse Profile.

Disponível em:

<http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>

EDTNA/ERCA (2007) - *Doença Renal Crónica (Estádios 1-3): Guia para a prática clínica*. Madrid: Imprensa Tomás Hermanos.

EDTNA/ERCA (2007) Competency framework 2007

Fabrizi F., Messa P., (2015a) Transmission of hepatitis C virus in dialysis units: a systematic review of reports on outbreaks. *International Journal of Artificial Organs*, 38(9): 471 - 480

Fabrizi F., Dixit V., (2015b) Transmission of hepatitis B virus in dialysis units: a systematic review of reports on outbreaks. *International Journal of Artificial Organs*, 38(1): 1 – 7.

Florence Nightingale (2005) *Notas sobre a Enfermagem*, loures, Lusociencia

FRESENIUS MEDICAL CARE (2011) – *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina.

Gonçalves, S. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

Harwood, L., Wilson, B., Thompson, B., Brown, E., & Young, D. (2008). Predictors of hemodialysis central venous catheter exit-site infections. *CANNT Journal*, 18(2), 26-35 10p.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105775740&lang=pt-br&site=ehost-live>

Headley, C. M. (2011). Nephrology Nurse Roundtable. Bad Bugs, Bad Bugs - Whatcha Gonna Do When They Come for You?. *Nephrology Nursing Journal*, 38(5), 433-443.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=66421434&lang=pt-br&site=ehost-live>

Headley, C. M. (2012). Deadly Diarrhea: Clostridium Difficile Infection. *Nephrology Nursing Journal*, 39(6), 459-468.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=84480150&lang=pt-br&site=ehost-live>

Higgins, M., & Evans, D. (2008). Nurses' knowledge and practice of vascular access infection control in haemodialysis patients in the Republic of Ireland. *Journal Of Renal Care*, 34(2), 48-53 6p.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105777340&lang=pt-br&site=ehost-live>

Horan, T., Andrus, M., Dudeck, M. (2008). CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *American Journal of Infection Control*. (36), 309-332.

ISO Norma 19011/2011

Disponível em:

<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:19011:ed-2:v1:en>

Kear, T. (2015). CNE. Decreasing Infections in Nephrology Patient Populations: Back to Basics. *Nephrology Nursing Journal*, 42(5), 431-444.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=110737888&lang=pt-br&site=ehost-live>

Kiernan, M., Leaper, D., (2014). Healthcare-associated infections (HCAIs): The magnitude of the problem. *EWMA Journal*. 14 (2), 35-37.

Lawrence, J. A., Seiler, S., Wilson, B., & Harwood, L. (2014). Shower and No-Dressing Technique For Tunneled Central Venous Hemodialysis Catheters: A Quality Improvement Initiative. *Nephrology Nursing Journal*, 41(1), 67-73.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=94720216&lang=pt-br&site=ehost-live>

Lydio, R., Gomes, D. (2013) *Fatores de risco associados ao desenvolvimento de infecção em pacientes submetidos à hemodiálise*. (tese de mestrado). Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia. Rio de Janeiro

Disponível em:

<http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/saudeeconsciencia/article/view/350/241>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.

Marck, P., Molzahn, A., Berry-Hauf, R., Hutchings, L. G., & Hughes, S. (2014). Exploring Safety and Quality In a Hemodialysis Environment With Participatory Photographic Methods: A Restorative Approach. *Nephrology Nursing Journal*,

41(1), 25-36 12p.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104040789&lang=pt-br&site=ehost-live>

Martins, M. A., (2001) *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. Ed. Médica e Científica Lda. 2ª ed. Rio de Janeiro

Mbaeyi, C., & Thompson, N. D. (2013). Hepatitis C virus screening and management of seroconversions in hemodialysis facilities. *Seminars In Dialysis*, 26(4), 439-446 8p.

National kidney foundation – K/DOQI (2002)

Disponível em:

https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

Nichiata, L., et al. (2004). Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 38(1), 61-70.

NHS (1997) *The new NHS modern - dependable*

Disponível em:

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266003/newnhs.pdf

NHS (2015) Aseptic non touch technique (annt) Policy

Disponível em:

<http://www.rcht.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/InfectionPreventionAndControl/AsepticNonTouchTechnique.pdf>

OLIVEIRA, M. J. N. - *Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde e importância do consumo de anti-microbianos em cuidados intensivos*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, 2009.

Disponível em:

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1105/1/18097_ulsd_dep.17640re_T.Mestra do Junho 2009 v.definitiva Maria Oliveira.pdf>.

Oliveira, A., Paula, A. (2014) Fatores relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde: uma reflexão. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 13(1), 185-189.

OMS (2005) Global patient safety challenge – clean care is safer care 2005-2006

Disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf

OMS (2008) Summary of the evidence on patient safety: Implications for research

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf

OMS (2009a). WHO guidelines on hand hygiene in health care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf

OMS (2009b) Guia de Implementação - Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos

Disponível em:

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/guia-para-a-implementacao-da-estrategia-multimodal-da-oms-para-a-melhoria-da-higiene-das-mao>

OMS (2011) *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide - A systematic review of the literature*, Genebra.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2004) Quadro de referencia para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem, *Revista Ordem dos Enfermeiros*, suplemento, nº13.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010b), Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica.

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

Ordem dos enfermeiros, (2012a). *Divulgar - padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual / Enunciados descritivos*.

Ordem dos enfermeiros (2012b), REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf

Ordem dos enfermeiros (2013) guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião_para_elaborac_ão_projetos_qualidade_SRS.pdf

Ordem dos Médicos, Colégio de Especialidade de Nefrologia (2011). Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica.

Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2013)

Disponível em:

<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010a) Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (10), 27-39.

Pina, E., Silva, G., Silva, E., Uva, A., (2010b) Infeção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infeções da corrente sanguínea (septicemia). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 20 (1), 19-30.

Ponce P, Cruz J, Ferreira A, Oliveira C, Vinhas J, Silva G, Pina E. (2007) A prospective study on incidence of bacterial infections in portuguese dialysis units. *Nephron Clin. Pract.*107(4), 133-8.

Ramos (2007)

Disponível em:

<http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais do Moodle/TIC-Metodologia-Projecto 1 .pdf>

Rao, A. K., Luckman, E., Wise, M. E., Maccannell, T., Blythe, D., Lin, Y., & ... Wilson, L. E. (2013). Outbreak of Hepatitis C Virus Infections At an Outpatient Hemodialysis Facility: The Importance of Infection Control Competencies. *Nephrology Nursing Journal*, 40(2), 101-164.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=86861733&lang=pt-br&site=ehost-live>

Silva, E. et al (2013). Um desafio para o controlador de infecção: falta de

adesão da enfermagem às medidas de prevenção e controle. *Enfermeria Global*. (31), 330-343.

Simões, S. (2013) *Prevalência de Infecção numa População de Hemodialisados, em Ambiente Clínico*. (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas Universidade Atlântica. Lisboa.

Shimokura, G., Weber, D. J., Miller, W. C., Wurtzel, H., & Alter, M. J. (2006). Factors associated with personal protection equipment use and hand hygiene among hemodialysis staff. *American Journal Of Infection Control*, 34(3), 100-107.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16630971&lang=pt-br&site=ehost-live>

Schutt-Aine R., Winqvist T., Ohlsson B., Cowperthwaite J.. Water Treatment System Reference, Manual Diaverum Lund Sweden, 2012

Souza, B., Carrilho CMDM, Matsuo T, Yamada-Ogatta SF, Andrade G, Perugini MRE, et. al. (2014) Mortalidad y riesgos asociados a la infección relacionada con la asistencia a la salud. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 24(1), 220-228.

SPN (2015) Dados globais do Tratamento Substitutivo Renal na Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. Disponível em:

http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registro_2014/registro_2014.pdf

Tan, A., Olivo, J., (2015). Assessing Healthcare Associated Infections and Hand Hygiene Perceptions amongst Healthcare Professionals. *International Journal of Caring Sciences*. (8), 108-114.

TEIXEIRA, Maria de Fátima - *O contributo da auditoria interna para uma gestão eficaz*. Coimbra: Universidade Aberta, 2006. Dissertação de mestrado em contabilidade e auditoria.

Thompson, Ian E., Melia, Kath M., Boyd, Kenneth M. (2004) *Ética em Enfermagem*, Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Thomas-Hawkins, C., Flynn, L., Lindgren, T. G., & Weaver, S. (2015). Nurse Manager Safety Practices in Outpatient Hemodialysis Units. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), 125-147.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103796964&lang=pt-br&site=ehost-live>

THOMAS, Nicola (2005) – *Enfermagem em Nefrologia*. 2ªed. Loures: Lusodidacta.

Ulrich, B., & Kear, T. (2015). Patient safety culture in nephrology nurse practice settings: Results by primary work unit, organizational work setting, and primary role. *Nephrology Nursing Journal*, 42(3), 221-236.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1
Categorização dos níveis de evidência das recomendações

Anexo 7

A - Categorização dos níveis de evidência das recomendações

As categorias dos CDC e do HICPAC estabelecidas nesta Norma são (2):

Categoria IA. Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência, baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou epidemiológicos.

Categoria IB. Fortemente recomendado para implementação baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou epidemiológicos.

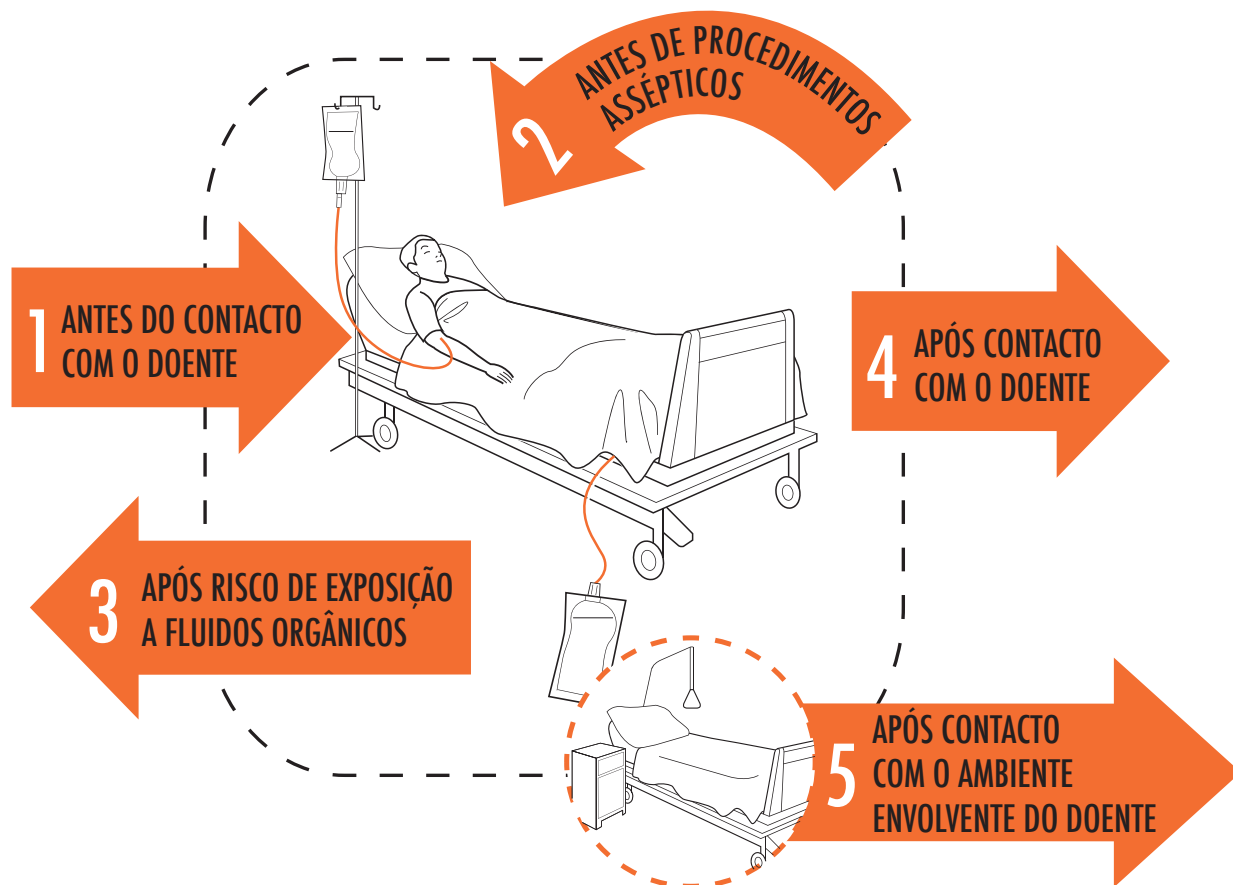
Categoria IC. Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.

Categoria II. Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.

ANEXO 2
Os 5 momentos para a higienização das mãos

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS

medidas simples salvam vidas



| | |
|--|--|
| 1 ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE | Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos. |
| 2 ANTES DE PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS | Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos. |
| 3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS | Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente. |
| 4 APÓS CONTACTO COM O DOENTE | Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo. Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente. |
| 5 APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE | Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente. Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente. |

ANEXO 3
Os 6 passos para a higienização das mãos

Fricção Anti-séptica das mãos

medidas simples
salvam vidas



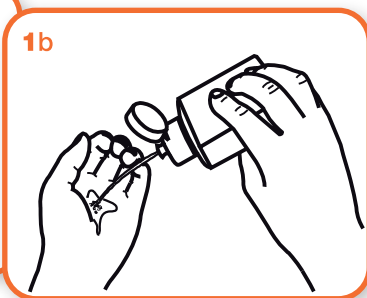
Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.



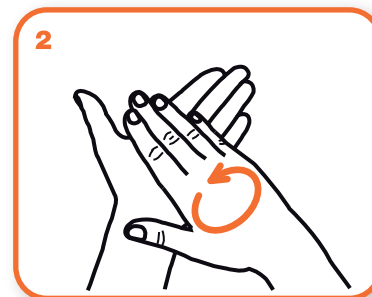
Duração total do procedimento: **20-30 seg.**



1a



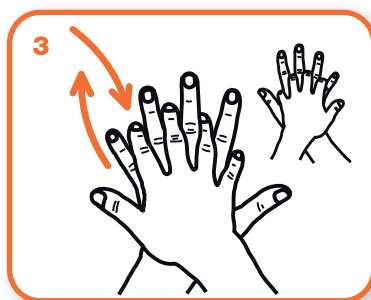
1b



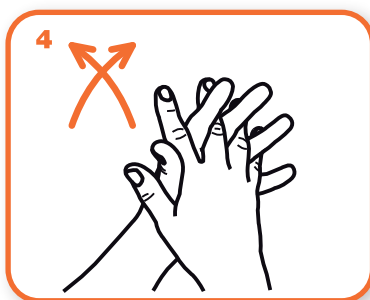
2

Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies

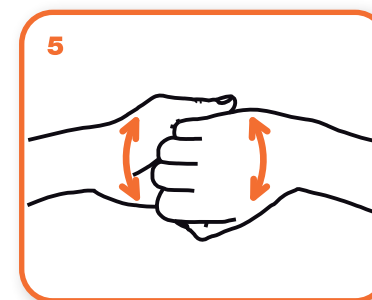
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3



4



5

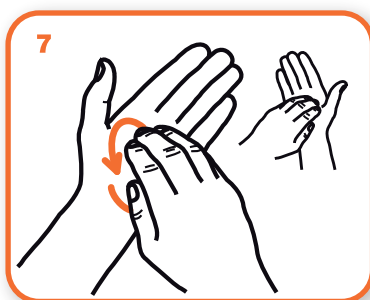
Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa

As palmas das mãos com dedos entrelaçados

Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6



7



8

Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa

Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa

Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

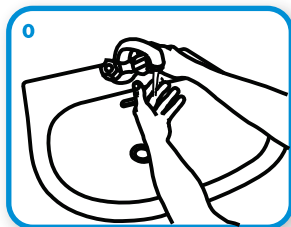
Lavagem das mãos

medidas simples
salvam vidas

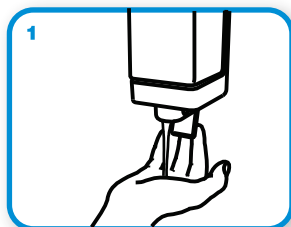


Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

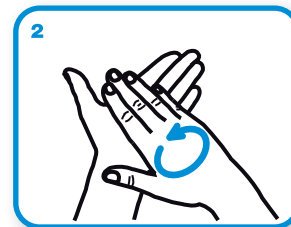
 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



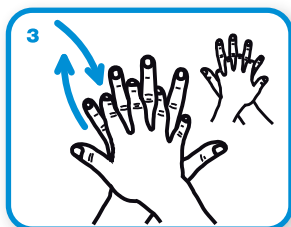
0
Molhe as mãos
com água



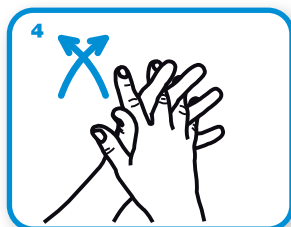
1
Aplique sabão suficiente para cobrir
todas as superfícies das mãos



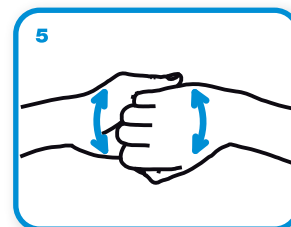
2
Esfregue as palmas das
mãos, uma na outra



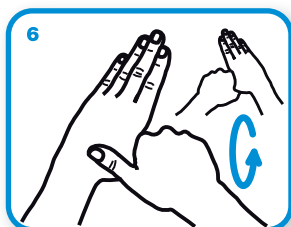
3
Palma direita sobre o dorso
esquerdo com os dedos
entrelaçados e vice versa



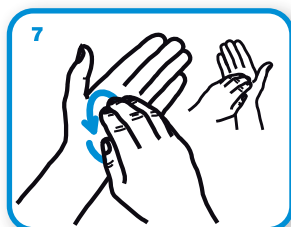
4
Palma com palma
com os dedos entrelaçados



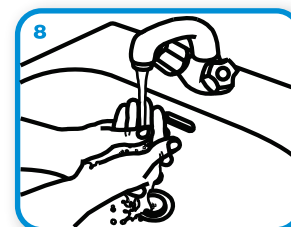
5
Parte de trás dos dedos
nas palmas opostas com
os dedos entrelaçados



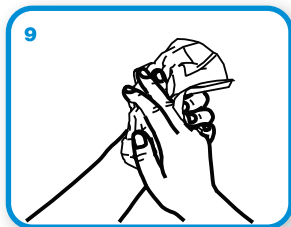
6
Esfregue o polegar
esquerdo em sentido
rotativo, entrelaçado na
palma direita e vice versa



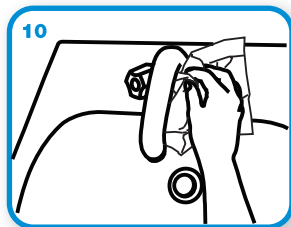
7
Esfregue rotativamente para trás
e para a frente os dedos da mão
direita na palma da mão
esquerda e vice versa



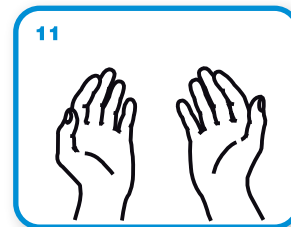
8
Enxague as mãos
com água



9
Seque as mãos com
toalhete descartável



10
Utilize o toalhete para
fechar a torneira se esta
for de comando manual



11
Agora as suas mãos
estão seguras.

ANEXO 4
Técnica de colocação e remoção do EPI

SEQUÊNCIA DE REMOÇÃO DOS EPI

1

REMOVER AS LUVAS



2

REMOVER A BATA



3

HIGIENIZAR AS
MÃOS



4

REMOVER O
PROTETOR OCULAR



5

REMOVER A MÁSCARA
OU O RESPIRADOR N95



6

HIGIENIZAR AS
MÃOS



SEQUÊNCIA DE COLOCAÇÃO DOS EPI

1

HIGIENIZAR AS MÃOS



2

COLOCAR A BATA



3

COLOCAR A MÁSCARA
OU O RESPIRADOR N95



4

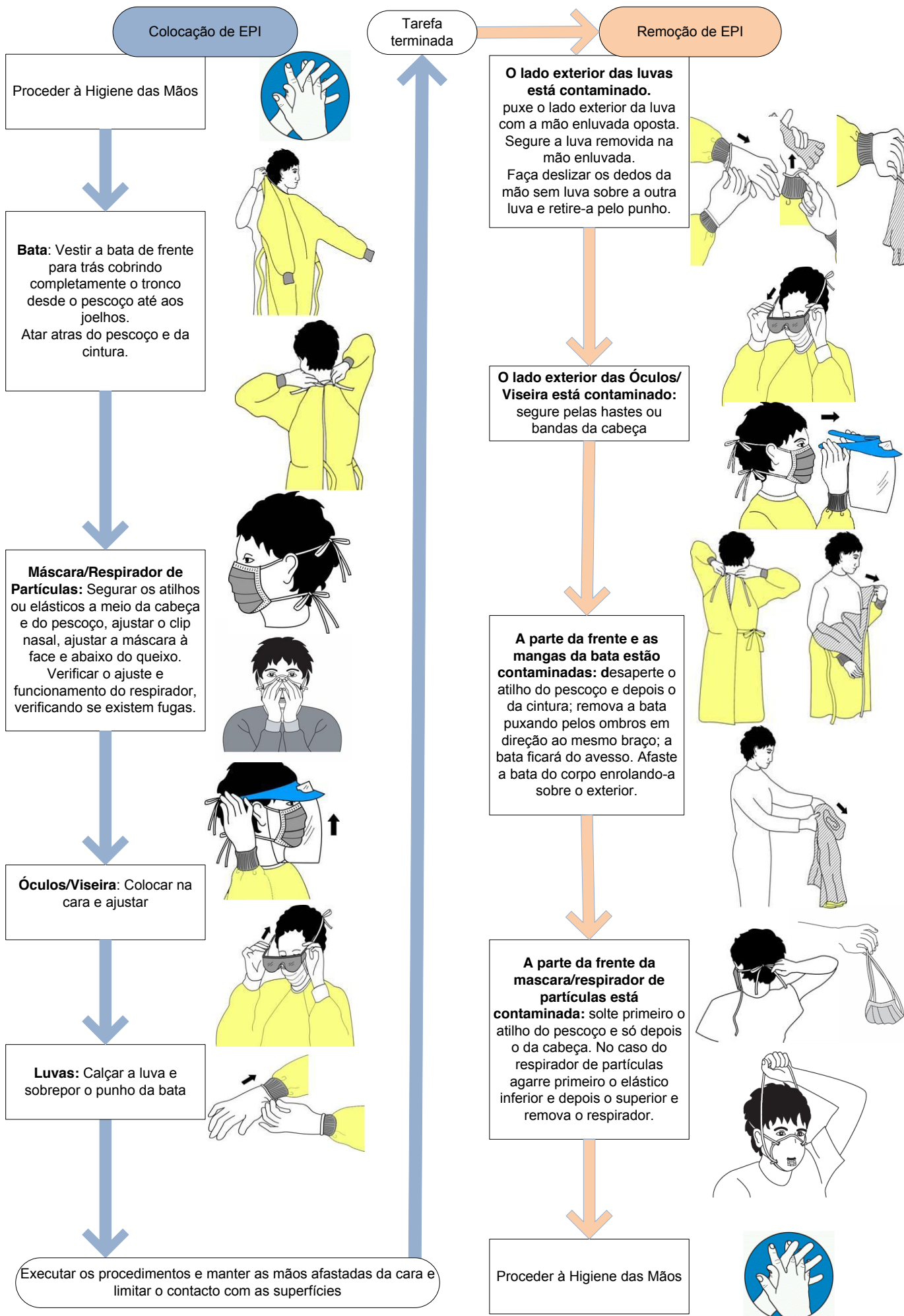
COLOCAR O
PROTETOR OCULAR



5

COLOCAR AS LUVAS





ANEXO 5
Formulário de observação da higienização nos cinco momentos



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

| ARS | | | Cidade | | | Código do Hospital | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|
| Observador | | | | | | Período N.º | | | Serviço/Departamento | | |
| Data (dd.mm.aaaa) | | | | | | Sessão N.º | | | Enfermaria | | |
| Hora de início/fim (hh:mm) | | | | | | Formulár. N.º | | | | | |
| Duração da sessão (mm) | | | | | | | | | | | |
| Cat. Profissional Código Número | | | Cat. Profissional Código Número | | | Cat. Profissional Código Número | | | Cat. Profissional Código Número | | |
| Op | Indicações | Ação | Op | Indicações | Ação | Op | Indicações | Ação | Op | Indicações | Ação |
| 1 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 1 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 1 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 1 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |
| 2 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 2 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 2 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 2 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |
| 3 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 3 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 3 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 3 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |
| 4 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 4 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 4 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 4 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |
| 5 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 5 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 5 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 5 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |
| 6 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 6 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 6 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 6 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |
| 7 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 7 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 7 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 7 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |
| 8 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 8 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 8 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado | 8 | <input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte. | <input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado |

ANEXO 6
Instrumentos para auditorias internas às PBCI - processo

Anexo 1 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - processo.

Estes instrumentos de auditoria podem ser adaptados ou reproduzidos pelas instituições de saúde, encontrando-se disponível em formato word em www.dgs.pt.

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (processo)

Data: / / Serviço: Observador:

| | SIM | NÃO | N/A | OBSERVAÇÕES |
|---|-----|-----|-----|---|
| CRITÉRIOS 1 A 4 | | | | |
| 1 - COLOCAÇÃO DOS DOENTES | | | | |
| 1 | | | | É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente |
| 2 | | | | Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco |
| 2 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS | | | | |
| 3 | | | | Existe SABA* à disposição de todos os profissionais e próximo dos doentes |
| 4 | | | | Está em curso no serviço algum tipo de sensibilização sobre a higiene das mãos (p.ex.: cartazes, campanhas, ações de formação) |
| 3 – ETIQUETA RESPIRATÓRIA | | | | |
| 5 | | | | Existem cartazes afixados, chamando a atenção para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória |
| 6 | | | | Os doentes/clientes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou à SABA |
| 7 | | | | Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória* |
| 8 | | | | Os profissionais sabem como devem proceder em relação aos doentes/clientes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias* |
| 4 – UTILIZAÇÃO DE EPI | | | | |
| 9 | | | | Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização |
| 10 | | | | Os EPI encontram-se num local limpo e seco |
| 11 | | | | Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação |
| 12 | | | | Estão disponíveis luvas de vários tamanhos |
| 13 | | | | Estão disponíveis luvas de material alternativo ao látex |
| 14 | | | | Os profissionais estão informados de que é obrigatório o uso de luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra* |
| 15 | | | | Está implementado o uso de aventais de uso único no contacto direto com os doentes |
| 16 | | | | Está implementado o uso de bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos |
| 17 | | | | As visitas não usam equipamento de proteção, exceto máscara, quando indicado |
| 18 | | | | Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição |
| 19 | | | | Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de proteção ocular |
| 20 | | | | Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos |
| * Inquirir pelo menos, 4 elementos de grupos profissionais diferentes | | | | |
| Avaliação dos critérios 1 a 4 | | | | |
| Total de respostas SIM X 100 = (IC) de ____ % | | | | |
| Total de respostas aplicáveis | | | | |

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (processo) (continuação)

| CRITÉRIOS 5 A 10 | | | | |
|---|-----|-----|-------|--|
| | SIM | NÃO | N / A | OBSERVAÇÕES |
| 5 - TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO | | | | |
| 1 | | | | O material/equipamento de uso único não é reutilizado <i>(se verificar a condição anterior escolha a opção sim)</i> |
| 2 | | | | As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis |
| 3 | | | | Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos |
| 4 | | | | A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída |
| 6 - CONTROLO AMBIENTAL | | | | |
| 4 | | | | O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários |
| 5 | | | | Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica |
| 6 | | | | O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo |
| 7 | | | | Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica |
| 7 - MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA | | | | |
| 8 | | | | A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida |
| 9 | | | | A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização |
| 10 | | | | Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção |
| 8 - RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS | | | | |
| 11 | | | | Os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo de abertura sem o uso das mãos |
| 12 | | | | Os contentores não se encontram demasiado cheios |
| 9 - PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS | | | | |
| 13 | | | | A mesma seringa nunca é usada em mais do que um doente |
| 14 | | | | São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados |
| 15 | | | | Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos) |
| 10 - EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO | | | | |
| 16 | | | | Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a fluidos orgânicos e/ou a acidentes por picada ou corte, ou por projeção para as mucosas oculares |
| Avaliação do Critérios 5 a 10 | | | | |
| Total de respostas SIM _____ X 1 00 = (IQ) de _____ % | | | | |
| Total de respostas aplicáveis | | | | |

ANEXO 7
Instrumentos para auditorias internas às PBCI - estruturas

Anexo 3 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - Estruturas

Estes instrumentos de auditoria podem ser adaptados ou reproduzidos pelas instituições de saúde, encontrando-se disponível em formato *word* em www.dgs.pt.

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (estruturas)

Data: ___/___/___ Serviço: _____ Observador: _____

| PADRAO 1 | | SIM | NÃO | N / A | OBSERVAÇÕES | | | | |
|--|--|-----|-----|-------|-------------|------------------------|------------------------|-------------------------------|--|
| CONHECIMENTO DAS PBCI | | | | | | | | | |
| 1 | A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde | | | | | | | | |
| 1.2 | Os profissionais conhecem a Norma das PBCI | | | | | | | | |
| 2 | Existe evidência nos registos de formação em serviço, de que todo os profissionais receberam formação sobre as PBCI | | | | | | | | |
| 2.1 | Médicos | | | | | | | | |
| 2.2 | Enfermeiros | | | | | | | | |
| 2.3 | Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação) | | | | | | | | |
| 2.4 | Assistentes Operacionais | | | | | | | | |
| 2.5 | Funcionários de limpeza | | | | | | | | |
| 2.6 | Outros profissionais e/ou voluntários | | | | | | | | |
| 3 | A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho. | | | | | | | | |
| 4 | Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos | | | | | | | | |
| 5 | Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados | | | | | | | | |
| 6 | Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados | | | | | | | | |
| Avaliação do Padrão 1 | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Total de respostas SIM</td> <td style="width: 50%; border: none;">X 1 00 = (IQ) de ____%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Total de respostas aplicáveis</td> </tr> </table> | | | | | | Total de respostas SIM | X 1 00 = (IQ) de ____% | Total de respostas aplicáveis | |
| Total de respostas SIM | X 1 00 = (IQ) de ____% | | | | | | | | |
| Total de respostas aplicáveis | | | | | | | | | |

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (estruturas)

Data: ___/___/___ Serviço: _____ Observador: _____

| PADRÃO 2 | | SIM | NÃO | N / A | OBSERVAÇÕES |
|--|--|-----|-----|-------|-------------|
| RECURSOS | | | | | |
| 1 | Estão disponíveis no Serviço os recursos necessários para implementar e monitorizar o cumprimento das PBCI | | | | |
| 1.1 | Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos | | | | |
| 1.2 | Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento) | | | | |
| 2 | O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos) | | | | |
| 2.1 | O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção | | | | |
| 3 | Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pelas Comissões de prevenção e controlo da infeção e das resistências aos antimicrobianos (CCIRA)/Gestão de Risco e Farmácia | | | | |
| 4 | Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente | | | | |
| 4.1 | Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor. | | | | |
| 4.2 | Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa | | | | |
| 5 | Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente | | | | |
| 5.1 | Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado | | | | |
| 5.2 | O local de armazenamento de resíduos tem condições de acesso adequadas | | | | |
| 5.3 | O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização | | | | |
| 6 | Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados | | | | |
| 6.1 | O material/equipamento de uso único não é reutilizado | | | | |
| Avaliação do Padrão 2 | | | | | |
| Total de respostas SIM ___ X 1 00 = (IQ) de ___% | | | | | |
| Total de respostas aplicáveis | | | | | |

ANEXO 8
identificação do risco associado à realização de procedimentos com risco
acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos

Anexo 6 – Identificação do risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos

| Âmbito | Fator de Risco | Fator de risco presente? | |
|--|---|--------------------------|-----|
| | | Sim | Não |
| 1. Colocação dos Doentes | Na admissão do doente não é realizada a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos | | |
| | Inexistência ou escassez de quartos de isolamento* | | |
| | Défice de conhecimento dos profissionais em relação às doenças transmissíveis e procedimentos de prevenção | | |
| 2. Higiene das Mãos | Inexistência de estruturas adequadas para a higienização das mãos | | |
| | Os profissionais não apresentam unhas curtas e limpas, sem extensões ou outros artefactos e sem verniz | | |
| | Os profissionais utilizam adornos durante a prestação de cuidados | | |
| | Os profissionais prestam cuidados sem proteger os cortes e abrasões caso existam | | |
| | Os profissionais utilizam fardas com mangas compridas | | |
| | Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para higienização das mãos | | |
| | Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos cinco momentos | | |
| | Baixa adesão dos profissionais no cumprimento da técnica correta para a higienização das mãos | | |
| 3. Etiqueta Respiratória | Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos das medidas de etiqueta respiratória | | |
| | Baixa adesão dos profissionais no cumprimento das medidas de etiqueta respiratória | | |
| | Não é realizado ensino ao doente ou visitas sobre as medidas de etiqueta respiratória | | |
| | Não é disponibilizado toalhete de uso único ao doente para conter as secreções respiratórias | | |
| 4. Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) | Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI | | |
| | Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI | | |
| | Falhas na disponibilização dos EPI adequados | | |
| | Falhas na disponibilização dos EPI nos locais estratégicos | | |

***De acordo com as orientações técnicas da ACSS para o Edifício Hospitalar**

| Âmbito | Fator de Risco | Fator de risco presente? | |
|---|--|--------------------------|-----|
| | | Sim | Não |
| 5. Descontaminação do Equipamento Clínico | Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo às recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento | | |
| | Inexistência de um plano de descontaminação do equipamento | | |
| | Inexistência das recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento | | |
| | Existência de fonte de contaminação a partir da reutilização de dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM) | | |
| | Reprocessamento de DMUU | | |
| | Falhas nos procedimentos de higienização, desinfecção, transporte e armazenamento dos equipamentos | | |
| | Não descontaminação de equipamento entre doentes | | |
| 6. Controlo Ambiental | Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos de higienização do ambiente | | |
| | Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de higienização do ambiente | | |
| | Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos em caso de derramamento de sangue e fluidos orgânicos | | |
| 7. Manuseamento Seguro da Roupa | Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de manuseamento seguro da roupa | | |
| | Baixa adesão dos profissionais ao cumprimento dos procedimentos de manuseamento seguro da roupa | | |
| | Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa limpa | | |
| | Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa suja | | |
| 8. Recolha segura de resíduos | Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de recolha segura de resíduos | | |
| | Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de recolha segura de resíduos | | |
| | Os profissionais não depositam os objetos cortoperfurantes, imediatamente após o uso, em contentor adequado | | |
| | Os profissionais enchem os contentores de resíduos para além da sua capacidade | | |
| | Os contentores não têm um sistema de fecho intermédio | | |
| | Os contentores de cortoperfurantes não estão etiquetados com registo da data de abertura | | |
| 9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis | Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo às Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis | | |
| | Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos procedimentos de Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis | | |
| | São utilizados medicamentos injetáveis de uso múltiplo | | |
| | São utilizados medicamentos a múltiplos doentes, com a mesma seringa | | |
| 10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho | Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a agentes microbianos no local de trabalho | | |

ANEXO 9
Avaliações de estágio

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Carla Sofia M. P. Rodrigues Instituição: Diaeverum Serviço: Unidade de Subcentro
 Efectuado de 4.11.2016 a 12.12.2016 Docente: _____ Orientador: _____

| Parâmetro a avaliar | Muito Insuficiente | Insuficiente | Suficiente | Bom/Muito Bom | Excelente | Avaliação Final |
|--------------------------------|--|---|--|---|--|-----------------|
| Capacidade de execução técnica | Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais; | Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes; | Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas; | Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade; | O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções; | M B |
| Desenvolvimento profissional | Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; | Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada; | Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; | Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas; | Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas; | M. B |
| Responsabilidade profissional | Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos; | Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir; | Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos; | Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade. | Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário; | M B |
| Relações humanas | Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família; | Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família; | Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família; | Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados; | Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia; | M B |

O Docente: _____ Orientador: WJF Data: 9.1.2017



AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Demons- tra conhecimento e prática profissionais que resolve problemas de maneira competente e segura.
Resolve as situações difíceis de forma acertada e com segurança de orientar.
Criação de planos de cuidados e atuações com segurança e adequadas.
Boa participação com o grupo, contribuindo para um bom ambiente de trabalho.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 9/3/16 Orientador Talmo de R.

Assinatura 

Data: _____
Estudante _____

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Carla Rodrigues desenvolveu o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz, de forma assídua durante o mês de Outubro, assistindo a consultas de Diálise Peritoneal, quer Médicas quer de Enfermagem; e também a Consultas de Nefrologia_Opções, realizadas por uma equipa multidisciplinar constituída por Médica, Enfermeira, Assistente Social e Dietista. Demonstrou grande interesse na mesma, tendo tido a hipótese de a efectuar na vertente da HD.

No decorrer do seu estágio acompanhou a realização de vários procedimentos específicos da UDP, como a realização de ensino da técnica de DPCA quer de DPA, a realização de PET, a mudança de prolongador de Cateter de Tenckhoff, reformulação de ensinios, inicialmente com observação/ supervisão, mas rapidamente os começou a realizar de forma autónoma, responsável e ponderada.

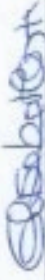
Apesar de não ser uma realidade na sua prática clínica, a Carla demonstrou grande interesse na temática da DP, sendo visível a sua pesquisa sobre o tema, referindo levar alguns aspectos observados para a sua prática diária.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data:

Assinatura

Orientador
Estudante



Carla Sofia M. Palmeira Rodrigues



AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Mostrou ponderação e pertinência na realização de ensinamentos, quer para a promoção de saúde, quer relacionados com a DP.

Propôs-se e realizou uma reunião informal relacionada com a temática dos cuidados/desinfecção do OS, em que se criou um momento de salutar discussão.

Integrou-se facilmente na Equipa da UDP, e apresentou sempre boa relação quer com o doente, quer com a família.

Avalia-se com a avaliação qualitativa de Muito bom.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 - Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data:

Elisabete Costa

Assinatura

Elisabete Costa

Orientador

Estudante

Carla Sofia M. Paulo Rodrigues

Carla Rodrigues

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Carlo Sofia M. Paloma Rodrigues Instituição: Hospital de Ourém Serviço: Hematologia
 Efectuado de 30/11/2015 a 4/12/2015 Docente: M.ª Dulce Amaris Orientador: Frederico Gomes

| Parâmetro a avaliar | Muito Insuficiente | Insuficiente | Suficiente | Bom/Muito Bom | Excelente | Avaliação Final |
|--------------------------------|--|---|--|---|--|-----------------|
| Capacidade de execução técnica | Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais; | Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes; | Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas; | Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimentos e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade; | O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função; | E |
| Desenvolvimento profissional | Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; | Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; As vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada; | Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; | Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas; | Interesse metódico e sistemático; Age com independência e comprometimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas; | E |
| Responsabilidade profissional | Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos; | Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir; | Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos; | Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade. | Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário; | E |
| Relações humanas | Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família; | Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família; | Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solidário; Mantém uma relação mínima com o utente e família; | Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados; | Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia; | E |

O Docente: [Assinatura] Orientador: [Assinatura] Data: 2015/12/14

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enf: Carla desenvolveu em Tubarão em trabalho com responsabilidade, capacidade e excelente relação humana com a doente e toda o pessoal do Staff da Unidade de Hemodiálise.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

Francisco José Almeida
Carla Sofia M. Palumbo Rodrigues


ou

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Carla Sofia M. de Sousa Ribeiro Instituição: A Santarém Serviço: Intervenção em Neurologia
 Efectuado de 4/11/2015 a 5/11/2015 Docente: Teresa Ribeiro Orientador: Teresa Ribeiro

| Parâmetro a avaliar | Muito Insuficiente | Insuficiente | Suficiente | Bom/Muito Bom | Excelente | Avaliação Final |
|--------------------------------|---|---|--|---|--|-----------------|
| Capacidade de execução técnica | Erros e défeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais; | Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes; | Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de por menor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas; | Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habitam à resolução de problemas de maior complexidade; | O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções; | Bom |
| Desenvolvimento profissional | Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação por menorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; | Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada; | Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; | Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas; | Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativa; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas; | Bom |
| Responsabilidade profissional | Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos; | Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir; | Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos; | Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade. | Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário; | Bom |
| Relações humanas | Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família; | Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família; | Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família; | Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados; | Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia; | Bom |

O Docente: Teresa Ribeiro Orientador: Teresa Ribeiro Data: 2/12/2015

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A aluna durante o período de estágio ^{prática} apesar de curto, ~~apresentou~~ demonstrou interesse e boa ~~relação~~ ^{relação} com os integrantes como com a equipe de enfermagem.

Revelou conhecimentos teórico-práticos e sempre disponível.

(Bom)

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 2/12/15

Orientador

T. G. S. R. B. C.

Assinatura

Data: 2/12/15

Estudante

Carla Rodrigues

Carla

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Carla Inês M. Palmeira Rodrigues Instituição: FLORIBELAS DA LUZE Serviço: CLÍNICA DE DENTIFICA
 Efectuado de 7/12/2015 a 11/12/2015 Docente: MS Gabriela Moraes Orientador: Carla Inês Palmeira

| Parâmetro a avaliar | Muito Insuficiente | Insuficiente | Suficiente | Bom/Muito Bom | Excelente | Avaliação Final |
|--------------------------------|---|---|--|---|--|-----------------|
| Capacidade de execução técnica | Erros e defeitos frequentes; Conhecimentos profissionais Insuficientes; Carece das bases essenciais; | Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes; | Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas; | Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade; | O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função; | Muito Bom |
| Desenvolvimento profissional | Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação permanentizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas; | Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada; | Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados; | Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas; | Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas; | Excelente |
| Responsabilidade profissional | Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos; | Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir; | Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos; | Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade. | Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário; | Excelente |
| Relações humanas | Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família; | Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família; | Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família; | Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados; | Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia; | Excelente |

O Docente: _____

Orientador: Carla Inês Palmeira

Data: 11/12/2015

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-

CIRÚRGICA

ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Sr. Enfermeira, Carla Rodrigues, durante o período de estágio realizado neste Centro de Saúde, demonstrou excelentes qualidades humanas traduzidas no relacionamento com o utente e a equipa de saúde. Destacamos de excelente conhecimento na área de tratamento de feridas e de enfermagem em dent (odont) ineficiente Rural (útil) em tratamento Hemodinâmico.

A atitude, pontual, responsável pelo trabalho que fazemos como colaboradora na prestação de cuidados de alguns procedimentos, com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem neste contexto.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:

Orientador

Carla Sofia M. Palmeira Rodrigues

Assinatura



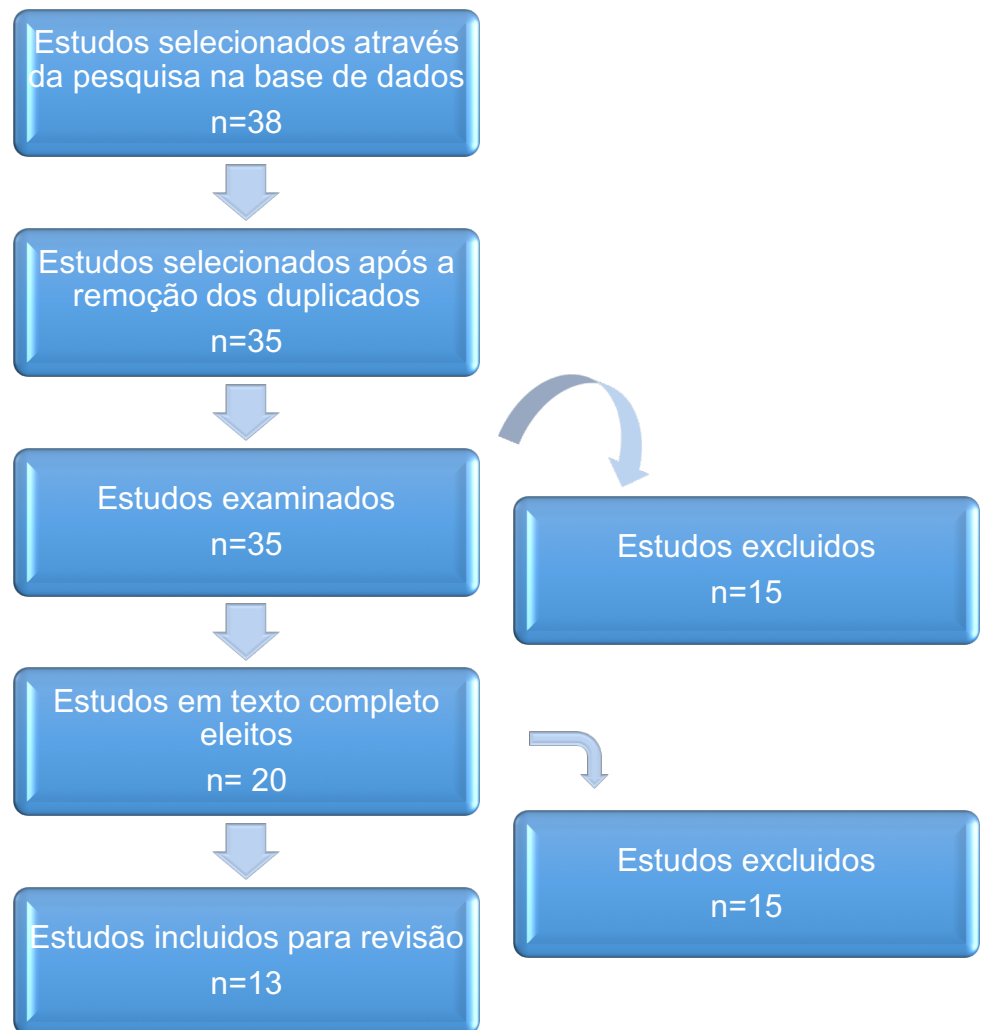
Data:

Estudante

Carla Sofia M. Palmeira Rodrigues

APÊNDICE 1
Diagrama de seleção da pesquisa

DIAGRAMA DE SELEÇÃO DA PESQUISA



Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

APÊNDICE 2

Check-list para uma avaliação de qualidade - Heather Palmer

| Check-List para uma avaliação de qualidade (Heather Palmer) | | |
|--|--|---|
| Enunciado descritivo: prevenção de complicações | | |
| Higienização das mãos na sala de HD | | |
| 1 | Dimensão estudada | Eficiência e adequação técnica e científica |
| 2 | Unidade de estudo | Utilizadores incluídos na avaliação: doentes em tratamento de HD Profissionais em avaliação: enfermeiros, médicos, técnicos de HD e auxiliares de limpeza Período de tempo: data a definir |
| 3 | Tipo de dados ¹ | Estrutura e processo |
| 4 | Fonte de dados | Processo clínico e observação |
| 5 | Tipo de avaliação | Interna: inter-pares |
| 6 | Critérios de avaliação | Critérios explícitos (vide próxima tabela) |
| 7 | Colheita de dados | Enfermeiro perito através da check list (anexo 5) |
| 8 | Relação temporal | Avaliação retrospectiva, período a definir |
| 9 | Definição da população/ seleção da amostra | Base institucional: profissionais da unidade de HD. |
| 10 | Medidas corretivas passíveis de ser usadas | Medidas educacionais Medidas estruturais |

¹ De acordo com o modelo Avedis Donabedian (1980): **estrutura** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada; **processo** - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceites. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo; **resultado** - produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. Disponível em:

http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html

Check-List para uma avaliação de qualidade (Heather Palmer)

| Critérios (elementos chave) | Esclarecimentos (aplicados ao contexto de prestação de cuidados em HD) |
|--|--|
| Todos os profissionais da unidade de HD devem higienizar as mãos nos cinco momentos: | Ausência de verniz, extensões ou outros artefactos, recomendando-se que as unhas sejam curtas e limpas (categoria I). Remoção todos os adornos (anéis, aliança e outros) (categoria II) com exposição do antebraço até ao pulso. As lesões da pele devem estar protegidas com penso impermeável e aplicar creme dermoprotetor (categoria IA). utilização de SABA em todos os momentos (categoria IA), Higienização com água e sabão sempre que as mãos estejam visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica e/ou em caso de procedimentos em doentes com infeções gastrointestinais. (categoria IB) |
| 1. Antes do contato com o doente; | Antes de entrar na unidade para a prestação de cuidados diretos ao doente Antes do contato direto com o doente Antes do contato com o Acesso Arteriovenoso Antes de ajustar ou remover as agulhas |
| 2. Antes de procedimentos assépticos; | Antes da punção do acesso ou de aceder ao CVC Antes de prestar cuidados ao local de inserção do CVC Antes de preparação de medicação injetável Antes de administração de medicação endovenosa ou perfusões |
| 3. Após risco de exposição a sangue e fluidos; | Após contato com sangue ou fluidos corporais Após contato com outros fluidos potencialmente contaminados (ex: dialisante) Após manipulação de dialisadores e linhas de sangue usadas Após prestação de cuidados a feridas e realização de pensos |
| 4. Após o contato com o doente; | Após prestação de cuidados diretos ao doente e sair do ambiente envolvente Após contato direto com o doente Após remoção das luvas |
| 5. Após contato com o ambiente envolvente do doente. | Após contato com a máquina de HD Após contato com outros objetos inanimados na unidade do doente Após sair do ambiente envolvente do doente Após remover as luvas |

APÊNDICE 3
Índice do ficheiro informático de partilha

ÍNDICE ¹

| |
|---|
| Informação no âmbito da Prevenção e Controlo da Infeção |
| Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica (2011) |
| Procedimentos institucionais: Prevenção e Controlo da Infeção |
| DGS: <ul style="list-style-type: none">• https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx• Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção• Circular Normativa nº13/DQS/DSD (2010) - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde• kit implementação de campanha da higienização das mãos - Disponível em: https://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=003801000103AAAAAAAAAAAA |
| OMS Guidelines: <ul style="list-style-type: none">• <i>Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide</i>• <i>WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care</i>• http://www.oneandonlycampaign.org |
| CDC Guidelines: http://www.cdc.gov/dialysis/guidelines/index.html |
| Formações |
| PBCI: Higienização das Mãos |
| PBCI: Equipamento de Proteção Individual |
| PBCI: Preparação e Administração de Injetáveis |
| PBCI: Ambiente Clínico |
| PBCI: Medidas de Isolamento ² |

¹ Arquivo disponível em formato informático

² Formadores convidados

APÊNDICE 4
Formação: Higienização das mãos

Unidade de Hemodiálise X

Higienização das Mãos



Formadores:
Carla Rodrigues
Enf.
Enf.

11 de Novembro de 2015

Objetivos

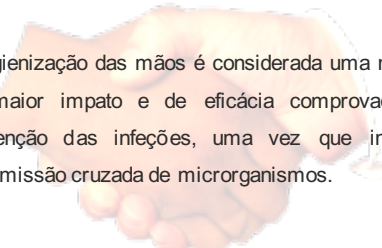
A formação prende-se com a necessidade de:

- Divulgar e atualizar as "Recomendações Nacionais para a Higiene das Mãos";
- Incentivar as boas práticas de higiene das mãos na clínica.

11 Novembro 2015 Higiene das Mãos 2


Introdução

- A higienização das mãos é considerada uma medida de maior impacto e de eficácia comprovada na prevenção das infeções, uma vez que inibe a transmissão cruzada de microrganismos.




11 Novembro 2015 Higiene das Mãos 3

Cadeia de Infeção



11 Novembro 2015 Higiene das Mãos 4

Quando? – 5 Momentos (OMS)




11 Novembro 2015 Higiene das Mãos 5

O que utilizar?

SABA
(Solução antisséptica de base alcoólica)

Água e sabão




15 Abril 2016 6

O que utilizar?

SABA
(20 a 30 segundos)

1ª Escolha para a higiene das mãos

Quando estão visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica



11 Novembro 2016 Higiene das Mãos 7


O que utilizar?

Água e sabão
(40 a 60 segundos)

Matéria orgânica


Situações consideradas "sociais"

Ao chegar e sair do local de trabalho



11 Novembro 2016 Higiene das Mãos 8

Como?



1. Deposite na palma da mão uma dose de produto suficiente para cobrir toda as superfícies a lavar

2. esfregue as palmas das mãos entre si

3. esfregue as palmas das mãos entre si

4. esfregue as palmas das mãos entre si

5. esfregue as palmas das mãos entre si

6. esfregue com um movimento de rotação o polegar esquerdo apoiando-o com a palma da mão direita, e vice-versa


7. esfregue com um movimento de rotação o polegar esquerdo apoiando-o com a palma da mão direita, e vice-versa

8. As mãos já são seguras

11 Novembro 2016 Higiene das Mãos 9

Porquê?

“A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e efetivas na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde.” (DGS)



- Áreas frequentemente esquecidas durante a lavagem das mãos
- Áreas pouco esquecidas durante a lavagem das mãos
- Áreas não esquecidas durante a lavagem das mãos

11 Novembro 2016 Higiene das Mãos 10

E os nossos procedimentos o que dizem?

RECOMENDAÇÃO ASSOCIADA

1. Utilizar água de qualidade reconhecida no âmbito da saúde pública.

2. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

3. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

4. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

5. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

6. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

7. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

8. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

9. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

10. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

11. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

12. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

13. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

14. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

15. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

16. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

17. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

18. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

19. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

20. Utilizar um sabão adequado, com um teor em álcool superior a 60%.

11 Novembro 2016 Higiene das Mãos

Conclusão

- A aplicação da técnica de higienização das mãos torna-se inadequada, na prática diária, pelo esquecimento de algumas das suas etapas (passo a passo), havendo preocupação, por parte dos profissionais de saúde, com a quantidade e não com a qualidade desse ato.
- As principais falhas na técnica ocorrem, principalmente, pela não observação das superfícies das mãos a serem friccionadas, entre outras.

11 Novembro 2016 Higiene das Mãos 12

Conclusão

- É necessário a discussão e reflexão coletiva do processo de trabalho em saúde para a promoção da higienização das mãos na equipe interdisciplinar.

Não há doentes de risco!
Há procedimentos de risco!

11 Novembro 2015 Higienização das Mãos

13

Conclusão

- O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, previsto na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente por iniciativa da OMS, está focado na prevenção das infeções relacionadas à assistência à saúde. Tem como lema "Uma assistência limpa é uma assistência mais segura" e envolve ações relacionadas à melhoria da higienização das mãos em serviços de saúde.



11 Novembro 2015 Higienização das Mãos

14

Referências Bibliográficas

- Direção Geral de Saúde – Norma nº 29/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013;
- ANVISA - Segurança do paciente em serviços de saúde higienização das mãos. Brasília. Anvisa. 2009.p.105. [consult. em 2 Nov. de 2015]. Disponível em: <http://www.dss-st.org>.
- Diaverum – Higienização das mãos - Procedimento 601.6, de 29/04/2013 versão 2;
- Aliança Mundial para a Segurança do Paciente - [consult. em 2 Nov. de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/patient_safety/en/;
- Higienização das Mãos: Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros do Hospital A go stinho Neto – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Edite Lopes da Silva, Coimbra, Setembro de 2013;
- Administração Regional de Saúde do Norte - Manual de Controlo de infeção 2013. [consult. em 3 Nov. de 2015]. Disponível em: http://portal.asnorte.mis-saude.pt/portal/agelp/ortall/ARS_Norte/Docuemento%20Manual%20Manual_Controlo_infecao.pdf

© Diaverum 2015 11 Novembro 2015 Higienização das Mãos

15



APÊNDICE 5
Formação: PBCI Equipamento de proteção individual

Unidade de Hemodiálise X
Formação de Serviço

“Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Equipamento de Proteção Individual (EPI)”

Formadores:
Enf.ª
Enf.º
Coordenadores:
Enf.ª Carla Rodrigues

19 de Novembro de 2015

Objetivos

Esta formação tem como objetivos:

- ❖ Evidenciar o que é o Equipamento de Proteção Individual (EPI) e a sua importância;
- ❖ Sensibilizar os profissionais para a utilização adequada do EPI na prestação de cuidados, diariamente.

19 Novembro 2015 EPI 2

O que é o EPI?

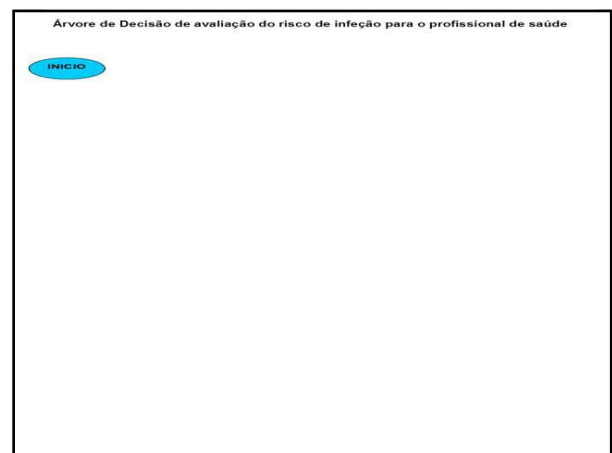
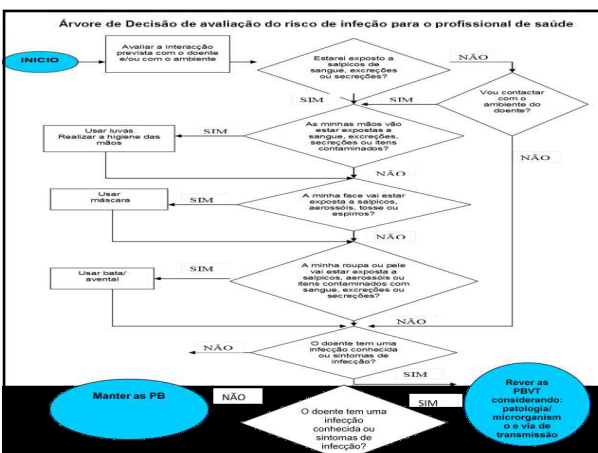
“É qualquer equipamento destinado a ser utilizado pelo trabalhador para sua protecção contra um ou mais riscos susceptíveis de ameaçar a sua segurança ou saúde no trabalho”.

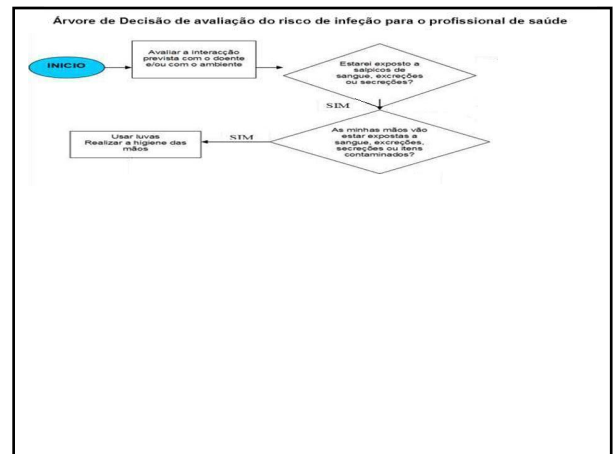
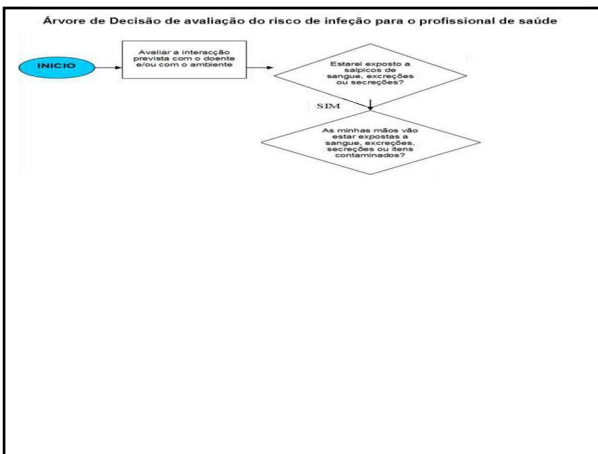
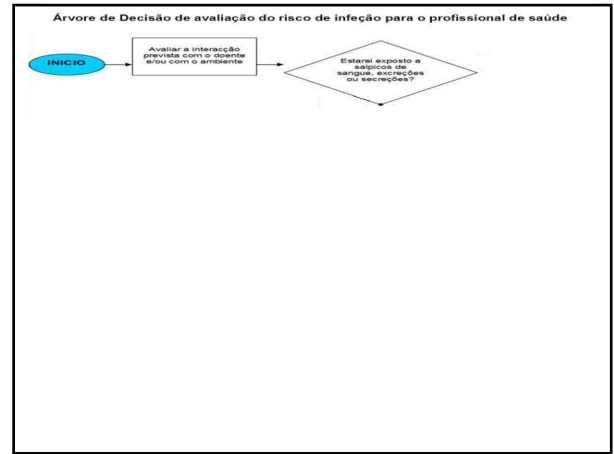
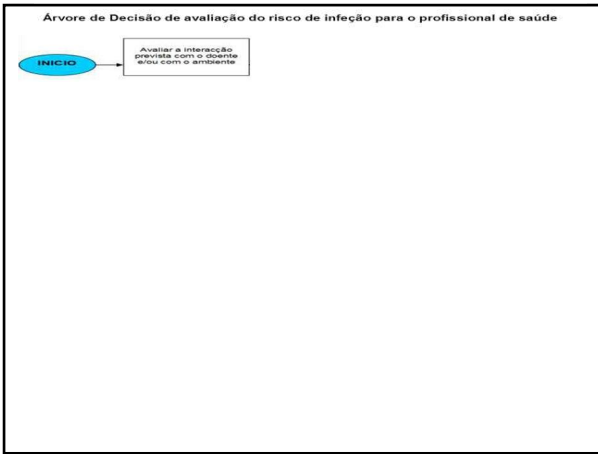
19 Novembro 2015 EPI 3

Tipos de EPI


Equipamento de Proteção Individual (EPI)

19 Novembro 2015 EPI 4





Luvas



“As luvas devem ser utilizadas em procedimentos invasivos, contacto com locais estéreis, pele não intacta e mucosas e durante todas as atividades em que haja risco de exposição a sangue, fluidos orgânicos, secreções ou excreções.”

Quando se utiliza?

19 Novembro 2015 EPI

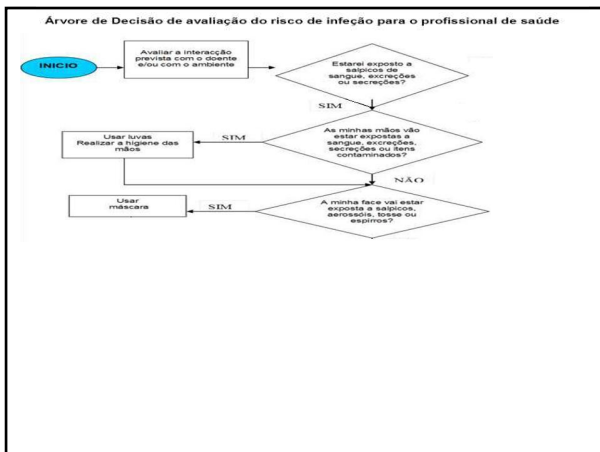
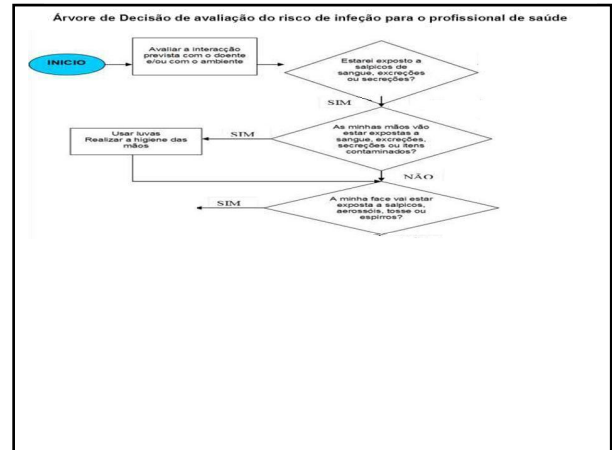
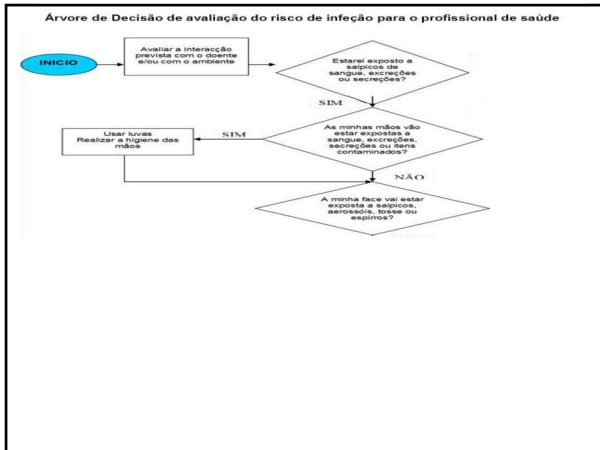
TRABALHAR COM O DOENTE

Passos para a correta higienização das mãos:




NÃO SE ESQUEÇA DA IMPORTÂNCIA DE HIGIENIZAR AS SUAS MÃOS ANTES E DEPOIS DE USAR AS LUVAS!

19 Novembro 2015 EPI



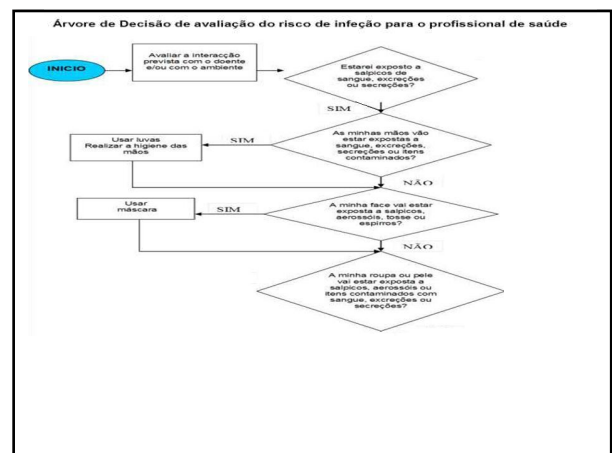
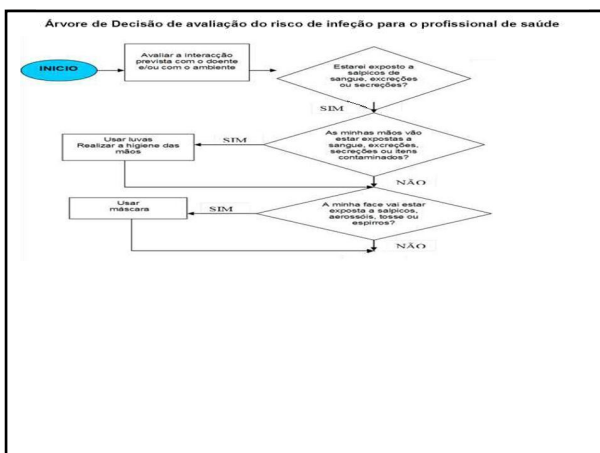
MASCARAS E OCULOS/ Viseira

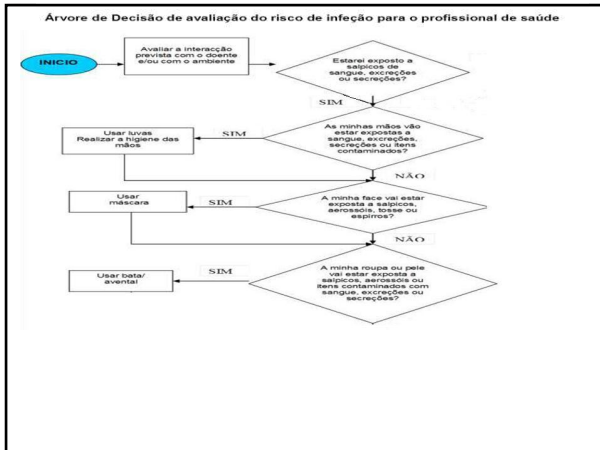
“Estão indicados em procedimentos com a capacidade potencial de produção de salpicos ou de “aerossóis”, de secreções ou excreções, sangue, outros fluidos corporais”.



Quando se utiliza?

19 Novembro 2016 EPI 16





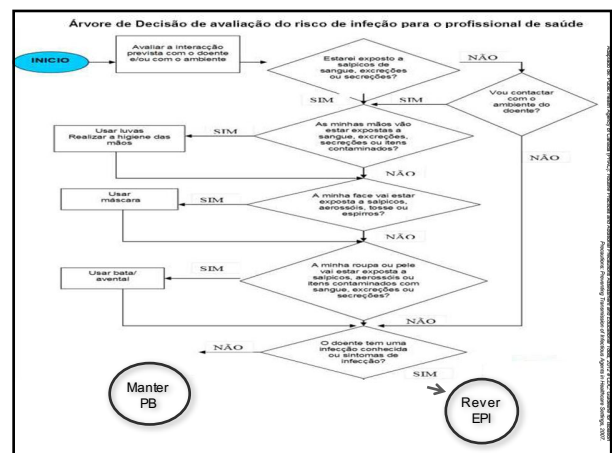
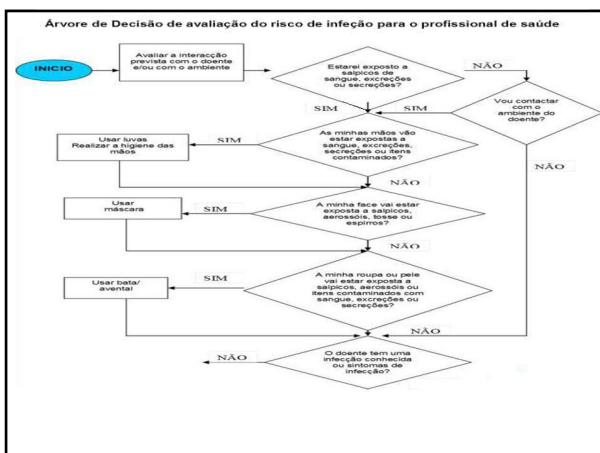
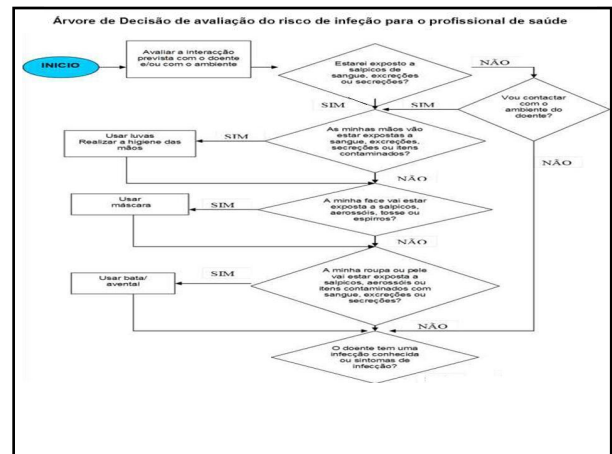
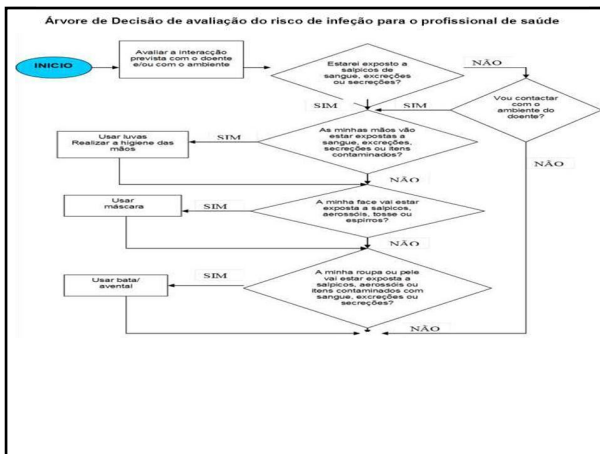
Batas Descartáveis e/ou avental



“Proteger os profissionais e doentes, minimizando a contaminação do fardamento, do vestuário ou da pele”.

Quando se utiliza?

19 Novembro 2016 EPI 20



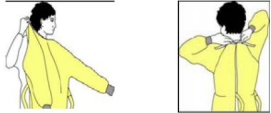
Colocação e remoção do EPI



19 Novembro 2015 EPI 25

Colocar o EPI

11. Vestir a bata correctamente.




- Selecciona a bata adequada.
- Abra pela parte posterior.
- Vista, atando os atilhos atrás.

19 Novembro 2015 EPI 26

Colocar o EPI

12. Colocar a máscara correctamente




- Coloque a máscara sobre o nariz, boca e queixo.
- Ajuste a parte superior ao nariz.
- Segure à cabeça com os atilhos.
- Ajuste-a

19 Novembro 2015 EPI 27

Colocar o EPI

13. Colocar correctamente a protecção ocular

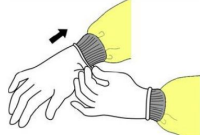


- Posicione os óculos sobre os olhos e segure-os nas orelhas ou use atilhos.
- Ajuste até que se sinta confortável.

19 Novembro 2015 EPI 28

Colocar o EPI

14. Calçar correctamente as luvas.

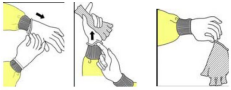


- Calçe sempre por último as luvas.
- Selecciona o tipo e tamanho adequados.
- Introduza as mãos nas luvas.
- Puxe as luvas até prender no punho da bata (em caso de uso).

19 Novembro 2015 EPI 29

Remover EPI

15. Remover correctamente as luvas



Primeira etapa:

- Pegue no bordo da luva.
- Retire-a da mão, virando-a de dentro para fora.
- Segure-a com a mão oposta.


Segunda etapa:

- Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a.
- Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas.
- Descarte as luvas para contentor apropriado.

19 Novembro 2015 EPI 30

Remover EPI

16. Remover correctamente protecção ocular.




- Retire os óculos sem luvas.
- Afaste da face.
- Coloque em local apropriado para serem limpos.

19 Novembro 2015 EPI 31

Remover EPI

17. Retirar correctamente a bata

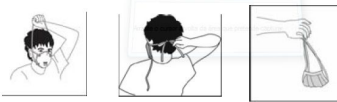


- Desaperte os atilhos.
- Puxe a bata pelos ombros.
- Vire-a do avesso.
- Enrole-a.
- Descarte

19 Novembro 2015 EPI 32

Remover EPI

18. Retirar correctamente a máscara.



- Desaperte o atilho de baixo, depois o de cima.
- Retire da face.
- Descarte.

19 Novembro 2015 EPI 33

Conclusão

“A utilização adequada do EPI para cada procedimento é um método de proteção do profissional de saúde mas também uma forma de quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada de infeção, desde que a sua colocação e remoção obedeça às regras propostas”.

19 Novembro 2015 EPI 34

medidas simples salvam vidas



Adapted with permission from
Luisa T. Mendes, Higiene Campaig

HIGIENIZE AS SUAS MÃOS E PROTEJA-SE COM O EQUIPAMENTO PRÓTEÇÃO INDIVIDUAL!

Referências Bibliográficas

- ▶ Direção Geral de Saúde – Norma nº 29/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013;
- ▶ [Redacted] de 25/09/2009 versão 2;
- ▶ Administração Regional de Saúde do Norte - Manual de Controlo de Infeção 2013. [consultado em 3 Nov. de 2015]. Disponível em: http://portal.ars.norte.mis-saude.pt/portal/pt/ars/portal/ARS_Norte/Documentos/Manuais/Manual_Ccontrolo_infecao.pdf

19 Novembro 2015 EPI 35



APÊNDICE 6
Formação: PBCI Ambiente Clínico



Unidade de Hemodiálise
X

PBCI - Ambiente Clínico

Formadores:
Técnica de HD
Enf
Auxiliar de limpeza
Coordenadores:
Carla Rodrigues
Enf


3 de Dezembro de 2015

Objetivos

- Contribuir para a divulgação da importância de um ambiente clínico seguro;
- Incentivar práticas seguras de PBCI relacionadas com o ambiente clínico, tornando-o seguro para profissionais, utentes e visitas.

3 Dezembro 2015 Ambiente Clínico 2



Introdução




- O conceito de ambiente clínico seguro, refere-se ao espaço que nos rodeia e no qual as pessoas (doentes, visitas e profissionais) não correm risco de infeção ou outros.

3 Dezembro 2015 Ambiente Clínico 3

Ambiente Seguro - O que é?

Ambiente animado: doentes, visitas, profissionais



Ambiente inanimado: instalações e equipamentos, ar, água, alimentos, resíduos, medicação, roupa, etc.

3 Dezembro 2015 Ambiente Clínico 4

Ambiente Seguro - O que é?




3 Dezembro 2015 Ambiente Clínico 5

Higienização do Ambiente




3 Dezembro 2015 Ambiente Clínico 6

Higienização do Ambiente - Limpeza

- A **limpeza** e manutenção das superfícies estruturais do ambiente são medidas fundamentais do controlo do ambiente em cuidados de saúde;

Remoção de microrganismos + Remoção da matéria orgânica = Limpeza

© Direcção-Geral de Saúde 2015 7

Higienização do Ambiente – Desinfecção

- A **desinfecção** consiste num processo de destruição ou inativação de microrganismos na forma vegetativa em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos.


© Direcção-Geral de Saúde 2015 8

Higienização do Ambiente - Desinfecção

- Quando utilizar desinfetante?
 - O derrame ou salpicos de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco, pelo que deve ser removido logo que possível, de forma segura, por profissionais treinados para o efeito e de acordo com as normas instituídas.

© Direcção-Geral de Saúde 2015 9


Descontaminação do ambiente clínico



- Os procedimentos de limpeza devem explicitar a frequência da sua execução, o método de descontaminação e quem é o responsável pelo procedimento;
- A descontaminação do equipamento reutilizável deve ser efetuada:
 - após contaminação com sangue e fluidos orgânicos;
 - após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos
 - antes de inspeção, manutenção e reparação.

© Direcção-Geral de Saúde 2015 10

Descontaminação do ambiente clínico



O ambiente de prestação de cuidados deve:

- Estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza;
- Encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação;
- Ser limpo regularmente de acordo com as especificações.

© Direcção-Geral de Saúde 2015 11

Descontaminação do ambiente clínico

Na preparação de soluções desinfetantes para mais de 24 horas, não esquecer sempre adicionar produtos químicos. Não se esquecer de lavar bem as mãos após ter executado qualquer procedimento.

| Aplicação | Concentração | Produto | Preparação | Concentração | Tempo de contacto |
|--|--------------|------------|---|--------------|-------------------|
| Relevarias | | Álcool 70° | | | |
| Relevarias e equipamentos de sala de diálise não laváveis | | BRANCO | 4 pastilhas de alvejante 10 g + 1 litro de água | | 3750 ppm |
| Derrames de sangue e fluidos orgânicos de sala de diálise não laváveis | | | 7 pastilhas de alvejante 10 g + 1 litro de água | | 10.000 ppm |
| Para salpicos de sangue (superfícies laváveis) | | | 10 ml (1 pastilha) de produto 1000 ml + 1 litro de água | | 1000 ppm |
| Parafusos | | | 2 pastilhas de alvejante 10 g + 1 litro de água | | 400 ppm |
| Parafusos e outros metais | | | 10 ml (1 pastilha) de produto 1000 ml + 1 litro de água | | 1000 ppm |
| Parafusos e outros metais | | | 10 ml (1 pastilha) de produto 1000 ml + 1 litro de água | | 1000 ppm |
| Parafusos e outros metais | | | 10 ml (1 pastilha) de produto 1000 ml + 1 litro de água | | 1000 ppm |

© Direcção-Geral de Saúde 2015 12

Conclusão

- A transmissão cruzada de infeção induzida pelas pessoas e as suas práticas, assume um papel preponderante no contexto do aparecimento destas infeções.



3 Dezembro 2015 Arquivo Grátis

19

Referências Bibliográficas

- http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/i008550.pdf
- http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/i008545.pdf
- <http://www.arscentro.minsaud.pt/pinhalinteriomorte1/institucional/Documents/Manual%20de%20Procedimentos%20de%20Higieniza%C3%A7%C3%A3o%20e%20Limpeza%20em%20Controlo%20da%20Infec%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- <file:///C:/Users/martis/Downloads/i019467.pdf>

3 Dezembro 2015 Arquivo Grátis

20

APÊNDICE 7

Formação: PBCI Preparação e administração de injetáveis



Unidade de Hemodiálise X
Formação em Serviço


Precauções Básicas de Controlo de Infecção:

Preparação e Administração de Injetáveis

Formadores:
Carla Rodrigues
Enf.
Enf.


4 de fevereiro 2016

Objetivos




- Refletir sobre os procedimentos relacionados com a Preparação e Administração de Injetáveis;
- Divulgar as "guidelines" da Preparação e Administração de Injetáveis;
- Abordar as PBCI relacionadas com a Preparação e Administração de Injetáveis

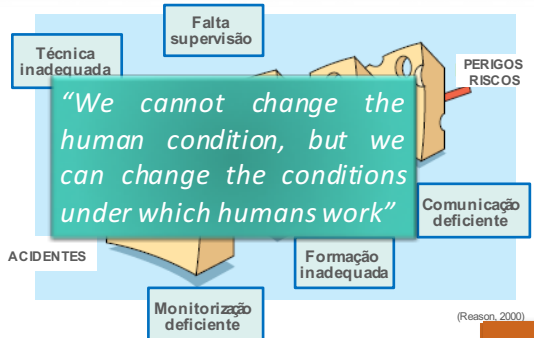
Sumário



- O erro;
- A aprendizagem organizacional;
- "Guidelines" para a preparação e administração de injetáveis relacionadas com as PBCI;
- Procedimentos Diaverum/ UEC;
- Partilha (reflexões).



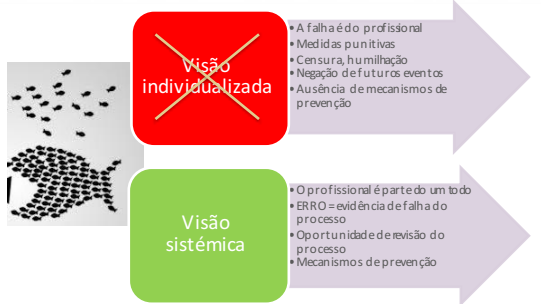
Cadeia do erro



"We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work"

(Reason, 2000)

Abordagem ao erro



Visão individualizada

- A falha é do profissional
- Medidas punitivas
- Censura, humilhação
- Negação de futuros eventos
- Ausência de mecanismos de prevenção

Visão sistémica

- O profissional é parte de um todo
- ERRO = evidência de falha do processo
- Oportunidade de revisão do processo
- Mecanismos de prevenção

(Carvalho, 2002)

Estratégias básicas para a aprendizagem organizacional(1):

| | |
|---|---|
| Resolução sistemática de problemas | <ul style="list-style-type: none"> Modo científico Visão holística dos processos. Dados objetivos |
| Cultura de experimentação | <ul style="list-style-type: none"> Procura sistemática por novo conhecimento Desaprender velhos métodos Cultura "constitutiva" de gestão do erro |
| Aprendendo com a experiência passada. | <ul style="list-style-type: none"> Encerramento de processos e realização de balanços Divulgação de dados sobre o desempenho |
| Aprendendo com outros Transferir conhecimentos | <ul style="list-style-type: none"> Pessoas de fora Entender as expectativas dos destinatários Transferência rápida e eficiente |

(Garvin, 1993)

Obstáculos para a aprendizagem organizacional

- "eu sou o cargo"** "isso não é função minha"
- "o inimigo está lá fora"** "não fui eu"; "eles"
- "a ilusão de assumir o controlo"** "mas isto sempre foi assim"
- "fixação em eventos"** Não se deve agir apenas sobre os sintomas dos problemas, mas também nas suas causas.

(Bastos, 2004)

Obstáculos para a aprendizagem organizacional

- A parábola do "sapo escaldado"** Grandes ameaças vêm de mudanças graduais. Pouca capacidade de perceber e de reagir às mudanças no ambiente.
- "a ilusão de aprender por experiência"** Há situações que não deveriam ocorrer nem uma vez. Tentativa e erro não deve ser o único modo de aprender
- "o mito da equipa administrativa"** A experiência é importante, mas não pode atrapalhar / impedir novas soluções ou abordagens para os problemas

A inação e a irreflexão
A visão não partilhada

(Bastos, 2004)



Precauções Básicas de Controlo de Infecção

Guidelines sobre a Preparação e Administração de Injetáveis



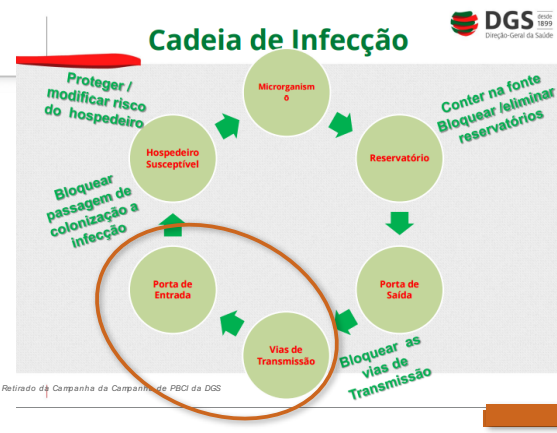
Precauções Básicas para o Controlo de Infecção (PBCI)

"Não há doentes de risco... Há procedimentos de risco!"

"O sangue e outros fluidos, mucosas e pele não intacta de qualquer doente são potencialmente infecciosos."

Retirado da Campanha de PBCI da DGS

Cadeia de Infecção



A Resposta

Normas



Procedimentos
institucionais



Recomendações



Campanhas



**1 ONE NEEDLE,
ONE SYRINGE,
ONLY ONE TIME.**

Safe Injection Practices Coalition
www.ONEandONLYcampaign.org

Recomendações



Utilizar uma técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção que está esterilizado



Depois de uma seringa ou agulha ter sido usada para administrar medicação ou conectada a um sistema IV de um doente ela está contaminada e não deve ser utilizada noutro doente ou introduzida num frasco de diluição

Recomendações



Descartar de forma adequada, sistemas de soro, balões de soro, entre outros, após a sua utilização num único doente.



Utilize frascos de unidose para medicamentos EV, sempre que possível.

Recomendações



Não administrar medicamentos a partir de frascos de unidose ou ampolas para vários doentes e não combinar conteúdos que sobrem para uso posterior.



Se forem utilizados frascos multidoso tanto a agulha ou a cânula da seringa que são utilizadas para aceder a este frasco têm de ser estéreis.

Recomendações



Não manter frascos de multidoso na área imediata de tratamento do doente e armazenar de acordo com as recomendações do fabricante; descartar se a esterilidade está comprometida ou é questionável.



Não utilize bolsas de solução EV como uma fonte comum de fornecimento para vários doentes.

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

NORMA
da Direção-Geral da Saúde

Francisco Henrique Moura George

NÚMERO: 029/2012
DATA: 29/12/2012
ATUALIZAÇÃO: 31/10/2013

ASSUNTO: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)
PALAVRAS-CHAVE: Infecção
PARA: Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Na preparação e administração de injetáveis deve-se:

1. usar técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril. *Categoria IA*^{56, 57}
2. não administrar medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas. *Categoria IA*^{40, 58-60}
3. usar sempre que possível embalagens de dose única para medicamentos injetáveis. *Categoria IA*⁶⁰
4. se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, devem estar estéreis. *Categoria IA*^{56, 60}

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

NORMA
da Direção-Geral da Saúde

Anexo 1 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - processo.
Este instrumento de auditoria poderá ser adaptado ou reproduzido pelas instituições de saúde, encontrando-se disponível em formato pdf em www.dgs.pt

DATA: ____/____/____ Serviço: _____

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (processo)

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis | <p>Défice de conhecimento dos profissionais relativo às Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis</p> <p>Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos procedimentos de Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis</p> <p>São utilizados medicamentos injetáveis de uso múltiplo</p> <p>São utilizados medicamentos a múltiplos doentes, com a mesma seringa</p> <p>Na administração de medicamentos de dose múltipla, os profissionais não aplicam as boas práticas de manutenção da esterilidade de todo o sistema de administração (inclui agulha/cânula, seringa, sistemas e prolongamentos)</p> | | | |
|---|---|--|--|--|

Procedimentos institucionais


Procedimentos

3. Rotular as soluções preparadas com medicamentos com:
 - Nome do doente;
6. Rotular os frascos múltiplo (multi-dose) com:
 - Data da 1ª utilização;
 - Rubrica do 1º utilizador;
 - Data da validade após abertura;
 - Conservar ou armazenar os frascos com o medicamento restante segundo as indicações do laboratório farmacêutico ou mediante orientações de literatura científica sempre que disponível.

Procedimentos

A administração de medicamentos previamente preparados deve ser realizada no máximo nas 4 horas seguintes à sua preparação, por motivos de controlo de infeções.

- administração certa;
- A hora certa;
- Confirmada a ausência de alergias ao medicamento a ser administrado.



Partilha
(reflexões)

Partilha




▶ O nosso trabalho é em equipa

Delegar



▶ Delegar/Mandar

Confiança



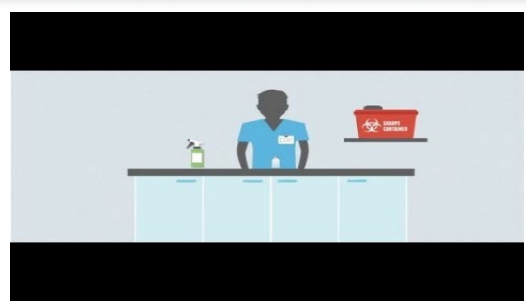
▶ Eu sei - Defino o que fazer - Sou livre - Sou responsável - Executo bem

Protocolos Alterados – Porquê?



▶ Ambiente Seguro

<https://www.youtube.com/watch?v=ui boFZZVcLI>



Conclusão

- ▶ A formação não visa mais transformar os indivíduos para os adaptar ao trabalho mas a transformação do próprio contexto de trabalho (Correia,1997).
- ▶ ...os indivíduos expandem continuamente a sua aptidão para criar os resultados que desejam, onde se criam novos e expansivos padrões de pensamento, onde a aspiração colectiva fica em liberdade, e onde os indivíduos aprendem continuamente a aprender em conjunto... (Senge, 1992)

"A segurança só para alguns, é de facto, a insegurança para todos" (Nelson Mandela)



"Os perigos crescem se os desprezamos"



▶ Edmund Burke (1729-1797) Escrito e político irlandês

Bibliografia

- ▶ Bastos et al (2004) Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa, *Revista de Administração*, v. 39, n. 3, 220 – 230;
- ▶ Bolívar, A. (1997). A Escola como Organização que aprende. In: Canário, R.(Org.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 79-100;
- ▶ Carvalho, M. et al (2002) Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, v. 78, n.4;
- ▶ Correia, J. A. (1997) Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de pensar na sua articulação In: Canário, R. (Org.) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, pp.13-41.
- ▶ [Redacted]
- ▶ [Redacted]
- ▶ Direcção Geral de Saúde – Norma nº 29/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013
- ▶ Garvin, D. (1993) *Building a Learning Organization*. Disponível em: <https://hbr.org/1993/07/building-a-learning-organization>
- ▶ Ordem dos médicos (2011) Manual de boas práticas de diálise crónica
- ▶ Reason, J. (2000) Human error: models and management. *British Medical Journal*, v. 320, 768-770;
- ▶ Direcção Geral da Saúde (2015). Campanha de Precauções Básicas para o Controlo de Infecção. Disponível em: http://www.dgs.pt/upload/membro/id/ficheiros/020_131.p.pdf
- ▶ CDC(2001). One & Only Campaign. Disponível em: <http://www.oneandonlycampaign.org/>



4 de Fevereiro de 2016

APÊNDICE 8
Guia das oportunidades para a higienização das mãos em HD

GUIA DAS OPORTUNIDADES PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM HEMODIÁLISE

| 5 Momentos de Higienização das Mãos | Exemplos |
|--|---|
| Antes do contato com o doente | Antes de entrar na unidade para a prestação de cuidados diretos ao doente Antes do contato direto com o doente Antes do contato com o Acesso Artério-venoso Antes de ajustar ou remover as agulhas |
| Antes de procedimentos assépticos | Antes da punção do acesso ou de aceder ao CVC Antes de prestar cuidados ao local de inserção do CVC Antes de preparação de medicação injetável Antes de administração de medicação endovenosa ou perfusões |
| Após risco de exposição a sangue e fluidos | Após contato com sangue ou fluidos corporais Após contato com outros fluidos potencialmente contaminados (ex: dialisante) Após manipulação de dialisadores e linhas de sangue usadas Após prestação de cuidados a feridas e realização de pensos |
| Após contato com o doente | Após prestação de cuidados diretos ao doente e sair do ambiente envolvente Após contato direto com o doente Após remoção das luvas |
| Após contato com o ambiente envolvente do doente | Após contato com a máquina de HD Após contato com outros objetos inanimados na unidade do doente Após sair do ambiente envolvente do doente Após remover as luvas |

Adaptado de: CDC – Audit Tool: Hemodialysis hand hygiene observations

Disponível em: <http://www.cdc.gov/dialysis/PDFs/collaborative/Hemodialysis-Hand-Hygiene-Observations.pdf>

DGS – Manual para os Observadores

Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=003801000103AAAAAAAAAAAA>

Elaborado por: Enf^a Carla Rodrigues

APÊNDICE 9
Cronograma de estágio

APÊNDICE 10

Reunião científica na UDP: Cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter Peritoneal

Abordagem comparativa

Outubro 2015 Carla Rodrigues

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

Objetivo

Contribuir para o conhecimento e enriquecimento das práticas de Enfermagem no cuidado à pessoa com IRCT em programa de DP.

- Objetivos específicos
 - Promover a partilha de experiências e conhecimentos acerca dos cuidados ao OS;
 - Refletir sobre as práticas relacionadas com os cuidados ao OS;
 - Promover a procura contínua de novas evidências.

Outubro 2015 Carla Rodrigues

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

- Sumário
 - Noções sobre a pele – cicatrização
 - Orifício de saída do cateter peritoneal
 - Guidelines para o acesso peritoneal
 - Cuidados ao OS
 - Partilha de experiências – DP vs HD
 - Artigos
 - Considerações finais

Outubro 2015 Carla Rodrigues

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

Noções sobre a pele – cicatrização

- A pele cobre toda a superfície do corpo, sendo o seu maior órgão;
- A rutura da pele gera uma lesão cutânea – ferida;
- Cicatrização - processo fisiológico através do qual o organismo restaura e restabelece as funções dos tecidos lesionados.
- As feridas têm várias designações de acordo com a sua avaliação e caracterização.
- O estado nutricional é um fator importante na prevenção, tratamento e cicatrização de feridas. (Afonso, C. et al, 2004)

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

Orifício de saída do cateter peritoneal

(Carvalho, C., Costa, E., Pereira, S., 2012)

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Cuidados ao Orifício de Saída do Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

- Infeção do OS
 - Peritonite é a principal complicação da DP.
 - O cateter, o paciente e o programa de manutenção são os três principais fatores de risco (Figueiredo, 2014)
 - Os patógenos mais graves e comuns na infeção do sítio de saída são Staphylococcus aureus e Pseudomonas aeruginosa (frequentes em peritonites)

(Peritoneal dialysis-infections recommendations, 2010)

Cuidados ao Centro de Sarda do
Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

Guidelines para o acesso peritoneal

- Existência de uma equipa experiente dedicada aos cuidados ao cateter peritoneal (implantação e manutenção)
 - Pós-implantação:
 - manuseio asséptico;
 - penso não oclusivo (de forma a manter o cateter imobilizado);
 - Primeiro penso refeito entre 5-10 dias/SOS pela enfermeira;
 - Realizado uma vez por semana até 2 semanas;
 - Após cicatrização, é refeito diariamente.

Nephrology Dialysis Transplantation, 2005
Peritoneal Dialysis International, 2010

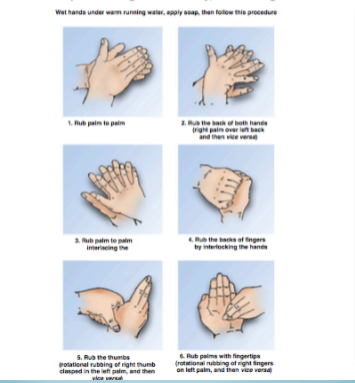
Cuidados ao Centro de Sarda do
Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

Cuidados ao OS

| Cateter DP | CVC LD HD |
|---|---|
| Silastic | Silastic |
| Intra abdominal | Intra vascular |
| Penso diário- doente | Penso dias alternados ou semanal - enfermeira |
| Limpeza SF/iodopovidona/antibiótico | Desinfecção com antiséptico alcólico |
| Vigilância e monitorização pelo doente/enfermeiro | Vigilância e monitorização pelo enfermeiro |
| Banho de chuveiro | Banho parcial |
| Antibiótico local e sistémico | Antibiótico sistémico |
| Início de utilização apos duas semanas | Utilização imediata |

Six steps to washing hands correctly, and reducing infection

Wet hands under warm running water, apply soap, then follow this procedure



Aseptic Non Touch Technique (ANTT) Policy (2015)

ANTT peripheral & central access intravenous therapy (Preparation & administration)



Aseptic Non Touch Technique (ANTT) Policy (2015)

Cuidados ao Centro de Sarda do
Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

- Realização do penso
 - Iodopovidona
 - Água oxigenada
 - Soro fisiológico
 - Antibiótico
 - Antissépticos
 - Água e sabão



Cuidados ao Centro de Sarda do
Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

- Pesquisa bibliográfica diz que...
 - Soro fisiológico+iodopovidona vs polihexanido (Figueiredo, 2014; Moral, et al, 2014)
 - Água + sabão antibacteriano vs anti-séptico (não citotóxico) (Piraino, 2011; Tomlins, 2008)
 - Clorexidina vs iodopovidona (Crawford, 2014)
 - Mupirocina vs gentamicina (Nephrology Dialysis Transplant, 2005)

Cuidados ao Utente de Saldado

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

- O uso de antibióticos profilaticamente reduz efetivamente a incidência de infeção do OS.
- Tratamentos prolongados ou repetidos de antibióticos podem aumentar o risco de peritonite fúngica.
- O uso contínuo de antibióticos pode criar resistência.

(Piraino, 2011; Lee, 2012; Moral, et al, 2014)

Outubro 2015 Carla Rodrigues

Cuidados ao Utente de Saldado

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

Considerações finais

- Polihexanido tem vindo a provar ser um antisséptico eficaz, não ototóxico;
- A antibiótoterapia profilática reduz o risco de infeção mas pode criar microorganismos resistentes;
- Um importante indicador de qualidade da prática de enfermagem é a incidência de infeção;
- O enfermeiro exerce um papel indispensável na assistência humanizada e de forma sistemática ao paciente em tratamento dialítico, com vista a minimizar os riscos existentes em parceria com os demais profissionais da equipa multiprofissional (Araújo, 2015)

Outubro 2015 Carla Rodrigues

Cuidados ao Utente de Saldado

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

BIBLIOGRAFIA

Afonso, C. et al (2014) Prevenção e Tratamento de Feridas – Da Evidência à Prática, HARTMANN Portugal ISBN 978-989-20-5133-8

Araújo, F. et al. (2015) Rev Enferm UFPEL. 2015 Jan-Mar;4(1):111-6

Aseptic Non Touch Technique (ANTT) Policy (2015)

Disponível em:
<http://www.rcht.nhs.uk/DocumentLibrary/Research/Research/Coronavirus/InfectionPreventionandControl/AsandPolicies/anttouchtechnique.pdf>

Carvalho, C., Costa, E., Pereira, S. (2012) Manual Prático de Diálise Peritoneal

Crawford, S., & Chu, G. (2014). Can 2% chlorhexidine aqueous solution provide better infection control in PD exit site care when compared with 10% povidone-iodine: a single unit experience. *Renal Society of Australasia Journal*, 10(3), 116-119.

Figueiredo, A. E. (2014). The challenges in preventing infection in peritoneal dialysis: a nurse's viewpoint. *Renal Society of Australasia Journal*, 10(3), 120-125.

Outubro 2015 Carla Rodrigues

Cuidados ao Utente de Saldado

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cateter Peritoneal
Abordagem comparativa

Hain, D.J., & Chan, J. (2013). Best available evidence for peritoneal dialysis catheter exit-site care. *Nephrology Nursing Journal* 40(1), 63-69.

Lee, A., & Park, Y. (2012). Reducing peritoneal dialysis catheter exit site infections by implementing a standardized postoperative dressing protocol. *Renal Society of Australasia Journal*, 8(1), 19-23.

Nephrology Dialysis Transplant (2005) 20 [Suppl 9]: ix8-ix12

Disponível em: <http://ndt.oxfordjournals.org/>

Peritoneal dialysis-infections recommendations: 2010 update.

Li PK, Szeto CC, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo AE, Gupta A, Johnson DW, Kijpser EJ, Lye WC, Salzer W, Schaefer F, Struijk DG. *Perit Dial Int*. 2010 Jul-Aug;30(4):393-423

Piraino, B., (2011) *Peritoneal Dialysis International*, Vol. 31, pp. 614-630

Disponível em: <http://www.pdic.onnet.com/>

Outubro 2015 Carla Rodrigues

