



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mãos que Cuidam

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Inês Sofia Noite Grilo

LISBOA, Dezembro, 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mãos que Cuidam

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Por Inês Sofia Noite Grilo

Sob orientação tutorial da Prof.^a Ana Resende

LISBOA, Dezembro, 2011

RESUMO

A prevenção e controlo de infecção é um tema que gera alguma polémica pois, ainda nos dias de hoje, este problema ocorre em todo mundo afectando desde os países mais desenvolvidos aos mais carenciados de recursos.

Para os enfermeiros, este assunto assume uma importância extrema, uma vez que o profissional de enfermagem se encontra ligado directa e indirectamente aos cuidados do utente e tudo o que o envolve. No entanto, prevenir e controlar a infecção associada aos cuidados de saúde, não passa apenas pelo profissional de enfermagem, é uma responsabilidade de todos! Desde o profissional de saúde ao utente que se encontre numa instituição de saúde.

Segundo a Direcção Geral da Saúde, após a aplicação do Inquérito Nacional de Prevalencia, em Março de 2009, para determinar a prevalência de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e de infecções adquiridas na comunidade (IC), revela que a taxa bruta de prevalência de infecção nosocomial foi de 9,8%, sendo esta taxa semelhante às taxas apresentadas em estudos recentes realizados em países europeus, sendo no entanto das mais elevadas e acordo com o Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saude (PNCI), este evidencia que uma das estratégias para reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) passa por *“incentivar e promover o ambiente seguro na unidade de saúde e as boas praticas de higienização”*

No módulo I deste Relatório, fez-se o diagnóstico da situação em seis unidades do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeiras/ Carnaxide, com o apoio e colaboração da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do ACES Oeiras/ Carnaxide, onde foi identificada a situação problemática. Destacam-se como principais conclusões deste estudo que, cerca de 50% dos enfermeiros lavam as mãos antes de contactar com o doente, 90% dos profissionais de enfermagem não higienizam as mãos antes de manipular material esterelizado, assim como na maioria dos casos (76,6%) não é cumprido o tempo de lavagem das mãos preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Com os resultados obtidos a partir da aplicação deste instrumento de

recolha de dados, foi possível constatar que existiam lacunas relativamente ao cumprimento de boas práticas no que toca à prevenção e controlo da infecção.

No segundo módulo, face às necessidades sentidas por parte da CCI, fez-se a elaboração de um projecto de intervenção, denominado “Mãos que Cuidam”.

No terceiro e último módulo de estágio, foi implementado o projecto de intervenção, sustentado na prevenção primária e com o intuito de minimizar e controlar as IACS

Este projecto contribuiu significativamente para a Comissão de Controlo de Infecção/ ACES Oeiras/ Carnaxide para a detecção e intervenção no problema identificado.

Palavras-chave – Projecto; Higienização; Boas Práticas; Controlo de Infecção; Intervenção de Enfermagem.

ABSTRACT

The prevention and control of infection is a theme that generates some polemic because, even today this problems occurs throughout the world affecting since the more developed countries to the most needy of resources.

To nurses, this matter is extremely important, since the nursing professional is linked directly and indirectly to the patient and everything around it. However, prevent and control the infection associated to the health care is the responsibility of everyone! From the health professional to the patient.

According to the Directorate General of Health Services after the application of "National Survey on Prevalence" in March 2009, to determine the prevalence of infections associated to the health care (IACS) and acquired infections in the community (IC), shows that the gross rate of prevalence of nosocomial infection was 9, 8%, being this rate similar to the ones submitted in recent studies carried in European countries, being however of the highest and according to the "National Plan for Prevention and Control of Infections Associated with Health Care" (PNCI)", this shows that one of the strategies to reduce infections associated to health care (IACS) is to "*promote and encourage the safe environment in the Health center and the good hygienisation practices*".

In the 1st module of this report, i did the diagnosis of the situation in six "ACES Oeiras" health unit centers, with the support and collaboration of "CCI of ACES Oeiras", where it was identified the problematic situation. Stands out as the main conclusion of this study that about 50% of the nurses wash their hands before contact with the patient, 90% of the nursing professionals don't clean their hands before handling sterilized materials, as well as in most cases (76,6%) the recommended time to wash the hands is not complied.

In the second module of this stage, address the needs felt by the CCI, was developed an outreach project called "Hands that Care"

In the third and last module, an intervention project was implemented, sustained in primary prevention in order to control and minimize infections associated to the health care

This project has contributed significantly to the “Infection Control Committee / ACES Oeiras/ Carnaxide” for the detection and intervention on the identified problem.

Key words: Project; hygienisation; good practices; infection control; nursery intervention

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa o final de uma etapa, a realização de um objectivo de carácter profissional, que só foi possível com a contribuição e apoio de diferentes pessoas a vários níveis. Considero, então, importante agradecer:

À Sr.^a Enfermeira Isabel Correia, cujo apoio e orientação neste estudo foram fundamentais para a concretização do mesmo.

À Sr.^a Professora Ana Resende pela sua orientação tutorial e reforço positivo que foram fundamentais para a finalização desta etapa.

Aos meus pais, que considero os meus verdadeiros amigos, pelo apoio incondicional desde sempre, pela força diária, pela educação, pelo amor, por tudo... Ao meu pai e grande amigo e à minha mãe, que é um exemplo a seguir!

Ao Gabriel, pela paciência infinita...

À Paula, pela amizade sincera e energia positiva que nos une!

Ao Tito e ao Bruno, que sem eles, esta etapa seria mais espinhosa...

Aos amigos e familiares, que me “deram a mão” em todos os momentos menos fáceis ao longo desta caminhada.

A duas “estrelinhas” que fazem parte da minha devoção pois sinto que sempre me acompanharam...

A todos muito obrigada!

“ Os seres humanos sempre precisaram de cuidados, quer para manter a vida, quer para lutar contra o mal que os ameaça constantemente.”

(VIEIRA, 2009)

AREVIATURAS E SIGLAS

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- CCI** – Comissão de Controlo de Infecção
- CSO** – Centro de Saúde de Oeiras
- DGS** – Direcção Geral de Saúde
- ECLCC** - Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados
- GCR** – Grupos Coordenadores Regionais
- IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- IC** – Infecções adquiridas na Comunidade
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PNCI** – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção
- POPCI** – Programa Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção
- PPT** – Power Point
- UCS** – Unidade de Cuidados de Saúde
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- USF** – Unidade de Saúde familiar
- UCCI** – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
- USP** – Unidade de Saúde Pública
- RG** – Regulamento Geral
- USPD** – Unidade de Saúde de Paço D’Arcos
- WHO** – World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação das áreas das Unidades de Saúde de acordo com o risco de infecção

Quadro 2: Prioridade e frequência mínima de limpeza de acordo com o risco de infecção

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Instrumento para verificação da higienização das instalações

Tabela 2: Instrumento para verificação da higienização das instalações

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da CCI

Figura 2: Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infecção

Figura 3: Organograma ACES Oeiras

Figura 4: “Os 5 Momentos Para a Higienização das Mãos”

INDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	11
CAPITULO I – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	15
1. Objectivos Gerais do estágio.....	15
1.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados.....	19
2. Objectivos Específicos projectados para o primeiro módulo de estágio.....	20
2.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados.....	21
3. Situação/área problemática identificada.....	27
4. Enquadramento do projecto “Mãos que Cuidam” na CCI do ACES Oeiras....	29
5. Decreto-lei que regulamenta os ACES.....	32
6. Breve abordagem sobre Controlo de Infecção e sua importância.....	34
CAPITULO II – PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	37
1. Fundamentação do projecto de “Mãos que Cuidam”.....	37
2. Objectivos Específicos projectados para o segundo módulo de estágio.....	38
2.1- Actividades desenvolvidas e recursos utilizados.....	39
3. Projecto de Intervenção.....	47
CAPITULO III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	50
1. Objectivos Específicos projectados para o terceiro módulo de estágio.....	50
1.1- Actividades desenvolvidas e recursos utilizados.....	50
2. Dificuldades sentidas na fase de implementação do projecto.....	54
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

ANEXOS	61
Anexo 1: Dados obtidos após a aplicação da Grelha de Observação.....	62
Anexo 2: Instrumento de Colheita de Dados (Grelha de Observação).....	90
Anexo 3: Instrumento para verificação da higienização das instalações do ACES Oeiras.....	94
Anexo 4: Cronograma de Actividades para os Módulos I, II, III.....	99
Anexo 5: Consentimento informado para aplicação do Instrmento de Colheita de Dados.....	103
Anexo 6: Apresentação em PPT, á equipa da CCI, dos resultados obtidos nas seis Unidades de Saúde.....	105
Anexo 7: Poster “ 5 Momentos para a Higienização das Mãos”.....	125
Anexo 8: “ Já Lavou as Suas Mãos Hoje?”.....	129
Anexo 9: Técnica de Lavagem das Mãos.....	140
Anexo 10: Logotipos de identificação das diferentes áreas das Unidades de Saúde.....	142
Anexo 11: Sessão de Formação “ Boas Práticas de Higienização”.....	145
Anexo 12: Folhetos Informativos sobre Boas Práticas e Higienização.....	169
Anexo 13: Plano da Sessão de Formação “ Boas Práticas de Limpeza”.....	171
Anexo 14: Certificado de Presença da Sessão de Formação “ Boas Práticas de Limpeza”.....	174

0- INTRODUÇÃO

Este Relatório surge no âmbito da última unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com o curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Comunitária, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. De acordo com o seu plano de estudos, este Relatório decorre da Unidade Curricular Estágio, que foi desenvolvido em três módulos distintos.

O primeiro módulo para a realização de um diagnóstico de saúde no âmbito da Comissão de Controlo de Infecção na Unidade de Saúde de Paço D’Arcos, seguidamente um segundo módulo para a elaboração de um projecto de intervenção, que se denominou Projecto “Mãos que Cuidam”. O terceiro módulo de estágio consistia na implementação do Projecto na comunidade, que foi realizado no mesmo contexto dos módulos anteriores.

Este estágio foi realizado na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeiras/ Carnaxide, localizada na Unidade de Saúde Pública (USP), como referi anteriormente, que fica inserida na Unidade de Paço de Arcos, pertencente ao ACES de Oeiras e Carnaxide, nos periodos de 19 de Abril a 19 de Junho (módulo I), de 27 Setembro a 17 de Dezembro de 2010 (módulo II) e de 3 de Janeiro a 28 de Janeiro do presente ano (módulo III).

Justifica-se a pertinência deste projecto de estágio, por ir de encontro com os objectivos e as necessidades da equipa de profissionais da Comissão de Controlo de Infecção, fisicamente localizado na USP, pelo facto de se percepcionar, que poderiam existir lacunas relativamente ao controlo de infecção nas unidades de saúde do ACES Oeiras.

Alem disto, pode ver-se ainda a importância deste projecto a nivel nacional que pode ser comprovada na circular normativa da DGS (Direcção Geral da Saúde) nº 20/DSQC/DGS, de 24/10/2007, onde refere que a OMS (Organização Mundial de Saúde), *“reconhece que as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) dificultam o tratamento dos doentes, sendo tambem uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade. A prevalência de infecção da comunidade, aquela que o doente já apresenta quando recorre ao hospital, é cerca de 25% (de acordo com*

o último inquérito de prevalência nacional de infeção, realizado em 2003) e representa, como é óbvio, o risco de transmissão a outros doentes e aos profissionais de saúde.”

Segundo o Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril, divulgada em Diário da República, 1.ª série — N.º 65 — 2 de Abril de 2009 e no *site* oficial da DGS, as Unidades de Saúde Pública, ao nível dos ACES, têm como função primordial, observar a saúde da população.

Apresentando, de uma forma geral o local de estágio, este foi realizado em Paço de Arcos ou Paço d'Arcos, uma freguesia portuguesa do concelho de Oeiras com cerca de 28 000 habitantes, na unidade de saúde desta mesma região.

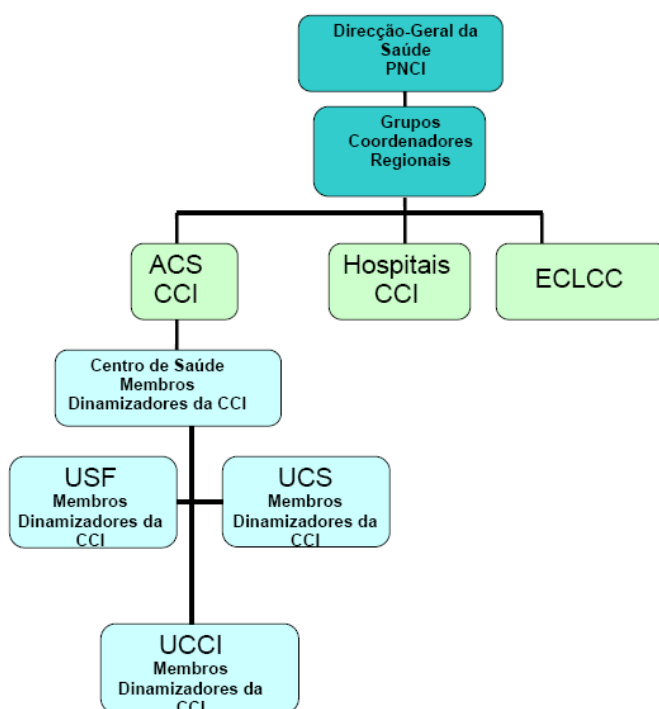
É importante referir que a Unidade de Saúde de Paço de Arcos (USPD), é uma entidade pública prestadora de cuidados de saúde primários, pertence ao ACES de Oeiras/ Carnaxide.

Em relação á USP de Paço de Arcos, esta tem um horário de funcionamento entre as 9h e as 17 horas nos dias uteis e é constituído por uma equipa multiprofissional.

A CCI do ACES Oeiras/ Carnaxide tem um regulamento interno e encontra-se localizada fisicamente na USP, no edifício de Paço de Arcos. Esta proximidade entre as equipas de CCI e USP, é facilitadora na articulação da equipa multiprofissional.

Segundo o Despacho nº10/ 2010 (Proposta do Conselho Clinico de Nomeação para a CCI do ACES Oeiras) e de acordo com a Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, N.º 18/DSQC/DSC DE 15/10/2007, onde define a organização das Comissões de Controlo de Infeção e o Programa Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI) em todas as unidades de saúde, esta equipa é composta por dois coordenadores (um médico de Saúde Publica e uma enfermeira especializada em saúde comunitária), três consultores (dois técnicos de Saúde Ambiental e uma técnica Superior de Saúde na Área de Farmácia) e doze elos que são os representantes de cada unidade, designados Grupos Dinamizadores. Para uma melhor compreensão, pode ser observada a **figura 1**, que nos apresenta de acordo com a Circular Normativa Nº: 20/DSQC/DSC de 24/10/07, a organização da CCI relativamente aos Agrupamentos de Centros de Saúde.

Figura 1: Fluxograma da CCI



Fonte: Circular Normativa Nº: 20/DSQC/DSC de 24/10/07

Todos os profissionais, aqui referidos, trabalham com o objectivo de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área abrangente, em diferentes contextos e aos três níveis de prevenção.

Relativamente á elaboração deste relatório, segundo o ESTRELA, SOARES e LEITÃO, (2008), “ *um relatório é um escrito que apresenta um relato final, completo e definitivo, de um estudo, de uma investigação ou de uma pesquisa.*” Desta forma, com o relatório, pretende-se “*descrever de forma clara e numa sequência lógica, os passos dados para se concluir o trabalho, ajudando a garantir que esses passos foram, realmente, dados*”, SUSSAMS (1990), pois é precisamente isso que pretendo fazer, relatando claramente os caminhos percorridos para alcançar esta etapa da minha formação. O relatório torna-se assim num momento altamente formativo.

Concordando com BLANCO (2000), o relatório é o “*resultado de uma tarefa, pois é através dele que chegamos a conhecer o conteúdo desta*”. O mesmo autor acrescenta que o relatório deve ser “*elaborado de uma forma conscienciosa utilizando uma linguagem correcta e de fácil compreensão (...) expor de maneira clara e por*

ordem lógica os diferentes passos de elaboração do trabalho, permitindo assegurar que se dêem realmente esses passos”.

Este relatório reveste-se de uma extrema importância a vários níveis por tudo aquilo que representa. Trata-se de trabalho de reflexão e espelha um crescimento pessoal e profissional enquanto pessoa e enfermeira.

Desta forma, o meu objectivo com a elaboração deste trabalho passa por:

- reflectir sobre a aprendizagem efectuada ao longo deste período;
- analisar os objectivos e as actividades desenvolvidas de uma forma crítica,
- realizar uma apreciação global do mesmo.

De modo a descrever este trabalho em pormenor e para uma melhor organização, dividi-o em três capítulos. Após uma breve introdução, começo no primeiro capítulo por descrever e analisar, de forma pessoal e reflexiva, a área problemática identificada, assim como os objectivos gerais e específicos delineados para a realização do diagnóstico da situação, não esquecendo as actividades desenvolvidas e os recursos utilizados para a realização das mesmas, no primeiro módulo de estágio.

No segundo capítulo, estão analisados os objectivos traçados, as actividades desenvolvidas e os recursos utilizados, no Projecto de intervenção, ou seja no segundo módulo de estágio. Ainda neste capítulo serão apresentados, de forma sintetizada, os principais resultados obtidos, como pode ser observado no (ANEXO 1) após a análise da grelha de observação utilizada nas unidades de saúde onde foi efectuado o estudo, como pode ser visto detalhadamente no (ANEXO 2) deste relatório. Neste capítulo ainda, será contextualizado este projecto na CCI/ACES Oeiras, assim como será feita uma breve abordagem ao Decreto-lei que regulamenta os ACES.

No terceiro capítulo, descrevo e analiso, os objectivos traçados, as actividades desenvolvidas e os recursos utilizados, na fase de implementação do Projecto de intervenção, assim como as dificuldades sentidas nesta fase.

Na conclusão, apresento uma análise crítica, avaliando de forma global todo o trabalho desenvolvido ao longo deste período de estágio.

Seguidamente às referências bibliográficas apresento os anexos, todos os trabalhos que realizei os quais testemunham o empenho e dedicação que levaram à concretização deste passo profissional.

CAPITULO I – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Planeamento em Saúde consiste na "... racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos..." (IMPERATORI e GIRALDES, 1993)

1. Objectivos Gerais do estágio

“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 (...) Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010)

Desta forma, segundo o Regulamento n.º 122/2011, referente ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são quatro os domínios de competências comuns, passando pela responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente ao artigo 5º, do mesmo regulamento, referente à responsabilidade profissional, ética e legal do Enfermeiro Especialista, este:

“a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

As competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, passam pelo desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade e criando e/ou mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

No que toca às competências no domínio da gestão de cuidados:

“a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.”

Para finalizar, as competências relativas ao domínio das aprendizagens profissionais:

“a) Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.”

Segundo o artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública nº128/2011 da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República, 2ª série, nº35 de 18 de Fevereiro de 2011, são as seguintes (cada competência encontra-se dividida em diferentes etapas, ou *unidades de competência* e critérios de avaliação):

“a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;

- Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade;

- Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecida;

- Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;

- Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania;

- *Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais;*

- *Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.*

c) *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;*

- *Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde;*

d) *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.*

- *Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde – doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.”*

Também no Decreto-Lei n.º 161/96 - REPE, de 4 de Setembro (já com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril), no artigo 8º que relativamente ao exercício profissional do enfermeiro, refere que: “ 1 – *No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. 3 – O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social. 4 - Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”.*

Desta forma, a componente prática assume um papel fundamental na formação do enfermeiro especialista, de forma a interligar a componente teórico-prática, abrindo assim o caminho para novas aprendizagens, que nos encaminhem para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Antes de mais acho pertinente referir que, de uma forma global, os objectivos gerais foram alcançados e que as actividades foram realizadas, de acordo com o cronograma estabelecido como se pode verificar no (ANEXO 4).

A elaboração de um portefólio durante o período de estágio, tornou-se num auxiliar de extrema importância para facilitar a elaboração deste relatório. Partindo do princípio que um portefólio pode ser visto como uma compilação de todo o trabalho em andamento relacionado com o alcance dos objectivos, foram aqui registadas todas as

actividades desenvolvidas, assim como anexadas pesquisas bibliográficas efectuadas ao longo deste período.

Nestes três capítulos, para além de uma descrição dos objectivos traçados e das actividades desenvolvidas, pretende-se também uma análise pessoal e reflexiva acerca deste trabalho realizado, não só para a aquisição de conhecimentos, mas também para o crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira e futura especialista em Enfermagem Comunitária.

Seguidamente, após a identificação das necessidades e da situação problemática, concordando com RESENDE (2008), citando IMPERATORI e GIRALDES (1993),” *a etapa seguinte passa pela fixação dos objectivos*”. Desta forma enumero os Objectivos Gerais a desenvolvidos ao longo dos módulos I, II, III:

- Desenvolver competências, acima descritas, enquanto enfermeira especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária;
- Identificar problemas / necessidades na área da saúde comunitária;
- Realizar um diagnóstico de saúde no âmbito da Comissão de Controlo de Infecção integrando um dos projectos a desenvolver na CCI pertencente ao ACES Oeiras;
- Realizar diagnósticos de intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo de infecção;
- Elaborar / implementar um Projecto de Intervenção, na área do controlo da infecção de acordo com os resultados do diagnóstico de saúde.

Estes objectivos foram traçados, não só por se enquadrarem na legislação acima referida, mas também por se considerar importante desenvolver de acordo com o Regulamento Geral (RG) deste curso, para a obtenção do Grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

Em jeito de conclusão julga-se que, com a realização destes objectivos gerais desenvolvidos ao longo de todo o estágio, permitiu adquirir competências técnicas e humanas de forma a, futuramente, prestar cuidados de enfermagem com um nível conhecimentos e habilidades mais amplo e actuando junto do utente/ família/ grupos em situações de crise ou risco.

1.1 - Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

Tornou-se importante respeitar o cronograma de actividades, que pode ser observado no (ANEXO 4), de forma a facilitar a realização dos objectivos gerais. Foi efectuada pesquisa bibliografica, ao longo do estágio, de forma a adquirir conhecimentos sobre a temática em estudo assim como a problemática em causa. A aquisição de informação fez-se, essencialmente, através da consulta de vários Decretos-lei, Circulares Normativas, Despachos, Planos de Acção existentes e estudos efectuados na CCI da USPD, Circulares Informativas, Guias Práticos da OMS, Orientações Técnicas e Normas da DGS, Manuais de Procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção Regional e, também, através da leitura textos e obras de literatura internacional e nacional sobre a temática abordada.

Para além de toda a pesquisa bibliográfica foram, também, realizadas reuniões informais com a orientadora do estágio, assim como, reuniões formais com a tutora do mesmo e com a CCI/ACES Oeiras, permitido desta forma, um esclarecimento de dúvidas existentes e orientações para o desenrolar desta etapa. Não esquecendo, a pertinencia destas reuniões, para momentos de reflexão relativamente ao decorrer do estágio, bem como as actividades desenvolvidas.

Actividades realizadas no quotidiano como, acompanhar de perto as funções da orientadora de estágio e especialista em Enfermagem Comunitária, forneceram uma noção mais precisa e aprofundada sobre as actividades por ela desempenhadas, reflectindo desta forma, na minha prestação como futura especialista na área.

Quanto aos recursos utilizados para a concretização dos objectivos gerais, importa referir que todos eles foram fundamentais para a realização dos mesmos. No que toca aos recursos materiais utilizados, considero importante destacar: a Internet, livros, textos, biblioteca da Universidade Católica Portuguesa, folhetos, estudos sobre o tema abordado e também a sala de reuniões da Unidade de Saúde de Paço de Arcos e sala de Reuniões do Centro de Saúde de Oeiras (CSO).

Quanto aos recursos humanos utilizados, destacam-se: a enfermeira orientadora e a Enf^a tutora do estágio, equipa multiprofissional da USP, profissionais das Unidades de Saúde de S.Julião, Oeiras, Conde Oeiras, Paço D'Arcos, Delta e Barcarena. Todos eles interviram e contribuíram para a realização e desenvolvimento das actividades e transmissão de conhecimentos, através da disponibilidade demonstrada e espírito de interajuda.

2. Objectivos Específicos projectados para o primeiro módulo de estágio

Para a realização do diagnóstico de situação, foram traçados os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer e caracterizar a estrutura física, funcional e organizacional do ACES Oeiras assim como a CCI / ACES Oeiras;
- Fazer o levantamento dos problemas/ necessidades no âmbito do controlo de infecção em seis unidades de saúde pertencentes ao ACES Oeiras (S.Julião, Oeiras, Conde Oeiras, Paço D'Arcos, Delta e Barcarena);
- Compreender as principais problemáticas na área de enfermagem, no contexto da intervenção comunitária no controlo da infecção nas unidades de saúde (acima referidas);

O alcance destes objectivos, reflectem a identificação do diagnóstico de situação, partindo do princípio que foi algo já percepcionado inicialmente pela equipa da CCI.

Segundo o jornal “ O Público”, *“quase dez em cada cem doentes (9,8 por cento) contraem infecções nos hospitais em Portugal, indicam os resultados preliminares do último inquérito de prevalência ontem divulgados no Porto por Cristina Costa, da Direcção-Geral da Saúde. (...) Significa isto que a transmissão de infecções nos hospitais está a aumentar em Portugal? Uma leitura apressada dos números indicaria que sim, porque se verificou um acréscimo relativamente ao último inquérito de prevalência de infecção hospitalar, feito em 2003, e que apontava para uma taxa de 8,4 por cento. (...) Em Portugal, não há dados sobre a mortalidade provocada por este grave problema de saúde pública. Mas na Europa todos os anos cerca de quatro milhões de doentes contraem infecções nos serviços de saúde e 37 mil acabam por morrer.”* (CAMPOS, 2009).

Ainda no mesmo jornal, se afirma, que *“Cristina Costa adiantou ainda que a taxa de adesão dos profissionais de saúde à campanha de higienização das mãos em curso foi 46,7 por cento (noutro inquérito), valor que também é similar à média de outros países. Esta taxa de adesão à campanha não significa que os profissionais não lavam as mãos, mas sim que não seguem as regras definidas, esclareceu.”*

É neste contexto que se julga importante referir que estes objectivos foram sendo alcançados ao longo do estágio, contribuindo para a elaboração e implementação de um projecto de intervenção nas seis unidades de saúde acima referidas.

2.1 - Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

Existiu a necessidade de respeitar o cronograma, previamente elaborado e que pode ser observado no (ANEXO 4) para facilitar o desenvolvimento e realização destas actividades, de forma a cumprir os objectivos específicos acima referidos.

- Apresentação da Unidade de Saúde de Paço de Arcos pelo orientador de estágio;
- Observação directa da estrutura da USP Paço de Arcos;
- Consulta de manuais existentes acerca da caracterização e funcionamento do ACES Oeiras;

Uma vez que se trata de uma instituição de saúde com a qual não tinha tido nenhum contacto prévio e desconhecia as características do mesmo julgo que, para poder desenvolver as actividades que visam dar resposta aos objectivos preestabelecidos, seria prudente procurar dados concretos sobre o funcionamento e a dinâmica da Unidade de Saúde de Paço de Arcos, mais precisamente da CCI.

Considero relevante conhecer aspectos como a organização, gestão e articulação da equipa de saúde no contexto de trabalho, para isso, procurei conhecer as especificidades desta unidade recorrendo a fontes fidedignas e documentos recomendados.

Torna-se importante referir que senti uma grande disponibilidade por parte da equipa da CCI em partilhar os seus saberes e mostrar o tipo de trabalho que se desenvolve nesta unidade.

As actividades desenvolvidas para conhecer e caracterizar a estrutura física, funcional e organizacional do ACES Oeiras assim como da CCI incidiram principalmente na primeira semana, uma vez que me encontrava numa fase de integração e de levantamento de necessidades para a elaboração do projecto de estágio. Contudo foi ao longo de todo este percurso de prática que o conhecimento do funcionamento e dinâmica da CCI se tornou mais consistente e alargado.

A apresentação da CCI, inserida na Unidade de Saúde de Paço de Arcos e pertencente ao ACES Oeiras foi descrita de forma sumária na introdução na deste relatório de forma a facilitar a leitura e o conhecimento do local de estágio.

- Realização de pesquisa bibliográfica

Relativamente á pesquisa bibliográfica, foi a actividade que mais tempo ocupou nesta minha caminhada. Contudo permitiu cimentar os conhecimentos sobre as áreas temáticas a desenvolver e me permitiu estar mais vontade para motivar e envolver a equipa da CCI no meu projecto.

Penso que quanto mais á vontade estiver num assunto melhor o expomos e mostramos aos outros a sua importância.

Foi uma etapa que gostei de realizar, pois desta forma esclareci algumas dúvidas que também a mim se colocavam, para além de ter aprendido novas realidades, principalmente na área do controlo de infecção nos cuidados de saúde.

- Recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar

A partir da consulta de uma base de dados em programa Excel, da enfermeira especialista em saúde comunitária e pertencente á coordenação da CCI, com os dados relativos ás auditorias realizadas aos serviços de limpeza efectuados nas unidades de saúde pertencentes ao ACES Oeiras, sendo a ultima avaliação em Março de 2010.

Com a elaboração desta base de dados constatou-se, em relação á higienização dos serviços de saúde, que 90 % dos profissionais pertencentes a equipa de limpeza, não forma sujeitos a formação, o que revela á partida uma fraca qualidade da limpeza nas diferentes áreas das unidades de saúde.

Contudo este projecto não se confina apenas ao aumento da qualidade de serviços prestados por profissionais de limpeza nas áreas de saúde, mas tambem ao controlo de infecção por parte dos profissionais de saúde, neste caso concreto, os enfermeiros.

De acordo com SANTOS (2010), as infecções associadas aos cuidados de saúde “*são muito frequentes e causam sérias complicações (...) É extremamente importante que os individuos da equipe de saúde tenham conhecimento do problema e se tornem responsáveis pelas acções realizadas no paciente como um todo. A prevenção continua sendo o maior aliado dos profissionais de saúde (...)*” (SANTOS, 2010)

A mesma autora refere ainda que, “*os profissionais da área da saúde fazem uso de alguns métodos para diminuir a infecção nosocomial que, quando praticados com eficiencia, apresentam um fresultado positivo. (...) As tecnicas de assépsia são o único meio tecnico que temos para diminuir as infecções (...) Elas dependem exclusivamente da consciencia do profissional de saúde em todas as áreas.*”

Segundo WEINSTEIN (2006), citado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (DGS,PNCI, 2007), “ *os dados disponíveis sobre as infecções provocadas por agentes resistentes demonstram que:*

• *30% a 40% são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde;*”

- Realização de um instrumento de colheita de dados
- Observação participante nas unidades de saúde acima referidas;

Em conformidade com a enfermeira orientadora foi criado um instrumento de colheita de dados (ANEXO 2) para a recolha de informação em relação ao levantamento das necessidades dos enfermeiros das seis unidades anteriormente descritas, por se pensar que neste contexto, era a forma mais correcta para a recolha de informação necessária à implementação do projecto.

Segundo FORTIN (1999), “ *os instrumentos de medida podem ser entrevistas, questionários, grelhas de observação, escalas de medida, etc.*”.

Para este estudo foram analisadas seis Unidades de Saúde (três Unidades de Saúde Familiar (Delta, São Julião e Conde Oeiras) e três Unidades de Saúde Cuidados Personalizados (Paço D'Arcos, Oeiras e Barcarena) onde, em cada uma delas, foram recolhidas cinco observações e avaliadas em várias variáveis pertencentes às seguintes quatro temáticas:

1. Em que situações lava as mãos?
2. Como lava as mãos?
3. Realização de pensos a doentes.
4. Administração de injectáveis.

Justifica-se a escolha destas quatro temáticas por se perceberem, em reuniões informais com a equipa da CCI, que seriam situações onde se cometiam mais falhas por parte dos profissionais de enfermagem.

A elaboração da grelha de observação teve como base as grelhas de observação existentes na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Egas Moniz, sendo estas alteradas e adaptadas aos cuidados de saúde primários. A sua aplicação nas unidades de saúde, como foi referido anteriormente, tendo sido antes de mais, assinadas as respectivas cartas de consentimento informado, representadas no (ANEXO 5) deste relatório.

“ *A fase de recolha e tratamento dos dados, (...) é a fase mais demorada e que exige mais dedicação, cuidado e atenção por parte do investigador.*” (AZEVEDO e AZEVEDO, 2008)

Após a elaboração da grelha de observação foi efectuado um pré teste na Unidade de Saúde Paço de Arcos. “ *Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar (...) resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.*” (FORTIN, 1999)

Após alterações efectuadas na grelha de observação, esta foi aplicada em três Unidades de Saúde Familiar e três Unidades de Saúde Cuidados Personalizados. “ *Os investigadores interessados em estudar o comportamento das pessoas não têm muitas opções na forma de colher os dados: ou pedem aos sujeitos que digam o que fazem numa dada situação, por meio da observação ligada á entrevista, ou observam que os sujeitos fazem por meio da observação directa. É esta última opção que iremos tratar agora. A observação directa comporta dois tipos de abordagem, segundo Laperrière (1972): aquela em que o unico objectivo é descrever os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc) com vista a extrair tipologias e aquela, como a observação participante, que permite identificar o sentido da situação social.*” (FORTIN 1999). Neste caso, foi efectuada uma observação directa aos enfermeiros que se encontravam nas salas de tratamento das referidas unidades de saúde, sem aviso prévio dos temas em questão, de forma a não enviesar os resultados obtidos.

A condução da recolha dos dados em cada uma das Unidades de Saúde aconteceu durante o turno da manhã e da tarde, onde, através de uma grelha de observação, foram registadas algumas situações diferentes para cada uma das temáticas atrás referidas (no máximo cinco), aos enfermeiros existentes nas salas de tratamentos (zonas críticas) e administração de injectáveis nos referidos turnos.

Contudo, inicialmente tinha sido projectado por mim, elaborar também uma grelha de observação para aplicação nas equipas de limpeza. No entanto, foi algo colocado de parte, pois, já existiam instrumentos de colheita de dados (preconizada pela CCI Regional com o Apoio da ARS Lisboa e Vale do Tejo), efectuados ás referidas equipa onde demonstravam as lacunas existentes, através do tratamento de dados feito pela CCI.

Há que salientar que, para a operacionalização desta actividade, teve-se em conta alguns dos aspectos metodológicos fundamentais como se pode constatar no (ANEXO 1), dos quais se destacam: o objectivo específico da aplicação do questionário, os seus participantes, o método da recolha de dados, os principais procedimentos a ter, tendo em conta também, os aspectos éticos, e ainda a estratégia para a análise de dados.

- Participação nas reuniões da Unidade de Saúde Pública de Paço D'Arcos, no âmbito do projecto do controlo de infecção;

A CCI, agenda com alguma regularidade reuniões com os doze elos da comissão de controlo de infecção das unidades do ACES Oeiras, para abordar temas relacionados com esta temática, assim como todos os projectos que se pretendem desenvolver nesta área. Estão sempre presentes os Núcleo Executivo, o Núcleo Consultivo e Grupos Dinamizadores das unidades.

Por se considerar pertinente as reuniões da CCI com os grupos dinamizadores das restantes unidades de saúde do ACES, existiu uma tentativa da minha parte para estar presente em algumas. A presença nestas reuniões, foi crucial para dar conhecimento do projecto e actividades a realizar durante o estágio, assim como, para o alcance dos objectivos gerais.

- Análise e interpretação dos dados obtidos (do instrumento de colheita de dados) com a colaboração da enfermeira orientadora (Enf.^a Isabel Correia);
- Comunicação da informação recolhida à equipa multiprofissional da CCI.

Para este estudo foram analisadas seis Unidades de Saúde do ACES Oeiras, (três Unidades de Saúde Familiar (Delta, São Julião e Conde Oeiras) e três Unidades de Saúde Cuidados Personalizados (Paço D'Arcos, Oeiras e Barcarena) onde, em cada uma delas, foram recolhidas cinco observações e avaliadas em várias variáveis pertencentes às seguintes quatro temáticas acima referidas.

A tipologia da amostra recolhida foi não-aleatória pelo facto de não se possuir uma base de amostragem (neste caso, uma lista de todas as situações passíveis de ser observadas) de onde se pudesse, de forma aleatória, identificar uma amostra de situações a observar. Como tal, e dado que as situações que foram avaliadas foram escolhidas porque se encontravam onde os dados para o estudo estavam a ser recolhidos, a amostra recolhida classifica-se como uma amostra por conveniência.

Há que entender que neste tipo de amostragem (não-aleatória, por conveniência) há fortes probabilidades de a amostra resultar enviesada, uma vez que as situações, escolhidas em função da facilidade com que se consegue obter delas a informação desejada, não são necessariamente representativas da população. No entanto, apesar desta fragilidade, a amostragem não-aleatória por conveniência pode ser usada com bastante êxito em situações nas quais se captam ideias gerais ou aspectos críticos, como é o caso.

A condução da recolha dos dados em cada uma das Unidades de Saúde aconteceu durante os turnos da manhã e tarde, onde, através de uma grelha de observação, foram registadas algumas situações diferentes para cada uma das temáticas atrás referidas (no máximo cinco). As variáveis analisadas são afirmações construídas pela positiva, ou seja, espelham por si só uma resposta afirmativa. Sendo assim a possibilidade de resposta é dicotómica (*Sim* ou *Não*), sendo que por vezes, por impossibilidade, não foram observadas algumas variáveis (devidamente assinaladas como Não Observadas).

A análise dos dados foi efectuada de forma a conseguir extrair dos mesmos informação suficiente para comentar as seguintes questões/ hipóteses (sempre que possível existiu a tentativa de complementar as estatísticas pontuais (contagens e proporções) com estatísticas intervalares, bem como com testes de hipóteses):

- Testar a proporção dicotómica das variáveis, independentemente da Unidade de Saúde;
- Investigar, de entre as quatro temáticas em causa, quais se apresentam mais críticas, independentemente da Unidade de Saúde;
- Avaliar, de entre as duas grandes Unidades de Saúde (Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e as seis Unidades de Saúde funcionais, quais se apresentam mais críticos.

Note-se que ao longo de todo o estudo foram assumidas as seguintes hipóteses:

- Independência entre Unidades de Saúde;
- Independência entre situações observadas;
- Independência entre as variáveis de cada tema, atribuindo a todas elas o mesmo peso, ou seja, dentro de cada tema é atribuída a mesma importância às variáveis em estudo.

Toda a análise estatística (estimativas pontuais e intervalares e testes de hipóteses) foi produzida com o auxílio do *software* estatístico SPSS, complementado, essencialmente aquando da necessidade de construção de gráficos, com o MS-Excel.

Após a obtenção de resultados, estes foram comunicados á equipa da CCI da e aos elos existentes nas unidades de saúde do ACES Oeiras, através de uma apresentação em *Power Point* (ANEXO 6), de forma a reflectir sobre as melhores estratégias a utilizar para combater as falhas existentes, reflectidas nos dados adquiridos.

Com a realização destes objectivos e com base nas competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária estabeleci, baseada na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com o apoio da CCI, sendo neste caso específico, seis unidades de saúde estudadas.

3. Situação/área problemática identificada

“O diagnóstico de saúde, enquanto primeira etapa do planeamento, consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades. Permite-se, deste modo, obter um conhecimento efectivo dos mesmos, coadjuvando o processo de priorização das necessidades/problemas identificados, pela aplicação dos critérios epidemiológicos e métodos/técnicas científicas que potenciam a participação activa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011)

A problemática identificada e que me conduziu á realização deste estágio, baseia-se na percepção de que podem existir lacunas, relativamente á higienização das instalações dos centros de saúde assim como no que toca ao cumprimento de boas práticas para o controlo de infecção associados aos cuidados de saúde primários.

De acordo com a DGS, *“ actualmente, a circulação de doentes entre unidades de saúde, assume cada vez maior importancia, com os riscos inerentes de transmissão interinstitucional de infecções por microorganismos multiresistentes.”* (DGS, Circular Normativa n° 20/ DSQC/DSC, de 24/10/07),

Baseada nesta necessidade, considerando importante actuar de forma preventiva, foi desenvolvido um projecto com a finalidade de minimizar os riscos de transmissão.

A estratégia utilizada para esta finalidade, assenta principalmente na intervenção e avaliação das unidades de saúde (neste caso, em três USF e três UCSP do ACES

Oeiras), assim como das equipas de limpeza existentes nos mesmos, de forma a proporcionar formação com o objectivo de colmatar dúvidas existentes e reforçar os conhecimentos adquiridos anteriormente em acções de formação efectuadas pela CCI, com o intuito de prevenir as IACS.

Desta forma, a área problemática a desenvolver neste estágio encontra-se centrada na identificação de problemas e na intervenção precoce das situações, para a prevenção e/ou minimização do risco de infecção associada aos cuidados de saúde nas unidades de saúde de S.Julião, Oeiras, Conde Oeiras, Paço de Arcos, Delta e Barcarena.

Para comprovar a existência de lacunas face á realização de boas práticas nas unidades de saúde já enumeradas, foi aplicada uma grelha de observação (ANEXO 2), às equipas de enfermagem. No que toca á avaliação da higienização e desinfecção das unidades de saúde, foi consultado um estudo existente na CCI, que apresenta dados obtidos a partir de uma grelha de observação elaborada pela CCI Regional e aplicada nas Unidades de Saúde pertencentes ao ACES Oeiras / Carnaxide (ANEXO 3).

Com a aplicação desta grelha de observação, foi possível obter dados que me permitiram, à posteriori, elaborar um projecto de intervenção na tentativa de prevenir e/ou controlar as infecções cruzadas nos locais referidos. Foi possível constatar que apenas 6,7% dos enfermeiros observados higienizavam as mãos antes de iniciarem a sua actividade, assim como, apenas 50% executavam o procedimento de lavagem das mãos antes de contactarem com um utente. Foi perceptível, desde o primeiro momento, após contactar com os resultados nesta primeira fase do planeamento em saúde, que uma das falhas existentes por parte dos profissionais de enfermagem passa pelo “momento certo” para a higienização das mãos, como pode ser observado detalhadamente no (ANEXO1).

Contudo as lacunas não passam apenas pelos profissionais de enfermagem, as equipas de limpeza e desinfecção das unidades de saúde também assumem um papel de extrema importância na prevenção e controle das IACS. Após uma consulta efectuada ao estudo feito pela CCI, foi possível averiguar que cerca de 90% não efectuava uma limpeza correcta das unidades como se encontra preconizado no Manual de Procedimentos de Higienização das instalações dos Centros de Saúde da CCI Regional. Foram estes resultados alarmantes que me permitiram desenvolver um projecto, também, no sentido de melhorar a higienização destas instituições de saúde.

4. Enquadramento do projecto “Mãos que Cuidam” na CCI / ACES Oeiras

Existe um programa de intervenção a nível nacional, proposto pela DGS e aprovado em 2007, conhecido como “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI)”. Este *“evidencia que uma das linhas estratégicas utilizadas internacionalmente para reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) passa por “incentivar e promover o ambiente seguro na Unidade de Saúde e as boas práticas de higienização”*. (CCI, 2009).

Este programa encontra-se integrado na Divisão de Segurança Clínica da DGS e foi aplicado nas unidades de saúde, com o objectivo primordial de prevenir e controlar as infecções associadas aos cuidados de saúde, abrangendo as seguintes intervenções:

- Vigilância epidemiológica;
- Elaboração e divulgação de normas de boas práticas clínicas;
- Formação e consultadoria, definindo objectivos, metas, estratégias, intervenientes, níveis de responsabilidade, temporalidade e metodologias de avaliação.

Segundo o Plano Operacional de Controlo de Infecção para os cuidados de saúde Primários, as ARS, articuladas com a DGS criaram Grupos Coordenadores Regionais com o objectivo de facilitar a implementação do Plano Nacional de Controlo de Infecção, dinamização das actividades de prevenção e controlo da infecção e a comunicação entre unidades de saúde por regiões. *“Os Grupos Coordenadores Regionais são organizados nas ARS e Regiões Autónomas. A sua criação e actividades são da responsabilidade dos Conselhos Directivos. Devem integrar representante (s) da própria ARS e das Comissões de Controlo de Infecção/ estruturas de Controlo de Infecção, nas unidades de saúde da área de referência, aos diferentes níveis de cuidados”*. (DGS, Circular Normativa Nº 24/ DSQC/DSC, de 17712/2007).

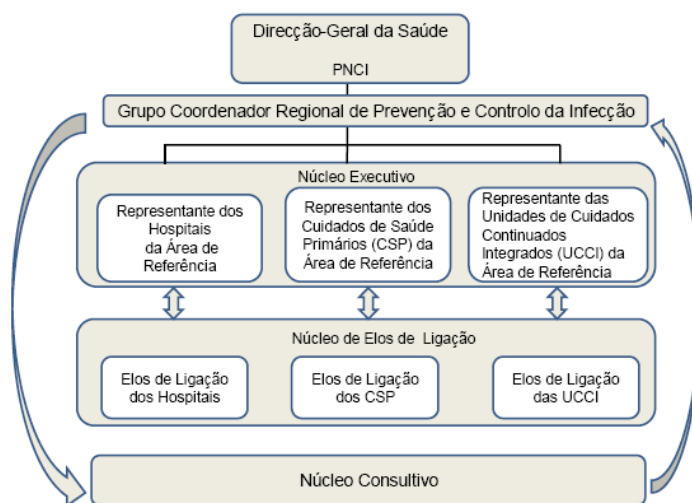
Com o objectivo de *“promover de forma descentralizada as actividades de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde (IACS), facilitando a sua promoção e implementação aos vários níveis de cuidados: Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados”*. (PNCI, 2008)

A articulação contínua entre as unidades de saúde, o grupo coordenador do PNCI e os Grupos Coordenadores Regionais (GCR) de prevenção e controlo da infecção garante uma resposta rápida, apoiando em questões concretas, problemas e necessidades apresentadas pelas CCI e outros profissionais de saúde, tendo como

objectivo primordial identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, equipa multiprofissional e todos os que frequentem as unidades de saúde, conseguindo, desta forma, diminuir as taxas de infeção.

Dentro do GCR deverá existir um Núcleo Executivo (constituído por um coordenador, um representante das CCI dos Hospitais, um representante das CCI dos cuidados de saúde primários e um representante das CCI dos cuidados continuados integrados); um Núcleo de Elos de Ligação ou também designados como Grupos Dinamizadores, em cada unidade de saúde que promovem a articulação entre o núcleo executivo do GCR e as unidades de saúde (constituído por um médico e um enfermeiro das CCI dos hospitais da área regional, um médico e um enfermeiro das CCI dos cuidados de saúde primários da área regional e um médico e um enfermeiro das estruturas de controlo de infeção das unidades de cuidados continuados da área regional abrangida pelo GCR e finalmente um Núcleo Consultivo, responsável pelo apoio consultivo ao Núcleo Executivo constituídos por uma equipa multiprofissional, passando por representantes da área de saúde pública, epidemiologia, estatística, farmácia, saúde ocupacional, saúde ambiental e especialistas de outras áreas desde que nomeados pelas ARS, sob proposta do Núcleo Executivo. De forma a facilitar a compreensão, pode ser observada a **Figuras 2**.

Figura 2: Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infeção (GCR)



Fonte: Circular Normativa N.º: 24/DSQC/DSC de 17/12/07

A Comissão de Controlo de Infecção (CCI), localizada fisicamente na USP em Paço de Arcos, elaborou para o triénio de 2010-2012 um Plano de Acção, de acordo com o PNCI, com o intuito de reduzir a morbilidade e mortalidade das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), no ACES Oeiras. Este programa acenta essencialmente em quatro projectos, são eles:

- Organização e Instalação da Comissão (tendo iniciado em Janeiro de 2010 e terminado em Junho do mesmo ano, com o objectivo de garantir uma boa organização da comissão);
- Formação e Boas Práticas (com início em Junho de 2010 e término em Dezembro de 2012, com o intuito de realizar formação de forma a garantir as boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infecção);
- Higienização das Instalações (de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2012, com a finalidade de elaborar um plano de higienização de zonas críticas);
- Esterilização de Material (início em Janeiro e terminará em Dezembro de 2012).

A elaboração do projecto “ Mãos que Cuidam”, enquadra-se no âmbito do Plano de Acção da CCI, do ACES Oeiras. Este trabalho abrange essencialmente alguns pontos acima referidos, tais como Higienização das Instalações, nomeadamente as zonas críticas e Formação e Boas Práticas.

Para a concretização deste projecto foi realizado, no primeiro módulo de estágio, o diagnóstico de situação com o levantamento dos problemas/ necessidades no âmbito do controlo de infecção em seis unidades de saúde do ACES Oeiras (S.Julião, Oeiras, Conde Oeiras, Paço D’Arcos, Delta e Barcarena), ou seja, três Unidades de Saúde Familiar (USF) e três Unidades de Saúde de Cuidados Personalizados (UCSP).

A pertinência deste trabalho, sedimenta-se na análise dos resultados obtidos por parte da CCI do ACES Oeiras, após a aplicação do (ANEXO 3), na identificação de lacunas existentes relativamente á higienização das instalações assim como do cumprimento de boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infecção.

O contexto de aplicação do projecto, foi efectuado de forma aleatória, relativamente às Unidades de Saúde, contudo o objectivo seria aplicá-lo em três USF e três UCSP, com o intuito de avaliar algumas diferenças existentes relativamente ao cumprimento de boas práticas na prevenção e controlo de infecção. Não seria possível a sua aplicação em todas as unidades de saúde, pertencentes ao ACES Oeiras, devido à escassez de tempo para realização e implementação do mesmo.

5. Decreto-lei que regulamenta os ACES e as CCI

Segundo a alínea 1, do Artigo 2º do Decreto-Lei nº 28/2008 do Diário da República, 1ª série – nº38 de 22 de Fevereiro de 2008, que aborda a caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde, referência que “ *os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde* ”.

“*Os ACES desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.*” (alínea 3, do Artigo 3º do Decreto-Lei nº 28/2008 do Diário da República, 1ª série – nº38 de 22 de Fevereiro de 2008).

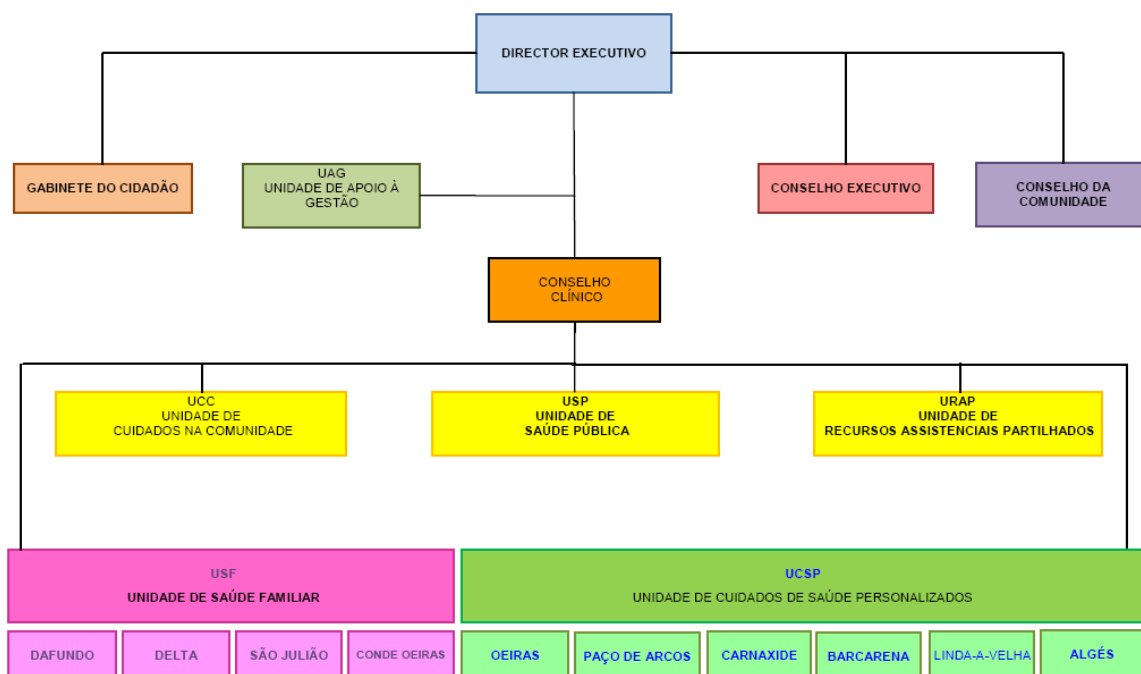
No Capítulo II, do mesmo Decreto-lei, podemos concluir que os ACES podem compreender diferentes unidades funcionais, tais como USF (Unidade de Saúde Familiar), UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), USP (Unidade de Saúde Pública), URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados), entre outras unidades ou serviços que venham a ser necessários e aprovados pelo Ministério da Saúde. No entanto, “ *em cada centro de saúde componente de um ACES, funciona, pelo menos uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta*” e “ *cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.*” (Alínea 2e 3, Artigo 7º do Decreto-Lei nº 28/2008 do Diário da República, 1ª série – nº38 de 22 de Fevereiro de 2008).

Segundo a Deliberação n.º 2466/2010, relativamente ao Regulamento Interno do Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa IV — Oeiras do *Diário da República, 2.ª série — N.º 251 — 29 de Dezembro de 2010*, “*O ACES Oeiras, como é designado, tem uma área geográfica de 45,84 km² e presta cuidados de saúde de 10 freguesias: Algés, Barcarena, Carnaxide, Caxias, Cruz Quebrada-Dafundo, Linda -a - Velha, Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Porto Salvo, com uma população de 162 124 habitantes (Censos de 2001), tendo na presente data 211 000 utentes inscritos.*”

O ACES – Oeiras/ Carnaxide é constituído por duas UCC (uma em Oeiras e outra em Carnaxide), uma USP, uma URAP, quatro USF (USF Delta, USF Dafundo, USF Conde Oeiras e USF São Julião) e seis UCSP (UCSP Oeiras, UCSP Paço de Arcos, UCSP Carnaxide, UCSP Linda-a-Velha, UCSP Algés e UCSP Barcarena), garantindo, desta forma, o primeiro acesso aos cidadãos à prestação de cuidados de

saúde e assumindo funções importantes de promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença. Para facilitar a compreensão da organização do ACES Oeiras encontra-se, na **figura 3**, o organograma do mesmo.

Figura 3:
Organograma do ACES Oeiras



Fonte: ACES Oeiras

Relativamente á USP, esta tem a missão de contribuir para uma melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com o objectivo de controlar e minimizar os riscos das IACS, cumprindo desta forma, a missão do ACES em que se integra. A autoridade de saúde ao nível da USP do ACES encontra-se integrada na cadeia hierárquica directa das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei nº 48/90, de 24/08, e do Decreto-Lei nº336/93, de 29 de Setembro.

Dentro da USP está localizada fisicamente a CCI, como já foi referido no ponto 1 deste capítulo, que se articula com os restantes elos das unidades de saúde, assim como o grupo coordenador do PNCI e os grupos coordenadores regionais de prevenção e controlo da infecção (GCR), de forma a operacionalizar o PNCI nas unidades de saúde de acordo com a sua especificidade, localização geográfica, características da população abrangida, tipo de actividades clínicas e número de profissionais.

Segundo o Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, este programa encontra-se enquadrado no suporte legal dos seguintes documentos:

- Despacho Ministerial Nº 14178/2007 DR. II série, Nº 127 de 4 Julho de 2007, que aprova o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI) e determina que sejam criadas Comissões de Controlo de Infecção (CCI) em todas as unidades de saúde. Simultaneamente, o PNCI foi divulgado oficialmente no sítio da DGS.
- Despacho do Director-Geral da Saúde Nº 18052/2007, publicado no Diário da República, II Série - Nº 156, de 14 de Agosto de 2007, que revê o Despacho do Director-Geral da Saúde publicado no Diário da República, II Série Nº 246 de 23/10/1996 e determina a reestruturação das Comissões de Controlo de Infecção em todas as unidades de saúde.
- Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, N.º 17/DSQC/DSC de 20/09/2007 define a organização das Comissões de Controlo de Infecção e o POPCI para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados.
- Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, N.º 18/DSQC/DSC DE 15/10/2007, define a organização das Comissões de controlo de Infecção e o POPCI em todas as unidades de saúde.
- Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, N.º 20/DSQC/DSC de 24/10/2007 define a organização das Comissões de controlo de Infecção e o POPCI para os Agrupamentos de Centros de Saúde.
- Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, N.º 24/DSQC/DSC de 17/12/2007 define a organização, constituição e atribuições dos Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infecção (GCR), a nível das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

6. Breve abordagem sobre Controlo de Infecção e sua importância

A higienização das instituições de saúde tem uma importância primordial para o bem-estar, conforto e segurança da população, na medida em que estas infecções podem ser consequência de exposição ao ar contaminado, poeiras, mobiliário e equipamento.

As instituições de saúde são um reservatório de agentes patológicos e oportunistas e deste modo as infecções podem ser adquiridas não só pelos utentes, que apresentam maior susceptibilidade, mas também por profissionais de saúde.

Para LEVY (2004), autor do Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde, estas infecções adquiridas em instituições de saúde podem ser transmissíveis por vias endógenas e exógenas, sendo que a última inclui veículos como mãos, secreção salivar, fluidos corporais, ar e materiais contaminados, tais como, equipamentos e instrumentos utilizados em procedimentos médicos. Muitos destes procedimentos são invasivos, penetrando as barreiras de protecção do corpo humano, de modo a elevar o risco de infecção. Para o mesmo autor existem factores que podem influenciar a aquisição destas infecções, são eles:

- Sistema imunológico
- Idade (recém-nascidos e idosos são mais vulneráveis)
- Uso abusivo de antibióticos
- Procedimentos médicos, em particular, os invasivos
- Imunosupressão
- Falhas nos procedimentos de controlo de infecção

As infecções adquiridas em instituições de saúde são um problema grave e de combate bastante difícil, pois estes microorganismos patogénicos, por se desenvolverem neste meio, são mais resistentes aos tratamentos.

Felizmente, as IACS podem ser minimizadas mas, para isso, será necessária a contribuição de todos!

Contudo, e embora isto pareça inadmissível, apenas no século XIX se compreendeu que o simples acto de lavar as mãos após o atendimento de cada utente pode reduzir, significativamente, o número de infecções nos serviços de saúde.

No entanto em Portugal, só a partir de 1996 é que passou a ser obrigatória a existência de CCI nas unidades de saúde.

Hoje, apesar dos progressos efectuados no que toca ao controlo de infecção, esta ainda é um grave problema em todo mundo.

A maioria das infecções adquiridas em serviços de saúde têm origem endógena, ou seja, ocorrem devido a um desequilíbrio entre a flora microbiana normal de um indivíduo e o seu mecanismo de defesa.

Segundo o Grupo de Trabalho da Comissão de Controlo de Infecção da Sub - Região de Saúde de Aveiro, “ *O controle da Infecção deve ser uma preocupação de todos os profissionais de Saúde. A Infecção Nosocomial (Infecção adquirida nos Serviços de Saúde), mais difícil de tratar, grave e potencialmente mortal, diz respeito a todos os profissionais e aos utentes dos serviços, podendo prevenir-se em muitos casos*”.

Por razões óbvias, todas as unidades onde se prestam cuidados de saúde têm uma Comissão de Controlo de Infecção. Contudo não basta ser membro de uma CCI, é necessário ter consciência da gravidade desta problemática que afecta o mundo inteiro desde os países mais desenvolvidos aos mais carenciados e tomar as medidas certas.

De acordo com a Circular Normativa da DGS nº 18/DSQC/DSC de 15/10/2007, é da competência da CCI a actualização teórica, o fornecimento de apoio científico-legal às unidades prestadoras de cuidados de saúde, a avaliação de todos os cuidados prestados de forma directa ou indirecta aos utentes identificando e solucionando os problemas existentes nesta área.

“E porque a saúde é um bem de todos, vamos ser exigentes com os outros mas também com nós próprios, sejamos nós técnicos saúde, funcionarios hospitalares, doentes, visitas ou cidadãos anónimos, contribuindo assim para uma saúde melhor e com menos riscos.” (NÉRCIO, 2009)

CAPITULO II – PROJECTO DE INTERVENÇÃO

“A elaboração e implementação de programas/projectos correspondem à segunda fase do planeamento em saúde e visam dar resposta, de forma organizada, aos problemas encontrados. Nesta fase, determinam-se os objectivos, as estratégias, as actividades e os indicadores indispensáveis à última etapa, a avaliação.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011)

1. Fundamentação do projecto de “Mãos que Cuidam”

Como fundamentação da importância deste projecto não só a nível local, como nacional e internacional, importa referir que segundo a OMS, as infecções contraídas em serviços de saúde ocorrem em todo mundo e afectam tanto os países desenvolvidos com também, os mais carentes de recursos. Estes tipos de infecções encontram-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo desta forma um “ peso” para o sistema de saúde pública.

Os estabelecimentos onde se prestam cuidados de saúde concentram indivíduos infectados e outros expostos a um elevado risco de infecção. Sendo estes microorganismos patogénicos focos potenciais de infecção para o pessoal de saúde.

A flora microbiana pode contaminar objectos, dispositivos e materiais que posteriormente ao entrarem em contacto com os utentes e/ ou profissionais de saúde, estando estes vulneráveis, pode trazer consequências. E partindo deste pressuposto, gestos sociais como por exemplo um simples aperto de mão, é o necessário para a transmissão desta flora microbiana.

Contudo, para reduzir a transmissão de microorganismos nos espaços de saúde de meio ambiente, é necessário estabelecer métodos adequados de limpeza e desinfecção. Para isto é necessário, em cada unidade de saúde, existir normas e procedimentos actualizados. *“Uma adequada limpeza e desinfecção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infecções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies. Estas medidas, quando associadas com a percepção do conforto por parte*

dos utentes e com a qualidade das condições de trabalho pelos profissionais, têm um impacto positivo no “estado psicológico” dos utilizadores das Unidades de Saúde, promovendo, em termos gerais, a qualidade e uma boa imagem da instituição”. (GRUPO DA GESTÃO DE RISCO CLÍNICO E DAS INTERVENÇÕES EM SAÚDE DO ACES PINHAL INTERIOR NORTE 1, 2010)

Adoptar estratégias preventivas direccionadas aos profissionais de saúde e nos serviços de limpeza existentes nessas áreas, pode ser uma forma eficaz de combater a transmissão das IACS.

De acordo com Organización Panamericana de la Salu, “ *O controlo das infecções é muito importante porque é vital para o bem-estar dos pacientes (...) A chave do êxito é o cuidado e a segurança que aplicamos seja para nos proteger como para proteger o paciente. A medida mais importante que está ao alcance de todos passa pela lavagem das mãos*”. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007)

2. Objectivos Específicos projectados para o segundo módulo de estágio

Importa referir, antes da descrição e reflexão dos objectivos e das actividades que foram traçados especificamente para o desenvolvimento do II módulo de estágio, que estes foram alcançados, cumprindo-se também com o cronograma estabelecido no (ANEXO 4).

Desta forma, delineou-se como objectivos específicos:

- Desenvolver competências clínicas de planeamento e intervenção, especificamente na área de controlo da infecção
- Desenvolver competências de avaliação diagnóstica, à população em estudo (equipas de enfermagem e equipas de limpeza)
- Identificar as áreas de elevado risco de infecção, consideradas anteriormente como sendo áreas críticas
- Supervisionar e avaliar a higienização das zonas críticas;
- Elaborar um projecto de intervenção.

2.1- Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

Para a realização dos objectivos gerais e concretização dos objectivos específicos, neste segundo módulo de estágio foram realizadas as seguintes actividades:

- Avaliação dos resultados do instrumento de colheita de dados
- Utilização de técnicas de intervenção de acordo com a avaliação da situação
- Planeamento e realização de formação nas áreas das necessidades identificadas
- Comunicação da informação recolhida às equipas multiprofissionais

“ Uma vez terminada a análise dos dados, a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los á luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas”. (FORTIN, 1999, p.241)

“Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação logica com o problema de investigação proposto. (...) A interpretação dos resultados far-se-á em seguida através de uma discussão. Uma forma corrente de apresentar os resultados consiste em enunciar a questão de investigação ou a hipótese e a seguir apresentar os resultados obtidos com as diversas análises” (FORTIN,1999, p.330).

Após uma análise e interpretação dos dados obtidos, do instrumento de colheita de dados, a partir de uma observação participante em seis unidades de saúde do ACES Oeiras, eis que chega o momento da reflexão e avaliação do mesmo, como pode ser verificado em pormenor no (ANEXO 1).

De forma a justificar as minhas acções na fase de implementação deste projecto, apresentam-se, de seguida, alguns valores percentuais, de uma análise global das seis unidades de saúde estudadas, relativamente às variáveis que considerei ser as mais problemáticas, referentes ao tema “ **Em que situação lava as mãos**”.

Constata-se que as variáveis:

- Quando entra na sala de tratamentos (6,7%);
- Antes de manipular fármacos (13,3%);
- Antes de manipular material esterilizado (10%);
- Antes de manipular algálias, drenagens, pensos (13,3%),

são aquelas que menos são cumpridas (menos de 50%), sem entrar no detalhe da Unidade de Saúde. Foi possível, também, avaliar estatisticamente que existem diferenças significativas entre as percentagens de lavagem de mãos nas situações “antes

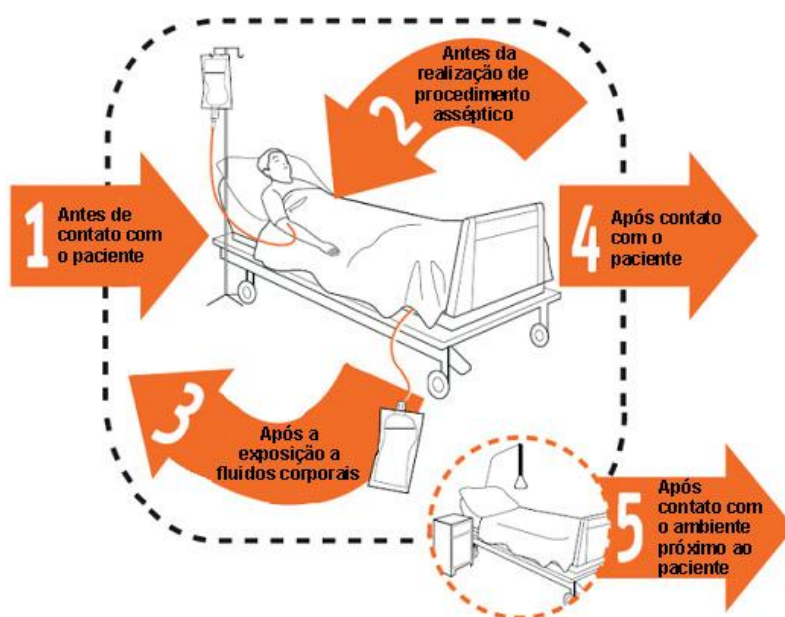
de algo” e “depois de algo”, sendo que a lavagem das mãos depois da realização de uma determinada técnica é mais cumprida que antes da realização de algo.

Conclui-se, desta forma, que seria necessário uma acção de sensibilização de forma a melhorar o procedimento nas mesmas, medida essa que foi executada.

A OMS lançou uma campanha para promover a higienização das mãos em serviços de saúde e o cumprimento desta em cinco momentos essenciais, como pode ser observado através da figura 4.

Figura 4:

Os 5 Momentos para a Higienização das Mãos



Fonte: Organização Mundial de Saúde

Como podemos verificar pela figura acima, a mesma encontra-se mais voltada para os cuidados em instituições hospitalares.

De forma a intervir neste campo e a combater as lacunas identificadas a este nível, foi concebido um poster, adaptado aos Cuidados de Saúde Primários, intitulado de “5 Momentos para a Higienização das Mãos”, que pode ser observado no (ANEXO 7), baseado nas normas da OMS para ser aplicado nas salas de tratamento (consideradas zonas críticas), das unidades de saúde estudadas.

Relativamente ao segundo tema avaliado, “**Como Lava as Mãos**”, constata-se que as variáveis:

- Lava os polegares (43,3%);

- Lava as unhas e as extremidades dos dedos (16,7%);
- Lava os punhos (43,3%);
- Demora mais de 30 segundos a lavar as mãos (0,0%),

são aquelas que menos são cumpridas nas seis unidades de saúde estudadas (menos de 50%). A acção de sensibilização efectuada junto dos intervenientes das situações de forma a melhorar este procedimento, passou pela criação um *screensaver*, intitulado de “Já lavou as suas mãos hoje?” (ANEXO 8), também conhecido como *protecção de ecrã* com o intuito de passarem imagens no monitor, quando o computador permanece muito tempo sem ser utilizado, ou seja, em *standby*.

“A imagem é um instrumento que facilita a apreensão do homem, por ser emocional e mais bem memorizável do que as palavras. A imagem demonstra seu poder fisicamente ao produzir efeitos ou por modificar condutas.” (LEITE & SILVA, 2006). Cada imagem, seja ela publicitária, educativa ou outra, esforça-se por convencer à sua maneira.

Para além do *screensaver*, foi também elaborado um panfleto com a técnica de lavagem das mãos preconizada pela OMS, para ser colocado no espelho existente nas salas de tratamentos junto ao lavatório, com o intuito de reforçar a ideia de cumprimento desta prática na sua totalidade. (ANEXO 9)

Partindo deste pressuposto, em que “uma imagem, vale mais que mil palavras”, o *screensaver* criado continha a técnica correcta de lavagem das mãos e o tempo preconizado pela OMS, assim como imagens fortes, relativamente às IACS e consequências da transmissão de determinados microorganismos (ANEXO 8).

Quanto ao terceiro tema deste estudo, “ **Realização de Pensos a Utentes**”, foi possível observar que as variáveis:

- Lava as mãos antes da realização do penso (35,7%);
- Usa o mesmo equipamento adequado á realização de um penso em outras áreas do Centro de Saúde (21,4%);

foram as menos cumpridas (menos de 50%). No caso da lavagem das mãos antes da realização do penso, foram descritas anteriormente as acções de sensibilização

efectuadas para colmatar esta lacuna. No entanto, no que toca ao uso do mesmo equipamento utilizado nas salas de tratamento (zonas críticas) em outras áreas da unidade de saúde, os profissionais observados alegavam usar o mesmo equipamento, por exemplo bata, em outras áreas se e só se existisse necessidade de apoio em outro local e não houvesse uma bata de substituição.

Terminando, com o tema “ **Administração de Injectáveis**”, foi possível observar que as variáveis estudadas:

- Lava as mãos (antes da administração do injectável) (25,0%);
- Desinfecta as mãos antes de iniciar a administração (31,3%);

são menos cumpridas (menos de 50%), independentemente da Unidade de Saúde. No entanto foram tomadas medidas, já anteriormente descritas, para melhorar este procedimento (ANEXO 7).

Continuando com a descrição e análise das actividades, para concretização dos objectivos específicos:

- Observação das diferentes áreas das unidades de saúde;
- Identificação e sinalização das áreas críticas, semi-críticas e não-críticas;
- Realização de um logótipo para identificação das diferentes áreas;

Segundo o Manual de Procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção Regional (2008), “ *uma adequada limpeza e desinfeção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infecções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deteriorização das superfícies. Estas medidas, quando associadas com a percepção do conforto por parte dos utentes e com a qualidade das condições de trabalho pelos profissionais, têm um impacto positivo no “estado psicológico” dos utilizadores dos Centros de Saúde, promovendo, em termos gerais, uma boa imagem da instituição.*”

Uma unidade de saúde divide-se em diferentes áreas estando o risco de infecção relacionado com a especificidade da actividade dos cuidados de saúde que se realizam em cada local e com a susceptibilidade de cada utente. Desta forma, segundo o Manual de Procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção Regional, para cada área do centro de saúde deverá proceder-se a uma classificação que identifique, de forma clara, as *áreas críticas, semi-críticas e não-críticas*. De acordo com o mesmo manual, pode-se

classificar uma *área crítica* como sendo aquela em que existe um elevado risco de transmissão de infecção, por serem locais onde se realizam procedimentos de risco biológico (nomeadamente, invasivos) e onde poderão encontrar-se utentes com o seu sistema imunológico deprimido. Existindo desta forma uma necessidade acrescida de realização de limpeza e desinfeção adequadas destes locais.

São consideradas as *áreas semi-críticas* todos os espaços que são utilizados por utentes e onde os procedimentos de risco realizados, são reduzidos, tais como, por exemplo, as salas de administração de injectáveis. Por fim, as *áreas não críticas*, são todas aquelas onde não se realizam quaisquer procedimentos de risco. Podemos considerar estas últimas como sendo salas de reuniões, salas de espera, corredores, refeitórios, salas de serviço administrativo, entre outras. Pode ser observado através do quadro 1.

Quadro 1:

Classificação das áreas das Unidades de Saúde de acordo com o risco de infecção

Área		Definição	Exemplos
Crítica	GERAL	São aquelas em que existe um maior risco de transmissão de infecção, por serem locais onde se realizam procedimentos de risco (eminentemente invasivos) e onde se poderão encontrar utentes com o seu sistema imunitário deprimido.	-Salas de pequena cirurgia -Salas de estomatologia / higiene oral -Salas de tratamento de feridas
	ESPECÍFICA	São aquelas em que a especificidade dos procedimentos realizados tem um considerável risco biológico, exigindo um plano de limpeza e de desinfeção próprio.	-Salas de bloco operatório -Laboratórios -Serviços de Esterilização -Centro de Diagnóstico Pneumológico
Semi-crítica	GERAL	São todas aquelas que são utilizadas por utentes e onde se realizam procedimentos de risco reduzido, excluindo as que estão incorporadas nas áreas críticas.	-Salas de administração de aerossóis -Salas de vacinação -Salas de injectáveis -Salas de saúde infantil -Salas de saúde materna e planeamento familiar -Salas de podologia -Outros gabinetes de consulta -Instalações sanitárias -Balneários
	ESPECÍFICA	São aquelas onde se armazenam resíduos hospitalares com risco biológico.	-Zona de armazenagem de resíduos hospitalares dos Grupos III e IV
Não-crítica		Correspondem àquelas onde não se realizam procedimentos de risco.	-Salas do Serviço administrativo e similares -Salas de reuniões -Salas de espera -Corredores e átrios -Refeitórios, copas e bares -Escadas internas de emergência -Entradas exteriores dos serviços -Elevadores

Fonte: Manual de Procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção Regional, 2009

É importante ter-se em consideração que quanto mais crítica for a área, maior deverá ser a frequência da sua limpeza, pelo que deverão ser programados recursos

humanos e materiais, assim como equipamento que permitam responder às necessidades. Desta forma, o quadro 2 facilita a compreensão relativamente à frequência mínima de limpeza consoante o grau de infecção.

Quadro 2:

Prioridade e frequência mínima de limpeza de acordo com o risco de infecção

Área	Prioridade de limpeza	Frequência mínima			
		Limpeza corrente	Limpeza de conservação	Limpeza imediata	Limpeza global
Crítica	GERAL	É efectuada duas a três vezes por dia.	É efectuada uma vez por semana.	É efectuada sempre que ocorram situações de derrame ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica	É efectuada mensalmente.
	ESPECÍFICA	Elevada	O plano de limpeza e desinfeção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza (ex: salas de Bloco Operatório devem ser limpas no final de cada cirurgia)		O plano de limpeza e desinfeção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza (ex: a limpeza de Bloco Operatório deve ser realizada de acordo com as especificidades e necessidades)
Semi-crítica	GERAL	É efectuada duas vezes por dia	É efectuada uma vez por semana		É efectuada de dois em dois meses
	ESPECÍFICA	Média	É efectuada após a remoção dos contentores/ sacos de resíduos hospitalares		É efectuada de dois em dois meses
Não-crítica	Baixa	É efectuada uma vez por dia	É efectuada uma vez por semana	É efectuada de seis em seis meses	

Fonte: Manual de Procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção Regional 2009

Para facilitar a identificação das áreas críticas, semi-críticas e não críticas preconizadas no Manual de Procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção Regional 2009, nas unidades de saúde, foram criados logotipos.

Estes logotipos, podem ser observados em pormenor no (ANEXO 10)

Relativamente às actividades:

- Adquisição de informação acerca dos horários de limpeza das unidades de saúde;
- Realização de reuniões com a empresa da Equipa de Limpeza para definir os procedimentos de acordo com as áreas críticas, semi -criticas e não críticas;
- Observação e avaliação dos procedimentos de higiene efectuados pela equipa de limpeza.

Existe uma empresa, prestadora de serviços de limpeza e conservação, que assume a responsabilidade de limpeza e desinfecção dos agrupamentos de centros de saúde da região de Oeiras. Esta empresa dispõe várias equipas de auxiliares de limpeza, para as várias unidades de saúde. Estas equipas têm horários das 8h – 14h (2 a 3 auxiliares), 14h – 20h (2 auxiliares) e das 19h às 22h (cerca de 8 a 10 auxiliares), para manter a unidade limpa e desinfetada de acordo com a necessidade de manutenção das diferentes áreas.

Contudo, não foi possível marcar uma reunião com a empresa já referida com o intuito de definir os vários procedimentos de acordo com as respectivas áreas de saúde, devido a não se conseguir disponibilidade durante o percurso de estágio por parte da mesma.

Como referi anteriormente, inicialmente havia pensado em realizar um instrumento de colheita de dados para avaliação das necessidades formativas, da equipa de limpeza. Contudo, já existia um instrumento de colheita de dados na CCI que demonstrava as falhas existentes (ANEXO 3).

Foi com base nesses dados que se fez o levantamento de necessidades da respectiva equipa e se planearam acções de sensibilização junto dos intervenientes de forma a dar conhecimento de técnicas relacionada com procedimentos, materiais e equipamentos a respeitar pelos serviços de limpeza nas unidades de saúde preconizados no PNCI, no sentido de promover uma boa higienização nas instalações de saúde e contribuindo, desta forma, para a prevenção e controlo das IACS.

Segundo o Manual de Procedimentos da CCI Regional (2009), a “ *limpeza e desinfecção dos Centros de Saúde, enquanto estabelecimentos de saúde, não devem ser encaradas como meras actividades rotineiras, visto que contemplam aspectos que são fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados de saúde. Uma adequada limpeza e desinfecção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infeções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies. Estas medidas, quando associadas com a percepção do conforto por parte dos utentes e com a qualidade das condições de trabalho pelos profissionais, têm um impacto positivo no “estado psicológico” dos utilizadores dos Centros de Saúde, promovendo, em termos gerais, uma boa imagem da instituição.*”

Segundo o instrumento para verificação da higienização das instalações, preconizado pela CCI da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, aplicado pela CCI

do edifício de Paço de Arcos nas Unidades de Saúde do ACES Oeiras, verificou-se que das unidades avaliadas, cerca de 80% apresentava uma deficiente higienização nas zonas críticas relativamente á frequência de limpeza, neste caso específico, na limpeza corrente dá area, como pode ser observado na **Tabela 1**. Entenda-se limpeza corrente numa aréa critica de uma unidade de saúde como aquela que se realiza diariamente, sendo efectuada duas a três vezes por dia, incluindo uma limpeza e a arrumação simplificadas, por exemplo: *“A limpeza da sala de tratamentos inclui chão, marquesa, superfícies de trabalho, mobiliário, equipamentos, utensílios, lavatório e sua (s) torneira (s) e manípulo (s) de porta (s), assim como o despejo de resíduos e a limpeza dos contentores/recipientes”*. (Manual de Procedimentos da CCI Regional, 2009)

Tabela 1: Instrumento para verificação da higienização das instalações

6 Como classifica os diferentes tipos de higienização (Percentagens do insuficiente)	
Corrente (I.S.B.MB)	
critica	80,0%
semi- critica	80,0%
não critica	50,0%
Conservação (I.S.B.MB)	
critica	50,0%
semi- critica	50,0%
não critica	40,0%
Imediata (I.S.B.MB)	
critica	20,0%
semi- critica	20,0%
não critica	10,0%
Global (I.S.B.MB)	
critica	30,0%
semi- critica	30,0%
não critica	20,0%

Fonte: CCI do ACE Oeiras

Existem outros aspectos, tambem observados pela CCI/ ACES Oeiras, relativamente á formação das prossionais de limpeza que espelha a qualidade dos seus serviços nas respectivas unidades de saúde. No que toca a este assunto, a qualidade dos serviços prestados fica muito aquem do desejado, como se pode observar na **Tabela 2**.

Tabela 2: Instrumento para verificação da higienização das instalações

19 A qualidade da limpeza demonstra que os profissionais foram sujeitas a formação.	
Sim	0,0%
Não	90,0%

Fonte: CCI do ACES Oeiras

Após uma avaliação e reflexão dos estudos efectuados relativamente aos cuidados de higiene prestados pela equipe de limpeza, existiu a necessidade implementar acções para combater este problema. Para isso foram efectuadas sessões de formação ás profissionais de limpeza e construídos folhetos informativos abordando a temática (ANEXO 11 e 12).

Relativamente aos recursos utilizados pode referir-se que os meios materiais foram suficientes para a realização das actividades programadas.

Os recursos humanos foram fundamentais, desde o apoio, disponibilidade e sugestões da enfermeira orientadora do estágio ao apoio de toda a equipa de saúde das várias unidades.

Quanto ao recurso temporal, é necessário explicitar que foi utilizado para além das horas do estágio, as horas de trabalho do aluno, contempladas no RG deste Curso, para a realização desta análise de conteúdo, de forma a se conseguir concretizar de acordo com o cronograma estabelecido, as actividades estipuladas do II módulo de estágio.

Este segundo módulo de estágio foi fundamental para a aquisição de competências relativas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, de Planeamento em Saúde, avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou área geográfica.

3. Projecto de Intervenção

Numa visão pessoal sobre estes objectivos é pertinente referir que este projecto agora elaborado e implementado na CCI/ ACES Oeiras, vai de encontro com outros já iniciados e/ou a iniciar pela CCI da mesma unidade, revelando desta forma a pertinência deste trabalho.

A prevenção das IACS, segundo a OMS, constitui uma responsabilidade de todas as pessoas e unidades de saúde. Todos deveriam trabalhar em conjunto de forma a reduzir o risco de infecção tanto dos utentes, como dos profissionais de saúde.

Os programas de controlo de infecção são sempre eficazes quando são integrados e desde que compreendam actividades de vigilância e prevenção, assim como formação de pessoal, sem esquecer um apoio eficaz no âmbito nacional e regional.

Atualmente, os programas que se centram na segurança e cuidado do utente nos serviços de saúde, englobam como tema prioritário a higienização das mãos. Por exemplo da “Aliança Mundial para Segurança do Paciente” (WHO - *World Alliance for Patient Safety*), iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), aliada a vários

países, desde 2004. Embora a higienização das mãos seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controlo das infecções nos serviços de saúde, colocá-la em prática consiste numa tarefa complexa e difícil.

Como estratégias para a implementação deste projecto, no módulo III, fez-se no segundo módulo de estágio a apresentação do projecto, explicando a pertinência do mesmo em função dos resultados obtidos com o diagnóstico da situação em seis unidades de saúde, à CCI e Grupos Dinamizadores das restantes Unidades de Saúde dos ACES Oeiras/ Carnaxide.

A limpeza e desinfeção das Unidades de Saúde, não devem ser encaradas como simples actividades rotineiras, pois uma adequada limpeza e desinfeção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infecções cruzadas em utentes e profissionais, logo, estas actividades contemplam aspectos que são fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados de saúde.

Promover uma boa higienização das instalações das unidades de saúde, de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS é um dos objectivos deste projecto. Para tal, aposta-se na formação das profissionais de limpeza, com o intuito de reforçar os conhecimentos sobre infecções cruzadas e dar a conhecer, ou relembrar, métodos e procedimentos de limpeza para cada área das instituições de saúde.

Contudo, a propagação de infecções parte, também, por uma inadequada higienização das mãos. Torna-se pertinente que os profissionais de saúde, tenham conhecimento da verdadeira importância desta técnica. No caso dos profissionais de enfermagem, estes apresentam conhecimento teórico adequado sobre a técnica de lavagem das mãos, segundo o procedimento implementado pela OMS, contudo foi verificado que os enfermeiros “observados” não seguiram todos os passos preconizados, ocorrendo pequenos deslizes durante o procedimento, como a falta de rigor na sequência das etapas, assim como no tempo estabelecido.

Desta forma, este projecto vai de encontro às necessidades sentidas após o diagnóstico de situação. É necessário que os profissionais de enfermagem se responsabilizem e consciencializem acerca da importância desta medida e alterem a sua atitude. Desta forma, a “reciclagem” dos conhecimentos acerca da importância desta técnica, torna-se uma mais-valia para a mudança de atitudes. *Posters* com cores e imagem apelativas reforçando os momentos ideais para a lavagem das mãos, *screensavers* com imagens chocantes da transmissão de microorganismos e o reforço da

técnica correcta preconizada pela OMS, foram intervenções que fizeram parte deste Projecto, de forma a combater as lacunas existentes.

O Projecto “ Mãos que Cuidam”, assenta essencialmente na promoção de boas práticas de higiene, tanto por parte dos profissionais de enfermagem como das equipas de limpeza responsáveis pela manutenção das unidades de saúde.

Pretende-se com o Projecto “Mãos que Cuidam”, sustentado na prevenção primária, intervir com as equipas multiprofissionais, com o objectivo de promover o cumprimento de boas práticas nas instalações de saúde.

Contudo, a continuação deste projecto, torna-se pertinente a partir dos resultados obtidos com o diagnóstico de situação e apresentados á CCI / ACES Oeiras e às seis unidades de saúde em estudo.

CAPITULO III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

“ (...) o planeamento estratégico em saúde é um método que permite intervir em múltiplos contextos, disponibilizando o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados a toda a comunidade, visando o seu empoderamento e capacitação, enquanto aptidões indispensáveis aos processos de tomada de decisão e ao exercício de cidadania, abrangendo os grupos vulneráveis, oriundos de diferentes contextos, e enaltecendo a dimensão emergente da multiculturalidade.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011)

1. Objectivo Específico projectado para o terceiro módulo de estágio

Torna-se pertinente referir que, antes da descrição e reflexão dos objectivos e das actividades que foram delineados especificamente para o desenvolvimento do terceiro módulo de estágio, estes foram alcançados, sem faltar ao cumprimento do cronograma estabelecido no (ANEXO 4). Desta forma, como objectivo específico, foi delineado o seguinte:

- Desenvolver competências ao nível do planeamento e intervenção,

1.1- Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

Para a consecução dos objectivos gerais e concretização dos objectivos específicos, neste III módulo de estágio foram realizadas as seguintes actividades:

- Realização de folhetos informativos/ cartazes nas zonas de risco elevado de infecção;
- Realização de um plano de higienização das zonas críticas
- Realização de reuniões/ formação com a empresa da Equipa de Limpeza para definir os procedimentos de acordo com as áreas críticas, semi -críticas e não críticas.

Segundo estudos efectuados pela CCI, existe de uma forma geral, um défice de conhecimentos e cumprimento de boas práticas, por parte das equipas de limpeza, relativamente á higienização das unidades de saúde. Pode-se constatar em pormenor no (ANEXO 3) os valores referentes a este processo de avaliação.

“A principal forma de evitar a disseminação de infecções é pela educação/formação, a qual, quando efectiva, resulta em mudanças comportamentais positivas. É por isso crucial que os profissionais do serviço de limpeza adotem procedimentos adequados de modo a contribuírem para a prevenção das IACS. (...) Neste sentido, a empresa do serviço de limpeza que está contratualizada deverá apresentar à Comissão de Controlo da Infecção e ao SSO/SSHST do Centro de Saúde um plano de formação para os profissionais da sua equipa de limpeza, no qual deve constar a carga horária e o tipo e conteúdos dos programas de formação para novos elementos e de reciclagem. (...) A formação deverá ser assegurada pela empresa contratualizada. Se o Centro de Saúde entender que esta formação é insuficiente poderá, mediante contrapartida, proporcionar formação adequada às necessidades que foram identificadas.” (MANUAL DE PROCEDIMENTOS DA CCI DA REGIONAL, 2009)

Para concretizar o objectivo específico do módulo III foram delineadas actividades que se centram em toda a preparação e realização de acções de formação, que me possibilitassem transmitir de forma simplificada o conteúdo do meu projecto de formação acerca da higienização das unidades de saúde e do trabalho entretanto desenvolvido á equipa de limpeza. As acções de formação em serviço foram várias, tendo-se realizado nos dias 17 de Janeiro de 2011, pelas 11h/ 17h/ 19h na USPD e 19 de Janeiro pelas 10,30h/14h/19h, no CSO, com a duração de 45 a 50 minutos.

Desta forma, estas formações foram planeadas e divulgadas de forma a agrupar o máximo de profissionais de limpeza.

O primeiro passo para planear uma sessão de formação passa pela elaboração de um plano da sessão, (ANEXO 13). É através da elaboração do plano da sessão que podemos, posteriormente, ordenar e seleccionar todos os meios e técnicas que permitam atingir os objectivos da acção de formação.

Assim, elaborei a apresentação dos temas, usando o método expositivo, com o auxílio de material informático para a apresentação de um *Power Point (PPT)* com o auxílio de um *Data Show*. No trabalho de apresentação em PPT, foram abordados temas como: A classificação das áreas das Unidades de Saúde; noções de limpeza, meios e

funções da limpeza, frequência e técnicas de limpeza, os diferentes materiais utilizados, procedimentos a adoptar em situações de derrame e equipamento de protecção individual, tendo o cuidado de fazer *slides* que motivassem a atenção dos formandos sem no entanto se tornarem cansativos. (ANEXO 11)

A acção de formação em serviço teve como objectivo geral:

- Que no final da sessão, as dúvidas até aqui existentes relativamente às variadas técnicas de limpeza, se encontrem resolvidas.

Como objectivos específicos da sessão de formação:

- (Re) Conhecer as principais técnicas de limpeza, existentes no Manual de Boas Práticas da CCI Regional;

- Colmatar dúvidas existentes acerca das várias técnicas de limpeza.

Para a realização da formação foram usadas as salas de reuniões da USPD e do Centro de Saúde de Oeiras.

Nestas acções de formação, tive o apoio incondicional da Enf^a Isabel Correia (Orientadora de Estágio e membro da Coordenação da CCI), que me auxiliou na preparação de toda a formação.

Em jeito de balanço este momento, foi importante e funcionou como um reforço positivo, uma vez que constatei que estava a desenvolver um trabalho do agrado da equipa da CCI.

A sessão de formação decorreu de forma muito positiva, uma vez que os temas mais importantes foram abordados, levando sempre em linha de conta a utilização de uma linguagem simples e clara, uma vez que o grupo de vinte e duas auxiliares que esteve presente possuía poucas habilitações literárias.

Após a formação, foi aberto um espaço para esclarecimento de dúvidas e também para uma breve avaliação de conhecimentos sobre as temáticas abordadas, utilizando uma metodologia interrogativa.

Pude verificar a importância desta acção de formação não só para transmissão de conhecimentos que adquiri através de um processo de pesquisa bibliográfica, mas também para contactar com a realidade vivida com as equipas de higienização e limpeza num contexto de saúde.

Foi possível constatar que, por parte da empresa de serviços de limpeza e manutenção *Bom Ambiente*, e segundo a informação adquirida através de conversas informais com membros da equipa de limpeza, que esta não fornecia qualquer formação assim como não disponibilizava o material necessário para a higienização adequada (de

acordo com o Plano de higienização dos Serviços de Saúde) dos serviços de saúde. Faltas de material como panos e esfregonas de diferentes cores, (tal como se encontra preconizado no Manual de Procedimentos da CCI Regional), assim como o escasso equipamento de protecção individual dos funcionários, passando também pelo “esquecimento” do fornecimento de detergentes, são factos que acontecem com uma regularidade acima do desejável, impossibilitando assim que estas equipas cumpram o seu papel como se pretende.

A Enfª Orientadora e membro da CCI, que se encontrava presente nas acções de formação por mim realizadas, “tomou nota” de todas estas falhas (algumas já detectadas anteriormente), para voltar a esclarecer numa futura reunião da CCI com a empresa “Bom Ambiente”.

Foi efectuada uma folha de registo dos elementos presentes assim como um certificado de presença para entregar a todos os elementos da equipa de limpeza que assistiram à sessão de formação (ANEXO 14)

No final da sessão de formação foi entregue a cada um dos elementos presentes um folheto informativo sobre a temática abordada, com o intuito de (re) lembrar os passos importantes para uma boa higienização nas unidades de saúde (ANEXO 12).

Todo este trabalho que envolveu a preparação da sessão foi extremamente envolvente, mas como refere BACH (2003), *“todos os passos que damos são necessários para chegarmos aonde escolhemos chegar”* e desta forma este trabalho permitiu-me estimular e motivar a equipa de limpeza para a implementação de boas práticas.

- Implementação e colocação de suportes para desinfectantes das mãos á entrada ou á saída das zonas críticas;
- Planeamento de reuniões periódicas para avaliar a necessidade de formação e/ou actualização dos documentos elaborados;

Quanto a estas actividades ambas tiveram de sofrer alterações. Relativamente á primeira, CCI já se encontrava na tentativa de implementar estes suportes na Unidades de Saúde, logo, nada pude fazer relativamente a este aspecto.

Em relação á segunda actividade, após uma reunião informal com a CCI, pude constatar que esta era uma pratica constante. A CCI efectuava com alguma regularidade reuniões de forma a perceber e avaliar as necessidades formativas das equipas, assim com a actualização da documentação existente para prevenção e controle das IACS.

- Integração da Equipa da CCI / ACES Oeiras no projecto

Pessoalmente, foi muito gratificante verificar como os membros da CCI e toda a equipa multiprofissional se mostraram interessados em obter informações relativamente a este projecto. Emitiram a sua opinião, afirmando o quanto achavam este projecto importante para a prevenção e controlo das infecções.

Foi com muito agrado que verifiquei todo este interesse, o que me motivou ainda mais para continuar e atingir os meus objectivos. Toda a equipa esteve envolvida na validação dos trabalhos elaborados e em todas as actividades desenvolvidas.

No terceiro módulo de estágio, com a realização destes objectivos e tendo por base o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública, adquiri competências de coordenação, promoção e implementação das actividades dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde, contribuindo desta forma para um processo de capacitação de um grupo ou comunidades.

2. Dificuldades sentidas na fase de implementação do projecto

No III módulo de estágio, ou seja, na fase de implementação deste projecto, foram sentidas algumas dificuldades relativamente á aplicação de alguns trabalhos em duas unidades de saúde. Refiro-me à USF de São Julião e à UCSP de Barcarena.

Quando me dirigi a estas unidades, na tentativa falar com as responsáveis pela equipa de enfermagem e de divulgar os dados obtidos, propondo estratégias para combater as lacunas existentes relativamente á equipa, verifiquei que a disponibilidade por parte do pessoal de enfermagem era escassa.

Contudo a minha “missão” não terminou aqui! Em reunião informal com a CCI expus este problema, deixando toda a informação, já antes fornecida às restantes unidades de saúde, para ser facultada numa reunião com os elos da CCI das referidas Unidades (S. Julião e Barcarena).

Acredito, piamente, que através da CCI, toda esta informação chegará ao destino desejado.

CONCLUSÃO

Analisando, de forma global este estágio, começo por referir que foi uma experiência altamente enriquecedora, não só como profissional de saúde mas também a nível pessoal. Este percurso foi desenvolvido num contexto de trabalho completamente diferente do que realizo actualmente, visto que exerço funções em contexto hospitalar, o que me fez reflectir acerca da minha *praxis* enquanto enfermeira e futura especialista.

Este estagio teve início com a realização de um diagnóstico de situação, tendo sido nesta fase identificado o problema, ou seja, que o incumprimento de boas praticas nas Unidades de Saúde do ACES Oeiras pode levar a um aumento de infecções, o que vai de encontro á preocupação existente, relativamente a esta problematica, por parte da CCI.

Posteriormente á análise de conteudo dos resultados obtidos com a aplicação das grelhas de observação em seis unidades do ACES Oeiras (três unidades de saúde familiar e três unidades de cuidados de saúde personalizados), ficou confirmada a pertinencia da elaboração e implementação de um projecto de intervenção com o objectivo de controlar as IACS, denominado “ Mãos que Cuidam”.

Este projecto encontra-se sustentado ao nível da prevenção primária sendo dirigido aos profissionais de saúde e equipas de limpeza. Esta população, será alvo de uma observação periodica, por da CCI do ACES Oeiras e de uma intervenção direccionada para a resolução da lacuna identificada.

Estas intervenções serão realizadas através de formação, facultada pela CCI, com as equipas de limpeza, que poderão decorrer nas várias unidades pertencentes ao ACES Oeiras.

Pretende-se, com este projecto, prevenir um aumento das IACS e estimular os profissionais para a adesão de práticas correctas.

Considero pertinente referir que os objectivos gerais e especificos para os modulos I, II e III de estágio foram atingidos, na sua generalidade, tendo sido para isso realizadas actividades inicialmente delineadas.

Ao longo deste relatorio, foram referenciados quer os recursos materiais quer humanos imprescindiveis para a realização deste projecto.

Relativamente á apendizagem obtida neste estágio, considero importante referir em que a delineação de objectivos e respectivas actividades a desenvolver para

atingimento dos mesmos, permitiu uma organização e aquisição de conhecimentos relacionados com a temática em estudo, assim como o desenvolvimento de competências e crescimento profissional e pessoal. Por outro lado, a realização de um portefólio, que foi importantíssimo tanto para o desenvolvimento do estágio como para a realização do relatório final.

De salientar que existiu um grande envolvimento por parte dos membros da CCI/ ACES Oeiras, tanto que a sua presença foi fundamental para a mobilização de conhecimentos e estratégias necessárias como para a operacionalização do mesmo.

Em jeito de conclusão, julgo ter alcançado os objectivos a que me propus e que não tenha desiludido todos aqueles que apoiaram e incentivaram este projecto.

Como principais sugestões de mudança para o futuro, vale a pena referir a necessidade de se elaborar uma avaliação periódica das unidades de saúde assim como equipas de limpeza que se encontram responsáveis pela higienização e desinfecção das mesmas dando continuidade ao projecto “ Mãos que Cuidam”. Os resultados, por sua vez, deverão ser discutidos nas reuniões periódicas da CCI com os restantes Grupos Dinamizadores das unidades de saúde pertencentes ao ACES Oeiras / Carnaxide. Este procedimento seria fundamental para o sucesso da melhoria da aplicação dos mecanismos de prevenção, detecção e intervenção precoce das IACS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P. - *Manual de Procedimentos, A Higienização das Instalações dos Centros de Saúde no Contexto da Prevenção e Controlo da Infecção*. Comissão de Controlo de Infecção Regional, 2009

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO PINHAL INTERIOR NORTE I – *Manual de Procedimentos de Higienização e Limpeza em Controlo de Infecção*. Aces Pinhal Interior Norte I, 2010.

AZEVEDO, C. A. M.; AZEVEDO, A. G. – *Metodologia Científica. Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006.

BACH, R. – *Mensagens para Sempre*. Buenos Aires: Arteplural edições, 2003. 5ª Edição.

BLANCO, E. – *Como apresentar relatórios*. Lisboa: Editorial Estampa, 2000. 1ª Edição.

CAMPOS, A. – *DGS vai Reforçar Luta Contra Infecção Hospitalar*. Jornal O Público, 2003. Arquivo da Edição de 28/10/2003. Arquivo capturado a 07.05.2010 a partir do endereço URL: <http://www.opublico.pt/>

COSTA, A. C.; SILVA, M. G.; NORIEGA, E. – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização*, Fevereiro de 2008.

CASSETTARI, V. C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R. - *Manual para prevenção das infecções hospitalares 2009*. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Arquivo capturado a 21.04.2010 a partir do endereço URL: http://www.hu.usp.br/arquivos/Manualccih_2005.pdf

DECRETO LEI nº 28/2008 – *Caracterização Geral e Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde*, em Diário da República, 1º serie – nº38 de 22 de Fevereiro de 2008.

DGS – Circular Normativa nº 24/DSQC/DSC, de 17/12/2007 - *Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infecção (GCR)*

DELIBERAÇÃO nº 2466/2010 – *Regulamento Interno do Agrupamento de Centros de Saúde*, em Diário da República, 1º serie – nº38 de 22 de Fevereiro de 2008 – *Caracterização Geral e Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde*.

ESTRELA, E.; SOARES, M. A.; LEITÃO, M. J. – *Saber Escrever Uma Tese e Outros textos*. Alfragide: Publicações Dom Quixote, 2006. 6ª Edição.

FORTIN, M. F. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

IMPERATORI, E. ; GIRALDES M.^a do R. – *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

LEITE, C. M.; SILVA, E. A. – *O Poder da Imagem*, Arquivo capturado a 28.02.2011 a partir do endereço URL: www.revista.ulbrajp.edu.br

LEVY, C. E. - *Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde*. Arquivo capturado a 21.04.2010 a partir do endereço URL: <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/microbiologia/introducao.pdf>

NÉRCIO, J. – *Infecção Hospitalar*. Jornal O Interior, 2009. Arquivo da Edição de 21/05/2009. Arquivo capturado a 21.04.2010 a partir do endereço URL: <http://www.ointerior.pt/>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – *Guia para la Prevención y el Control de las Infecciones en Servicios de Salud*. OMS, La Paz - Bolivia, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Matriz Cursos Especialista*, Lisboa: OE, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nº 128/2011*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)*, Ordem dos Enfermeiros, 2008

ORDEM DOS ENFERMEIROS – O Planeamento em Saúde no âmbito do Desenvolvimento Comunitário. Ordem dos Enfermeiros, 2011. Arquivo capturado a 06.04.2011 a partir do endereço URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

DGS - Programa Nacional de Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. *Manual de Operacionalização*, 2008

PORTUGAL. Ministério da Saúde. ARSLVT. BALTAR, C.; MOREIRA, S. - *Manual de Procedimentos, A higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da prevenção e controlo da infecção*. Fevereiro de 2009. Arquivo capturado a 21.04.2010 a partir do endereço URL:<http://www.arslvt.minsaude.pt>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde, *Plano Operacional de Controlo de Infecção para os Cuidados de Saúde Primários*, Circular Normativa Nº 24/DSQC/DCS, de 17/12/2007. Lisboa: DGS, 2008.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde, *Inquérito Nacional de Prevalência*, Lisboa: DGS, 2009. Arquivo capturado a 26.02.2011 a partir do endereço URL: <http://www.dgs.pt>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Circular normativa n.º 20/DSQC/DGS*. Lisboa: DGS, 2007. Arquivo capturado a 20.02.2011 a partir do endereço URL: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Circular normativa n.º 24/DSQC/DSC*. Lisboa: DGS, 2007. Arquivo capturado a 20.02.2011 a partir do endereço URL: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde, *Organização das Comissões de Controlo de Infecção*, Circular Normativa Nº 18/DSQC/DSC, de 15/10/2007. Lisboa: DGS, 2008.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, *Proposta do Conselho Clínica de Nomeação para a Comissão de Controlo de Infecção do ACES Oeiras*. Despacho n.º 10/2010. Lisboa: ARSLVT, 2010

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Editora Gradiva, 1998.

RESENDE, A. – *Parentalidade Apoiada*. Curso de Mestrado em Enfermagem Universidade Católica. 2008

SANTOS, N. – *Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar*. São Paulo: Iátria, 2010.

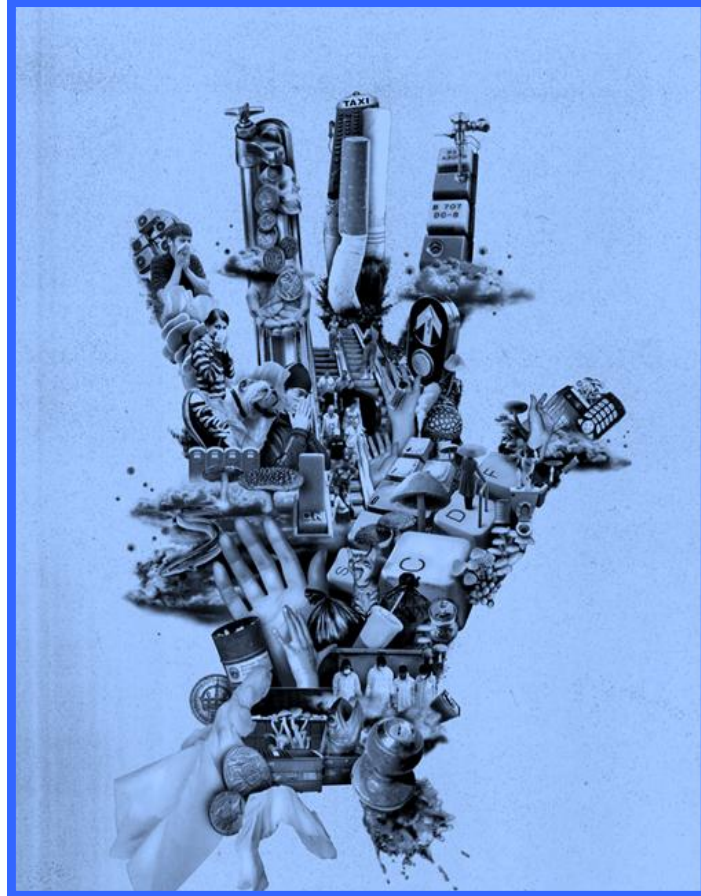
SUSSAMS, J. – *Como fazer um relatório*. Lisboa: Editorial Presença, 1990.

VIEIRA, M. – *Ser Enfermeiro, Da Compaixão á Proficiência*. Universidade Católica Editora Unipessoal Lda. 2ª ed. 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

Dados obtidos após a aplicação da Grelha de Observação



Trabalho elaborado por:

Inês Grilo

Aluna da Especialidade em Enfermagem Comunitária - UCP

	Página
OBJECTIVOS	3
PROCEDIMENTO DE AMOSTRAGEM	3
ANÁLISE	4
1 – EM QUE SITUAÇÃO LAVA AS MÃOS?	4
A - Considerações Iniciais	4
B - Interpretação dos Resultados	5
C - Conclusões	9
2 – COMO LAVA AS MÃOS?	10
A - Considerações Iniciais	10
B - Interpretação dos Resultados	11
C - Conclusões	15
3 – REALIZAÇÃO DE PENSOS	16
A - Considerações Iniciais	16
B - Interpretação dos Resultados	17
C - Conclusões	22
4 – ADMINISTRAÇÃO DE INJECTÁVEIS	23
A - Considerações Iniciais	23
B - Interpretação dos Resultados	23
C - Conclusões	27

“MÃOS QUE CUIDAM”

OBJECTIVOS

No âmbito do estágio efectuado na Comissão de Controlo de Infecção na área de Saúde Pública do Centro de Saúde de Paço D’Arcos foi desenvolvido um estudo com o grande objectivo de perceber e identificar hábitos dos profissionais de saúde em determinadas situações. Hábitos estes, que poderiam levar, consequentemente, a um aumento (ou não) da infecção na unidade de saúde onde se encontravam inseridos.

PROCEDIMENTO DE AMOSTRAGEM

Para este estudo foram analisadas seis Unidades de Saúde (três Unidades de Saúde Familiar (Delta, São Julião e Conde Oeiras) e três Unidades de Saúde Cuidados Personalizados (Paço D’Arcos, Oeiras e Barcarena) onde, em cada uma delas, foram recolhidas cinco observações e avaliadas em várias variáveis pertencentes às seguintes quatro temáticas:

- 1. Em que situações lava as mãos?**
- 2. Como lava as mãos?**
- 3. Realização de pensos a doentes.**
- 4. Administração de injectáveis.**

A elaboração da grelha de observação teve como base as grelhas de observação existentes na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Egas Moniz, sendo estas alteradas e adequadas aos cuidados de saúde primários.

A condução da recolha dos dados em cada uma das Unidades de Saúde aconteceu durante o turno da manhã e da tarde, onde, através de uma grelha de observação, foram registadas algumas situações diferentes para cada uma das temáticas atrás referidas (no máximo cinco), aos enfermeiros existentes nas salas de tratamentos (zonas críticas) e administração de injectáveis nos referidos turnos. As variáveis analisadas são afirmações construídas pela positiva, ou seja, espelham por si só uma resposta afirmativa. Sendo assim a possibilidade de resposta é dicotómica (*Sim* ou *Não*), sendo que por vezes, por impossibilidade, não foram observadas algumas variáveis (devidamente assinaladas como Não Observadas).

ANÁLISE

Vamos agora proceder à análise dos dados de forma a conseguir extrair dos mesmos informação suficiente para comentar as seguintes questões/ hipóteses (sempre que possível tentar-se-á complementar as estatísticas pontuais (contagens e proporções) com estatísticas intervalares, bem como com testes de hipóteses):

- Testar a proporção dicotómica das variáveis, independentemente da Unidade de Saúde;
- Investigar, de entre as quatro temáticas em causa, quais se apresentam mais críticas, independentemente da Unidade de Saúde;

Note-se que ao longo de todo o estudo foram assumidas as seguintes hipóteses:

- Independência entre Unidades de Saúde;
- Independência entre situações observadas;
- Independência entre as variáveis de cada tema, atribuindo a todas elas o mesmo peso, ou seja, dentro de cada tema é atribuída a mesma importância às variáveis em estudo.

Toda a análise estatística (estimativas pontuais e intervalares e testes de hipóteses) foi produzida com o auxílio do *software* estatístico SPSS, complementado, essencialmente aquando da necessidade de construção de gráficos, com o MS-Excel.

1. EM QUE SITUAÇÕES LAVA AS MÃOS

A. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Foram estudadas neste tema as seguintes variáveis:

- 1.1. Quando entra na sala de tratamentos;
- 1.2. Antes do contacto com os doentes;
- 1.3. Depois do contacto com os doentes;
- 1.4. Antes de manipular fármacos;
- 1.5. Depois de administrar fármacos;
- 1.6. Antes de manipular material esterilizado;
- 1.7. Depois de manipular material contaminado;
- ~~1.8. Depois de manipular o equipamento de protecção individual;~~
- 1.9. Depois de contactar com secreções/ excreções;
- 1.10. Antes de executar uma técnica invasiva;
- 1.11. Depois de retirar as luvas;
- 1.12. Antes de manipular algalias, drenagens, pensos.

Foi desprezada do estudo a variável *1.8 – Depois de manipular o equipamento de protecção individual*, pelo facto da mesma não ter sido observada em nenhuma das Unidades de Saúde.



B. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se, de seguida, um conjunto de tabelas e um gráfico que resume, de forma simples, o comportamento de todas as variáveis avaliadas referentes ao tema 1 – “Em que situações lava as mãos?”

Foram contabilizadas, para as duas classes em causa (Sim ou Não), as frequências e as respectivas percentagens. Adicionalmente foram construídos, através do *Método de Bootstrap*, intervalos de confiança para as percentagens atrás referidas.

1.1 - Entrada sala tratamentos						
		Frequency	Percent	Std. Error	Bootstrap for Percent ^a	
					95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	2	6,7%	4,7	,0	16,7
	Não	28	93,3%	4,7	83,3	100,0
	Total	30	100,0%	31,8	,0	100,0

1.2 - Antes do contacto com o doente						
		Frequency	Percent	Std. Error	Bootstrap for Percent ^a	
					95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	15	50,0%	9,2	33,3	70,0
	Não	15	50,0%	9,2	30,0	66,7
	Total	30	100,0%	,0	100,0	100,0

1.3 - Depois do contacto com o doente						
		Frequency	Percent	Std. Error	Bootstrap for Percent ^a	
					95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	29	96,7%	3,3	90,0	100,0
	Não	1	3,3%	3,3	,0	10,0
	Total	30	100,0	47,5	,0	100,0

1.4 – Antes de manipular fármacos						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	4	13,3%	6,0	3,3	26,7
	Não	26	86,7%	6,0	73,3	96,7
	Total	30	100,0%	9,4	100,0	100,0

1.5 – Depois de administrar fármacos						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	27	90,0%	5,3	76,7	100,0
	Não	3	10,0%	5,3	,0	23,3
	Total	30	100,0%	18,6	,0	100,0

1.6 – Antes de manipular material esterilizado						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	3	10,0%	5,2	,0	20,0
	Não	27	90,0%	5,2	80,0	100,0
	Total	30	100,0%	21,2	,0	100,0

1.7 – Depois manipular material contaminado						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

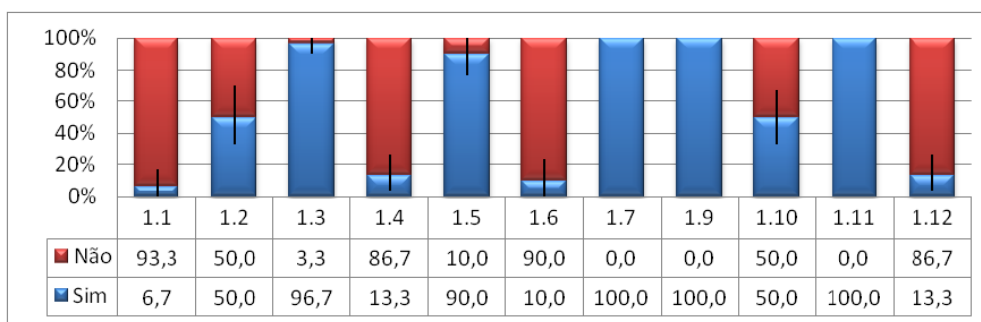
1.9 - Depois contacto com secreções						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

1.10 - Antes de realizar técnica invasiva						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	15	50,0%	9,0	33,3	66,7
	Não	15	50,0%	9,0	33,3	66,7
	Total	30	100,0%	,0	100,0	100,0

1.11 - Depois de retirar luvas						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

1.12 - Antes de manipular algalias/pensos/drenagens						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	4	13,3%	5,8	3,3	23,3
	Não	26	86,7%	5,8	76,7	96,7
	Total	30	100,0%	9,4	100,0	100,0





Legenda:	
1.7. Quando entra na sala de tratamentos;	1.1. Depois de manipular material contaminado;
1.8. Antes do contacto com os doentes;	1.2. Depois de manipular o equipamento de
1.9. Depois do contacto com os doentes;	protecção individual;
1.10. Antes de manipular fármacos;	1.3. Depois de contactar com secreções/ excreções;
1.11. Depois de administrar fármacos;	1.4. Antes de executar uma técnica invasiva;
1.12. Antes de manipular material esterilizado;	1.5. Depois de retirar as luvas;
	1.6. Antes de manipular algálias, drenagens, pensos.

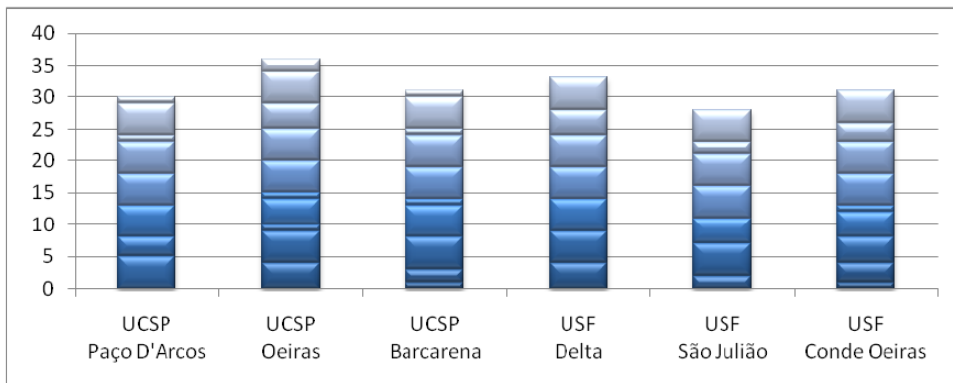
Constata-se através do gráfico anterior, que espelha, para todas as variáveis do tema 1 – “ Em que situação lava as mãos?”, as percentagens pontuais e intervalares, que as variáveis:

- 1.1 – Quando entra na sala de tratamentos (6,7%);
- 1.4 – Antes de manipular fármacos (13,3%);
- 1.6 – Antes de manipular material esterilizado (10%);
- 1.12 – Antes de manipular algálias, drenagens, pensos (13,3%),

são aquelas que menos são cumpridas (menos de 50%), pelo que no geral, sem entrando no detalhe da Unidade de Saúde, se pode concluir que será previsível e eventualmente desejável uma acção de sensibilização junto dos intervenientes das situações de forma a melhorar o procedimento nas mesmas.

Olhando para as variáveis referidas no parágrafo anterior (menores percentagens no que toca a lavagem de mãos), podemos ser indiciados, pelo padrão existente nas mesmas, que a lavagem de mãos em situações “*antes de algo*” é menos cumprida que a lavagem de mãos em situações “*depois de algo*”.

Após uma análise mais individualizada que nos permitiu identificar as variáveis que necessitam de revisão de comportamento, vamos então perceber, ao nível das Unidades de Saúde, qual o comportamento das variáveis em estudo. Para isso comece-se por considerar as seis Unidades de Saúde, e através do gráfico seguinte perceber a distribuição das variáveis pelos mesmos. Para isso empilharam-se as contagens de cada variável, por Unidade de Saúde, tendo-se verificado que, apesar de **não existir nenhuma Unidade de Saúde que se destaque consideravelmente das restantes**, a de Oeiras foi de facto aquela que apresentou maior quantidade de lavagem de mãos (maior nº de vezes que foi visualizada a lavagem das mãos). A Unidade de Saúde com maior défice na lavagem de mãos é a de São Julião.



C. CONCLUSÕES

Como podemos verificar, estatisticamente, **não existe uma diferença significativa entre Unidades de Saúde**. No entanto, acções de sensibilização deverão ser tomadas no sentido de incrementar a lavagem de mãos aquando das seguintes situações (com especial ênfase nas primeiras quatro referidas de seguida):

- 1.1 – Quando entra na sala de tratamentos (6,7%);
- 1.2 – Antes do contacto com o doente (50%);
- 1.4 – Antes de manipular fármacos (13,3%);
- 1.6 – Antes de manipular material esterilizado (10%);
- 1.10 – Antes de executar uma técnica invasiva (50%);
- 1.12 – Antes de manipular algálias, drenagens, pensos (13,3%).

Para tentar colmatar estas falhas, relativamente ao momento certo de lavagem das mãos, foram desenvolvidos alguns projectos de sensibilização, que serão implementados nas seis unidades de saúde já anteriormente referidas.

2. COMO LAVA AS MÃOS

A. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Foram avaliadas/estudadas neste tema as seguintes variáveis, do segundo tema “**Como lava as mãos?**”:

- 2.1. Retira anéis, pulseiras ou relógio;
- 2.2. Unhas são curtas;
- 2.3. Palma com palma;
- 2.4. Palma com dorso;
- 2.5. Lava os espaços interdigitais;
- 2.6. Lava os polegares;
- 2.7. Lava as unhas e as extremidades dos dedos;
- 2.8. Lava os punhos;
- 2.9. Não limpa as mãos a uma toalha;
- 2.10. Limpa as mãos a toalhetes descartáveis;

- 2.11. Usa sabão líquido;
- ~~2.12. Usa sabonete;~~
- 2.13. Usa solução alcoólica;
- ~~2.14. Usa solução anticéptica;~~

- 2.15. Demora cerca de 10 segundos a lavar as mãos;
- 2.16. Demora cerca de 11 a 20 segundos a lavar as mãos;
- 2.17. Demora cerca de 21 a 30 segundos a lavar as mãos;
- 2.18. Demora mais de 30 segundos a lavar as mãos.

As variáveis 2.12 – *Usa sabonete* e 2.14 – *Usa solução anticéptica* foram desprezadas pelo facto da sua observação não fazer sentido no âmbito deste estudo, estando já englobadas de forma directa nas 2.11 – *Usa sabão líquido* e 2.13 – *Usa solução alcoólica*.

As variáveis 2.11 e 2.13 foram convertidas numa única variável dicotómica. O mesmo procedimento foi aplicado às variáveis 2.15 a 2.18, tendo-se verificado, por vezes, a necessidade de agrupá-las numa única, que reflectisse apenas o que é entendido, hoje em dia em enfermagem, como o tempo óptimo para lavagem de mãos: mais de 30 segundos.

B. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se, mais uma vez, alguns resultados obtidos para cada uma das variáveis deste tema. Foram contabilizadas, para as duas classes em causa (Sim ou Não), as frequências e as respectivas percentagens. Adicionalmente foram construídos, através do *Método de Bootstrap*, intervalos de confiança para as percentagens atrás referidas.

2.1 - Retira anéis, pulseiras, relógio						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	18	60,0%	8,6	43,3	76,7
	Não	12	40,0%	8,6	23,3	56,7
	Total	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.2 – Apresenta unhas curtas						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.3 – Lava palma c/ palma						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.4 – Lava palma com dorso						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	27	90,0%	5,4	76,7	100,0
	Não	3	10,0%	5,4	,0	23,3
	Total	30	100,0%	21,0	,0	100,0



2.5 - Lava os espaços interdigitais						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	15	50,0%	8,9	33,3	66,7
	Não	15	50,0%	8,9	33,3	66,7
	Total	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.6 - Lava os polegares						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	13	43,3%	8,9	26,7	60,0
	Não	17	56,7%	8,9	40,0	73,3
	Total	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.7 - Lava unhas e extremidades dos dedos						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	5	16,7%	6,9	3,3	30,0
	Não	25	83,3%	6,9	70,0	96,7
	Total	30	100,0%	4,5	100,0	100,0

2.8 - Lava os punhos						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	13	43,3%	8,8	26,7	60,0
	Não	17	56,7%	8,8	40,0	73,3
	Total	30	100,0%	,0	100,0	100,0



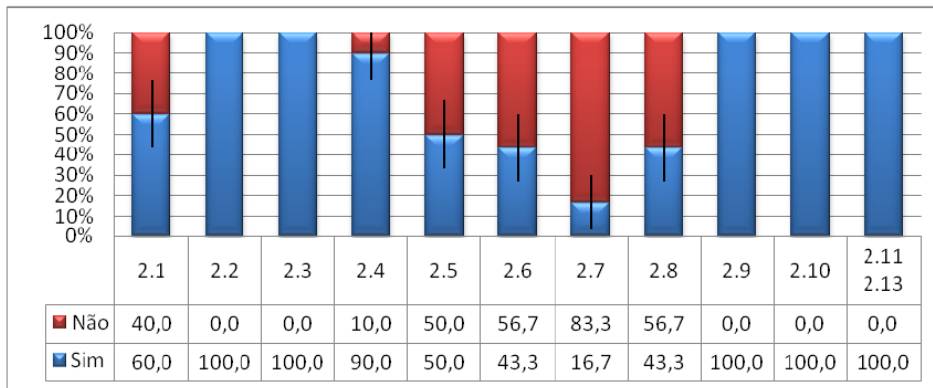
2.9 – Não limpa as mãos a uma toalha						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.10 - Limpa mãos a toalhetes descartáveis						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.11 2.13 - Usou produto (Sabão líquido ou solução alcoólica)						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100,0%	,0	100,0	100,0

2.18 - Demora mais de 30 segundos						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Não	30	100,0%	,0	100,0	100,0





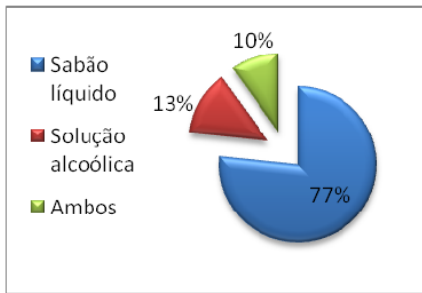
Legenda:	
2.1. Retira anéis, pulseiras ou relógio;	2.8. Lava os punhos;
2.2. Unhas são curtas;	2.9. Não limpa as mãos a uma toalha;
2.3. Palma com palma;	2.10. Limpa as mãos a toalhetes descartáveis;
2.4. Palma com dorso;	2.11. Usa sabão líquido;
2.5. Lava os espaços interdigitais;	2.12. Usa sabonete;
2.6. Lava os polegares;	2.13. Usa solução alcoólica;
2.7. Lava as unhas e as extremidades dos dedos;	2.14. Usa solução antisséptica;

Constata-se através do gráfico anterior, que espelha, para todas as variáveis do tema 2 – “**Como lava as mãos?**”, as percentagens pontuais e intervalares, que as variáveis:

- 2.6 – Lava os polegares (43,3%);
- 2.7 – Lava as unhas e as extremidades dos dedos (16,7%);
- 2.8 – Lava os punhos (43,3%);
- 2.18 – Demora mais de 30 segundos a lavar as mãos (0,0%),

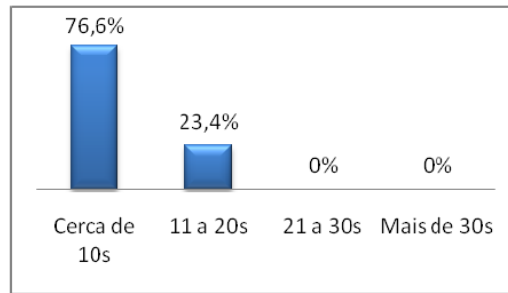
São aquelas que menos são cumpridas (menos de 50%), pelo que no geral, sem entrando no detalhe da Unidade de Saúde, se pode concluir que será previsível e eventualmente desejável uma acção de sensibilização junto dos intervenientes das situações de forma a melhorar o procedimento nas mesmas.

Podem ser analisados de forma diferenciada as variáveis que reflectem os produtos utilizados na lavagem de mãos e o tempo total gasto na lavagem. Relativamente ao primeiro assunto, e tendo em conta que foram desprezadas as variáveis 2.12 e 2.14, então as variáveis 2.11 e 2.13, em conjunto, revelaram que, independentemente da Unidade de Saúde, o **sabão líquido foi o produto mais utilizado (77%)**. No que toca ao segundo assunto, foi verificado que o tempo levado na lavagem de mãos foi sempre insuficiente, demorando, na maioria dos casos, cerca de 10 segundos, sendo o aconselhável mais de 30 segundos.



Legenda:

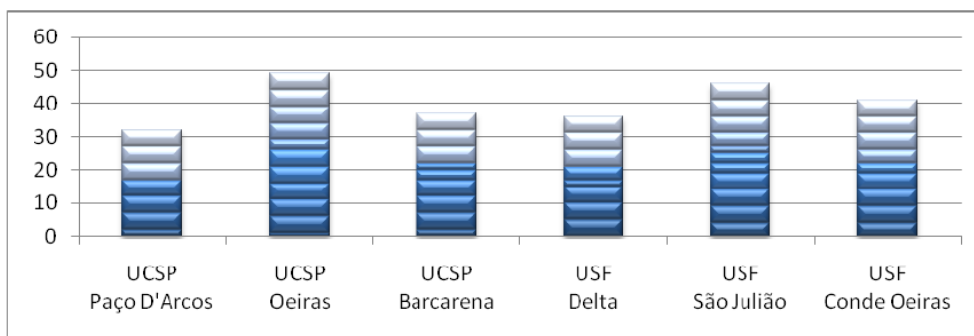
2.11 e 2.13 - Junção das variáveis " Usa sabão líquido" e " Usa solução alcoólica"



Legenda:

2.18. Demora mais de 30 segundos a lavar as mãos.

Após esta análise mais individualizada que nos permitiu identificar as variáveis que necessitam de revisão de comportamento, vamos então perceber, ao nível das Unidades de Saúde, qual o comportamento das variáveis em estudo. Para isso comece-se por considerar as seis Unidades de Saúde, e através do gráfico seguinte perceber a distribuição das variáveis pelos mesmos. Empilharam-se as contagens de cada variável, por Unidade de Saúde, tendo-se verificado que **não existe nenhuma Unidade de Saúde que se destaque consideravelmente das restantes.**



C. CONCLUSÕES

Podemos ainda constatar, mais uma vez, que as variáveis atrás referidas (2.6, 2.7, 2.8 e 2.18) foram as mais descuidadas em todas as Unidades de Saúde, ao contrário das variáveis 2.2, 2.3, 2.4, 2.9, 2.10 e 2.11-2.13, que se apresentam com os maiores valores de uma correcta lavagem de mãos.

Ações de sensibilização deverão ser tomadas no sentido de corrigir a forma de lavagem de mãos aquando das seguintes situações:

- 2.5 – Lava os espaços interdigitais (50%);
- 2.6 – Lava os polegares (43,3%);
- 2.7 – Lava as unhas e as extremidades dos dedos (16,7%);
- 2.8 – Lava os punhos; (43,3%)
- 2.18 – Demora mais de 30 segundos a lavar as mãos (0%).

3. REALIZAÇÃO DE PENSOS

A. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Foram estudadas neste tema as seguintes variáveis:

- 3.1. Reúne o material necessário para a execução do penso assegurando a esterilidade do material;
- 3.2. Coloca o doente em posição adequada para a realização do penso;
- 3.3. Lava as mãos antes da realização do penso;
- 3.4. Remove o penso do doente utilizando luvas limpas não estéreis;
- 3.6. Usa luvas esterilizadas ou pinças na realização do penso;
- 3.7. Limpa a úlcera de pressão com movimentos do centro para a periferia;
- 3.8. Realiza o penso com técnica asséptica;
- 3.9. Aplica o material de penso mais adequado ao tipo de ferida;
- ~~3.10. Substitui luvas em caso de várias úlceras;~~
- ~~3.11. Individualiza material em caso de úlceras múltiplas;~~
- 3.12. Usa avental de protecção antes da realização de um penso;
- 3.13. Não usa o mesmo equipamento adequado à realização de um penso em outras áreas do Centro de Saúde;
- ~~3.14. Solicita a limpeza da sala de tratamentos após a realização de penso;~~
- 3.15. Não utiliza terapêutica de uso tópico directamente no doente (toca com a bisnaga directamente no doente);
- 3.16. As soluções utilizadas na realização do penso ficam fechadas;
- 3.17. A ferida/úlcera não apresenta sinais inflamatórios (dor, tumor, calor, rubor e pus);
- 3.18. As soluções utilizadas na realização do penso são substituídas;

- 3.19. Proceder correctamente à triagem do material de penso (junto à Marquesa do doente):
 - 3.19.1. Resíduos contaminados em saco branco;
 - 3.19.2. Resíduos limpos em saco preto;
 - 3.19.3. Resíduos reciclados em saco azul;
 - 3.19.4. Cortantes e agulhas na bio box.

As variáveis 3.10, 3.11 e 3.14 foram desprezadas pelo facto de não terem sido inteiramente observadas. A variável 3.9 não foi estudada porque, neste caso específico, todas as observações desta variável se apresentavam como “Sim”, logo atingiria um valor de 100%, ou seja, todas as observações desta variável foram realizadas correctamente (dando um total de 100%).

A variável 3.19, apresentada com quatro subvariáveis dicotómicas, foi transformada numa única variável. Apenas subsistiu esta possibilidade porque, foi observado, em todas as observações, para todas as subvariáveis, o resultado “Sim”.

B. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

De forma análoga ao que foi feito nos temas 1 e 2, também neste tema, iremos tentar extrair alguma informação dos dados. Como tal apresentam-se, mais uma vez, alguns resultados obtidos para cada uma das variáveis deste tema.

Foram contabilizadas, para as duas classes em causa (“Sim” ou “Não”), as frequências e as respectivas percentagens. Adicionalmente foram construídos, através do *Método de Bootstrap*, intervalos de confiança para as percentagens atrás referidas.

3.1 - Reúne o material necessário para a execução do penso assegurando a esterilidade do material						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	13	92,9%	6,9	78,6	100,0
	Não	1	7,1%	6,9	,0	21,4
	Total	14	100,0%	47,9	,0	100,0

3.2 - Coloca doente na posição adequada para a realização do penso						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	14	100,0%	,0	100,0	100,0

3.3 - Lava as mãos antes da realização do penso						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	5	35,7%	13,0	14,3	64,1
	Não	9	64,3%	13,0	35,9	85,7
	Total	14	100,0%	7,7	100,0	100,0



3.4 – Remove o penso com luvas não estéreis						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	14	100,0%	,0	100,0	100,0

3.6 - Usa luvas esterilizadas ou pinças na realização do penso						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	13	92,9%	7,0	78,6	100,0
	Não	1	7,1%	7,0	,0	21,4
	Total	14	100,0%	47,9	,0	100,0

3.7 - Limpa a ferida do mais sujo para o mais limpo						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	14	100,0%	,0	100,0	100,0

3.8 - Realiza o penso com técnica asséptica						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	14	100,0%	,0	100,0	100,0

3.12 - Não usa avental de protecção						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	2	14,3%	9,2	,0	35,7
	Não	12	85,7%	9,2	64,3	100,0
	Total	14	100,0%	30,0	,0	100,0

3.13 - Usa o mesmo equipamento em outras áreas do centro de saúde						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	3	21,4%	10,9	,0	42,9
	Não	11	78,6%	10,9	57,1	100,0
	Total	14	100,0%	16,8	,0	100,0

3.15 - Não utiliza terapêutica de uso tópico directamente no doente						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	14	100,0%	,0	100,0	100,0

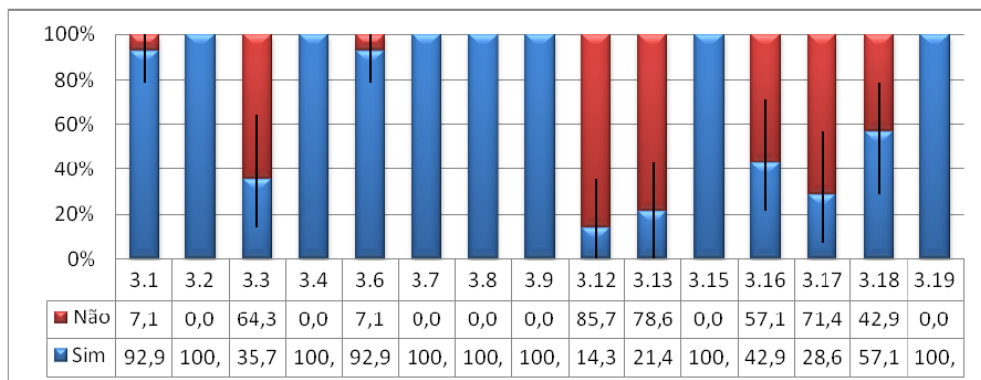
3.16 - As soluções ficam fechadas						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	6	42,9%	13,8	14,3	71,4
	Não	8	57,1%	13,8	28,6	85,7
	Total	14	100,0%	5,5	100,0	100,0



3.17 - Ferida não apresenta sinais inflamatórios						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	4	28,6%	11,4	7,1	50,0
	Não	10	71,4%	11,4	50,0	92,9
	Total	14	100,0%	7,7	100,0	100,0

3.18 - As soluções são substituídas						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	8	57,1%	13,6	28,6	85,7
	Não	6	42,9%	13,6	14,3	71,4
	Total	14	100,0%	3,2	100,0	100,0

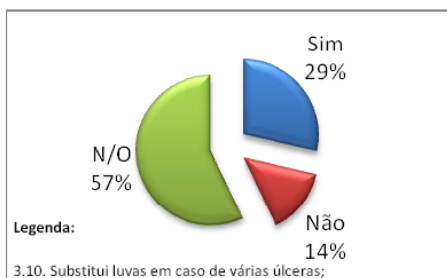
3.19 - Procedo correctamente à triagem do material de penso						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	14	100,0%	,0	100,0	100,0



Constata-se através do gráfico anterior, que espelha, para todas as variáveis do tema 3, as percentagens pontuais e intervalares, que as variáveis:

- 3.3 – Lava as mãos antes da realização do penso (35,7%);
- 3.12 – Usa avental de protecção antes da realização de um penso (14,3%);
- 3.13 – Usa o mesmo equipamento adequado á realização de um penso em outras áreas do Centro de Saúde (21,4%);
- 3.16 – As soluções utilizadas na realização do penso ficam abertas (42,9%);

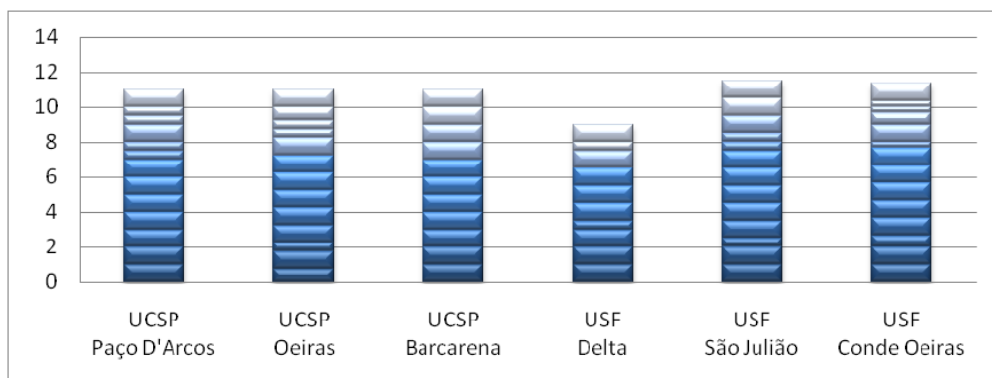
São aquelas que menos são cumpridas (menos de 50%), pelo que no geral, sem entrando no detalhe da Unidade de Saúde, se pode concluir que será previsível e eventualmente desejável uma acção de sensibilização junto dos profissionais de saúde, de forma a melhorar o procedimento nas mesmas.



Vamos agora efectuar uma pequena análise à variável 3.10 - “*Substitui luvas em caso de várias úlceras*”, que foi, pelo facto de apresentar várias observações como “N/O” (Não Observada), deixada de lado na análise global. Dentro das observações válidas o “Sim” prevaleceu com 67%, contra os 33% do “Não”, sendo que no global o “Sim” apresentou 29%, contra os 14% do “Não”. É normal que esta variável não tenha sido observada em todas as situações pelo facto de ser

direccionada apenas para aquelas em que existiam várias úlceras.

Após esta análise mais individualizada que nos permitiu identificar as variáveis que necessitam de revisão de comportamento, vamos então perceber, ao nível das Unidades de Saúde, qual o comportamento das variáveis em estudo. Para isso comece-se por considerar as seis Unidades de Saúde, e através do gráfico seguinte perceber a distribuição das variáveis pelos mesmos. Empilharam-se as contagens proporcionadas de cada variável do tema 3, por Unidade de Saúde (foram empilhadas de forma proporcionada porque neste tema a recolha não foi feita igual número por Unidade de Saúde), tendo-se verificado que **nenhuma Unidade de Saúde se destaca das restantes**, pelo que no que toca às componentes gerais de elaboração de pensos, todas as Unidades de Saúde apresentam um comportamento semelhante.

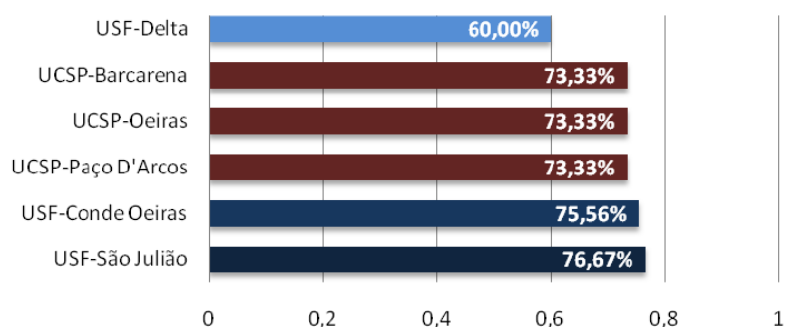


C. CONCLUSÕES

Acções de sensibilização deverão ser tomadas no sentido de incrementar a lavagem de mãos aquando das seguintes situações:

- 3.3 – Lava as mãos antes da realização do penso (35,7%);
- 3.12 – Usa avental de protecção antes da realização de um penso (14,3%);
- 3.13 – Usa o mesmo equipamento adequado á realização de um penso em outras áreas do Centro de Saúde (21,4%);
- 3.16 – As soluções utilizadas na realização do penso ficam fechadas (28,6%).

Apesar de **não se verificar uma diferença estatisticamente significativa entre Unidades de Saúde**, a de São Julião revelou-se a Unidade, que no global, apresentou melhores resultados. A que apresentou os resultados mais baixos foi a de Delta. Apesar da diferença verificada entre as Unidades de Saúde não ter sido significativa, podemos hierarquiza-las crescentemente no que toca à variável global de lavagem de mãos da seguinte forma:



Como pode ser comprovado pelo gráfico anterior a hierarquização reflecte exactamente aquilo que já tínhamos outrora confirmado, ou seja, que não existe nenhum destaque significativo entre Unidades de Saúde.

4. ADMINISTRAÇÃO DE INJECTÁVEIS

A. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Foram estudadas neste tema as seguintes variáveis:

- 4.1. Prepara previamente todo o material necessário;
- 4.2. Lava as mãos;
- 4.3. Escolhe o local para administração de injectáveis, afastado de lesões;
- 4.4. Desinfecta as mãos antes de iniciar a administração;
- 4.5. Palpa o local antes da desinfeção do mesmo;
- 4.6. Utiliza luvas;
- 4.7. Desinfecta o local apropriadamente (~~com~~);
 - 4.7.1. Álcool a 70 %;
 - 4.7.2. Cutasept;
 - 4.7.3. Iodopovidona;
 - 4.7.4. Clorhexidina.
- 4.8. Proceder correctamente à triagem do material;
- 4.9. Lava as mãos após a realização da técnica.

Na variável 4.7 foi verificado que, em todas as observações, o local foi correctamente desinfectado com álcool a 70%, o que nos levou, de forma a facilitar o estudo, a transformar a variável 4.7, que outrora se apresentava policotómica, como dicotómica.

B. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

De forma análoga ao que foi feito nos temas anteriores, também neste tema, iremos tentar extrair alguma informação dos dados. Como tal apresentam-se, mais uma vez, os resultados obtidos para cada uma das variáveis deste tema.

Foram contabilizadas, para as duas classes em causa (“Sim” ou “Não”), as frequências e as respectivas percentagens. Adicionalmente foram construídos, através do *Método de Bootstrap*, intervalos de confiança para as percentagens atrás referidas.

4.1 - Prepara previamente o material necessário						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ³		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper			
Valid	Sim	16	100,0%	,0	100,0	100,0



4.2 – Lava as Mãos (antes da administração do injectável)						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	4	25,0%	11,0	6,3	50,0
	Não	12	75,0%	11,0	50,0	93,8
	Total	16	100,0%	12,2	100,0	100,0

4.3 - Escolhe local para administração de injectáveis, afastado de lesões						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	16	100,0%	,0	100,0	100,0

4.4 - Desinfecta mãos antes de iniciar a administração						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	5	31,3%	11,8	12,5	56,3
	Não	11	68,8%	11,8	43,8	87,5
	Total	16	100,0%	5,5	100,0	100,0

4.5 - Palpa o local antes da desinfeção do mesmo						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	16	100,0%	,0	100,0	100,0



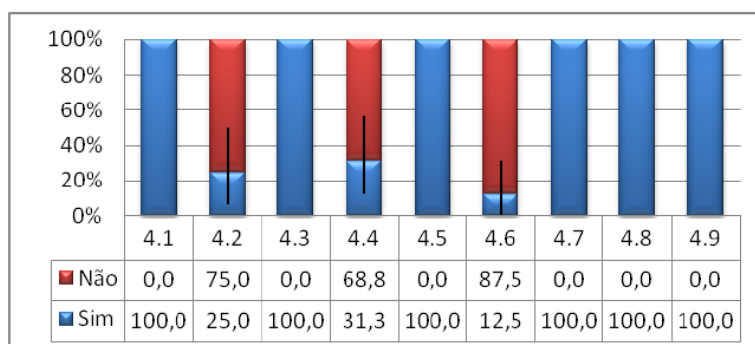
4.6 - Utiliza luvas						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	2	12,5%	8,6	,0	31,3
	Não	14	87,5%	8,6	68,8	100,0
	Total	16	100,0%	32,5	,0	100,0

4.7 - Desinfecta o local						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	16	100,0%	,0	100,0	100,0

4.8 - Procede correctamente à triagem do material						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	16	100,0%	,0	100,0	100,0

4.9 - Lava as mãos após realização da técnica						
		Frequency	Percent	Bootstrap for Percent ^a		
				Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	16	100,0%	,0	100,0	100,0



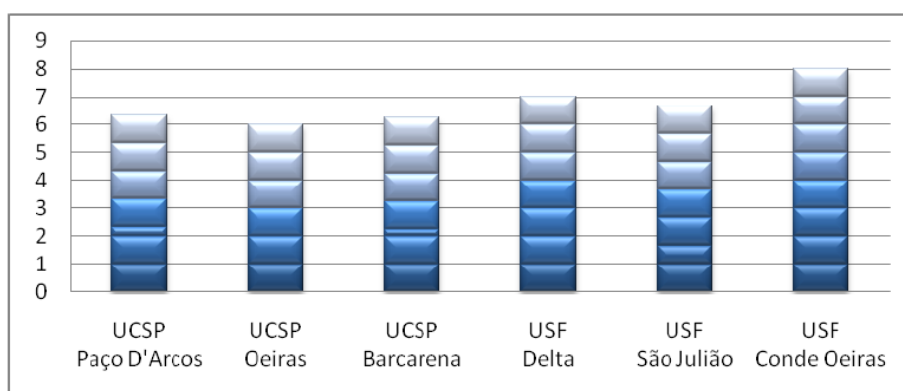


Constata-se através do gráfico anterior, que espelha, para todas as variáveis do tema 4 - “*Administração de Injectáveis*”, as percentagens pontuais e intervalares, que as variáveis:

- 4.2 – Lava as mãos (25,0%);
- 4.4 – Desinfecta as mãos antes de iniciar a administração (31,3%);
- 4.6 – Utiliza luvas (12,5%);

São aquelas que menos são cumpridas (menos de 50%), pelo que no geral, sem entrando no detalhe da Unidade de Saúde, se pode concluir que será previsível e eventualmente desejável uma acção de sensibilização junto dos intervenientes das situações de forma a melhorar o procedimento das mesmas.

Após esta análise mais individualizada que nos permitiu identificar as variáveis que necessitam de revisão de comportamento, vamos então perceber, ao nível das Unidades de Saúde, qual o comportamento das variáveis em estudo. Para isso começa-se por considerar as seis Unidades de Saúde, e através do gráfico seguinte perceber a distribuição das variáveis pelos mesmos. Empilharam-se as contagens proporcionadas de cada variável, por Unidade de Saúde (foram empilhadas de forma proporcionada porque neste tema a recolha não foi feita igual número por Unidade de Saúde), tendo-se verificado que **nenhuma Unidade de Saúde se destaca das restantes**, pelo que no que toca às componentes gerais de administração de injectáveis, todas as Unidades de Saúde apresentam um comportamento semelhante.

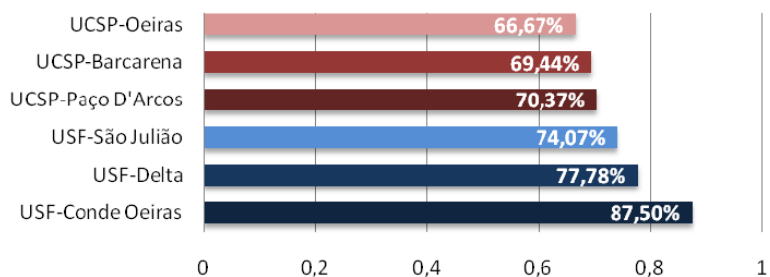


C. CONCLUSÕES

Acções de sensibilização deverão ser tomadas no sentido de incrementar a lavagem de mãos aquando das seguintes situações:

- 4.2 – Lava as mãos (25%);
- 4.4 – Desinfecta as mãos antes de iniciar a administração (31,3%);
- 4.6 – Utiliza luvas (12,5%).

Quanto aos resultados das unidades de saúde em geral:



Verificou-se que a Unidade de Saúde Conde Oeiras, no global, apresentou os melhores resultados. A que apresentou os resultados mais baixos foi a de Oeiras, no entanto, **nenhuma Unidade de Saúde se destaca significativamente das restantes.**

ANEXO 2

Instrumento de Colheita de Dados (Grelha de Observação)

Data ___/___/___

Local: _____

Turno: _____

1- Em que situações lava as mãos?

		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
1.1	Quando entra na Sala de Tratamentos			
1.2	Antes do contacto com o doente			
1.3	Depois do contacto com o doente			
1.4	Antes de manipular fármacos			
1.5	Depois de administrar fármacos			
1.6	Antes de manipular material esterilizado			
1.7	Depois de manipular materia contaminado			
1.8	Depois de manipular o equipamento de protecção individual			
1.9	Depois de contactar com secreções/ excreções			
1.10	Antes de executar uma tecnica invasiva			
1.11	Depois de retirar as luvas			
1.12	Antes de manipular algálias, drenagens, pensos			

2- Como lava as mãos?

Técnica de lavagem das mãos		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
2.1	Retira aneis, pulseiras ou relógio			
2.2	Unhas são curtas			
2.3	Palma com palma			
2.4	Palma com dorso			
2.5	Lava os espaços interdigitais			
2.6	Lava os polegares			
2.7	Lava as unhas e as extremidades dos dedos			
2.8	Lava os punhos			
2.9	Limpa as mãos a uma toalha			
2.10	Limpa as mãos a toalhetes descartáveis			

Produto utilizado		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
2.11	Usa sabão líquido			
2.12	Usa sabonete			
2.13	Usa solução alcoolica			
2.15	Usa solução anticéptica			

Tempo gasto na execução da técnica		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
2.16	Demora cerca de 10 segundos a lavar as mãos			
2.17	Demora cerca de 11 a 20 segundos a lavar as mãos			
2.18	Demora cerca de 21 a 30 segundos a lavar as mãos			
2.19	Demora mais de 30 segundos a lavar as mãos			

3- Realização de pensos a doentes com úlceras de pressão

		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
3.1	Reúne o material necessário para a execução do penso assegurando a esterilidade do material			
3.2	Coloca o doente em posição adequada para a realização do			

	penso			
3.3	Lava as mãos antes da realização do penso			
3.4	Remove o penso do doente utilizando luvas limpas não estéreis			
3.6	Usa luvas esterilizadas ou pinças na realização do penso			
3.7	Limpa a úlcera de pressão com movimentos do centro para a periferia			
3.8	Realiza o penso com tecnica asseptica			
3.9	Aplica o material de penso mais adequado ao tipo de ferida			
3.10	Substitui luvas em caso de varias úlceras			
3.11	Individualiza material em caso de úlceras múltiplas			
3.12	Usa avental de protecção antes da realização de um penso			
3.13	Usa o mesmo equipamento adequado á realização de um penso (ex. avental) em outras áreas do Centro de Saúde.			
3.14	Solicita a limpeza da sala de tratamentos após a realização de penso			
3.15	Utiliza terapêutica de uso tópico directamente no doente (toca com a bisnaga directamente no doente)			
3.16	As soluções utilizadas na realização do penso ficam abertas			
3.17	A ferida/úlceras, apresenta sinais inflamatórios (dor, tumor, calor, rubor e pús)			
3.18	As soluções utilizadas na realização do penso são substituídas			

3.19	Procede correctamente á triagem do material de penso: (junto á Marquesa do doente)	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
	Resíduos contaminados em saco branco			
	Resíduos limpos em saco preto			
	Resíduos reciclados em saco azul			
	Cortantes e agulhas na biobox			

4- Administração de injectáveis

		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
4.1	Prepara previamente todo o material necessário			
4.2	Lava as mãos			
4.3	Escolhe o local para administração de injectáveis, afastado de lesões			
4.4	Desinfecta as mãos antes de iniciar a administração			
4.5	Palpa o local antes da desinfectação do mesmo			
4.6	Utiliza luvas			

4.7	Desinfecta o local com:	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>
	Álcool a 70 %			

	Cutasept			
	Iodopovidona			
	Clorhexidina			

4.8	Procede correctamente á triagem do material:	Sim	Não	N/A
	Agulhas na biobox			
	Resíduos contaminados em saco branco			
	Resíduos limpos em saco preto			

		Sim	Não	N/A
4.9	Lava as mãos após a realização da técnica			

ANEXO 3

Instrumento para verificação da higienização das instalações do ACES Oeiras

(Aplicado pela CCI, segundo o Manual de Procedimentos da CCI Regional)

Instrumento para verificação da higienização das instalações

Norma 1 Higienização das Instalações - ANEXO 6

Unidades aderentes		60,0%					
Unidades avaliadas		90,0%					
DATAS		Março 10					
1 Higienização das instalações do Centro de Saúde é assegurado por:							
Empresa		90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Funcionários CS		50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2 Horário e número de funcionários que asseguram a higienização?							
Nº Funcio.		1,3	0	0	0	0	0
Horário							
meio turno		20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1 turno		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2 turnos		50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3 O Centro de Saúde submeteu à apreciação da CCI a Avaliação Areas Risco?							
Sim	Sim	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	Não	90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4 Empresa fez e tem uma correcta Avaliação áreas de Risco							
Sim		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não		90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5 A Empresa							
a) Tem Plano Limpeza?							
Sim		40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não		50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
b) Limpa do não Critico para o mais Critico?							
Sim		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não		90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
c) Tem descrição material Adequado?							
Sim		30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não		60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
d) Indica quem é Encarregado da Limpeza							
Sim		50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não		40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
e) Preve a supervisão da higie. das instalações							
Sim		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não		90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
6 Como classifica os diferentes tipos de higienização (Percentagens do insuficiente)							
Corrente (I.S.B.MB)							
	critica	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	semi- critica	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	não critica	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Conservação (I.S.B.MB)							
	critica	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	semi- critica	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	não critica	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Imediata (I.S.B.MB)							
	critica	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	semi- critica	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	não critica	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Global (I.S.B.MB)							
	critica	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	semi- critica	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	não critica	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
7 Está afixada mapa de registo da efectivação da limpeza							

Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
8 Está assinado o mapa de registo da efectivação da limpeza						
Sim	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9 Limpeza do pavimento c duplo balde						
Sim	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10 Os baldes de limpeza são higienizados entre cada limpeza						
Sim	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
11 Panos de limpeza						
a) Respeita os codigos da Norma 1!						
Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

I - Insuficiente/ S - Suficiente/ B - Bom/ MB - Muito Bom

b) são exclusivos da cada área?						
Sim	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
12 As Esfregonas são exclusivas das áreas?						
Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
13 Compartimento destinado à descontaminação e armazenamento						
a) é exclusivo para os materiais de limpeza?						
Sim	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
b) Está identificado?						
Sim	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
c) o pavimento é revestido com material liso, lavável, resistente e imputrescível?						
Sim	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
d) as paredes são revestidas com material liso, lavável, resistente e imputrescível?						
Sim	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
e) o teto é revestido com material liso, lavável, resistente e imputrescível?						
Sim	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
f) possui ventilação adequada?						
Sim	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
g) Possui pontos de água?						
Sim	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
h) Possui lavatório?						
Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
i) O lavatorio tem doseador de sabão liquido?						
Sim	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
j) o lavatório tem sistema individual de secagem?						
Sim	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Não	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
k) possui pia para despejos?						
Sim	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
l) possui bancada com cuba de lavagem?						
Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
m) possui superfície que permita colocação de baldes invertidos?						
Sim	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
n) tem local próprio para guardar os detergentes e desinfetantes?						
Sim	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
o) tem local para guardar panos e franjas limpos?						
Sim	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
p) tem local para guardar o aspirador, cabos de esfregonas e baldes?						
Sim	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
14 As embalagens dos detergentes estão rotuladas com as indicações						
a) de utilização						
Sim	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
b) de composição?						
Sim	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
c) o precaução de segurança?						
Sim	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15 Existe ficha de segurança dos detergentes?						
Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16 As embalagens dos desinfetantes estão rotuladas com as indicações						
a) de utilização						
Sim	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
b) de composição?						
Sim	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
c) o precaução de segurança?						
Sim	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17 Existe ficha de segurança dos desinfetantes?						
Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18 A empresa apresentou o plano de Formação para os profissionais de limpeza						
Sim	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19 A qualidade da limpeza demonstra que os profissionais foram sujeitas a formação.						
Sim	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Não	90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20 Aspectos positivos a serem destacados						
Aspecto valorizado	Breve justificação					

21 Aspectos a melhorar			
Situação a melhorar	Medidas	Quem é responsável	nova avaliação em
Nome	Entidade	Rubrica	
	CCI		
	Empresa		
	Outro		
22 Outros aspectos relevantes			

Horário das 8h 20h tem 1 crédito se for 8-14h tem 0,5 créditos

ANEXO 4

Cronograma de Actividades para os Módulos I, II, III

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REFERENTE AO MÓDULO I

ACTIVIDADES	Abril de 2010		Maio de 2010				Junho de 2010		
	De 19/4 a 23/4	26/4 a 30/4	De 3/5 a 7/5	10/5 a 14/5	17/5 a 21/5	24/5 a 28/5	De 1/6 a 4/6	7/6 a 11/6	14/6 a 19/6
Consultar manuais existentes acerca da caracterização e funcionamento do ACES Oeiras / Carnaxide;									
Apresentação da UCSP Paço D'Arcos pelo orientador de estágio;									
Observação directa da estrutura da UCSP Paço D'Arcos;									
Revisão bibliográfica sobre o tema do projecto									
Recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar									
Realização de um instrumento de colheita de dados									
Observação participante nas									

unidades de saúde acima referidas									
Participação nas reuniões da Unidade de Saúde Pública de Paço D'Arcos, no âmbito do projecto do controlo de infecção									
Análise e interpretação dos dados obtidos (do instrumento de colheita de dados) com a colaboração da enfermeira orientadora (Enfª Isabel Correia)									
Comunicar a informação recolhida à equipa multiprofissional									

Cronograma de Actividades referente ao Módulo II

ACTIVIDADES	Setembr o 2010	Outubro 2010				Novembro 2010				Dezembro 2010			Janeiro 2011			
	De 27/9 a 1/10	04/10 a 08/10	11/10 a 15/10	18/10 a 22/10	25/10 a 29/10	1/11 a 5/11	8/11 a 12/11	15/11 a 19/11	22/11 a 26/11	29/11 a 3/12	6/12 a 10/12	13/12 a 17/12	3/01 a 7/01	10/01 a 14/01	17/01 a 21/01	24/01 a 28/01
Observação participante																
Avaliar os resultados do instrumento de colheita de dados																
Análise e interpretação dos dados obtidos com a colaboração da Enfermeira orientadora de estágio																
Planear e realizar formação nas áreas das necessidades identificadas																
Utilização de técnicas de intervenção de acordo com a avaliação da situação Comunicar a informação recolhida																
multiprofissionais																
Realizar pesquisa bibliografica																
Recolha prévia de informação junto da equipa																
Observação das diferentes áreas das unidades de saúde																
Identificar e sinalizar as áreas críticas, semi-críticas e não-críticas																
Realizar um logotipo para identificação das diferentes areas																
Adquirir informação acerca dos horários de limpeza das unidades de saúde																
Realizar reuniões com a empresa da Equipa de Limpeza																
para definir os procedimentos de acordo com as áreas críticas, semi-críticas e não críticas,;																

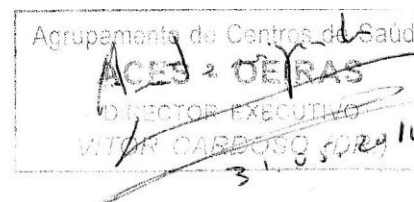
Cronograma de Actividades referente ao Módulo III

ACTIVIDADES	Janeiro 2011			
	03/01/2011 a 07/01/2011	10/01/2011 a 14/01/2011	17/01/2011 a 21/01/2011	24/01/2011 a 28/01/2011
Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema				
Realizar folhetos informativos/ cartazes nas zonas de risco elevado de infecção				
Planear reuniões periódicas para avaliar a necessidade de formação e/ou actualização dos documentos elaborados;				
Realizar um plano de higienização das zonas críticas				
Implementar a colocação de suportes para desinfetantes das mãos á entrada				
ou á saída das zonas críticas				
Realizar reuniões com a empresa da Equipa de Limpeza para definir os procedimentos de acordo com as áreas críticas, semi -críticas e não críticas				
Integrar a Equipa de Saúde Pública do Centro de Saúde de Paço D'Arcos no projecto				
Realizar reuniões com a empresa da Equipa de Limpeza para definir os procedimentos de acordo com as áreas críticas, semi -críticas e não críticas				

ANEXO 5

Consentimento informado para aplicação do Instrumento de Colheita de Dados

Exmº Sr.º Director do ACES Oeiras / Carnaxide



Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados para a realização de um trabalho de avaliação de uma Unidade Curricular do Curso de Mestrado.

Inês Sofia Noite Grilo, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Saúde Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio expor a vossa Ex.ª o seguinte:

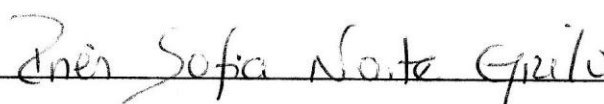
Estando a realizar o seu estágio na Unidade de Saúde Pública, localizada no edifício de Paço d' Arcos, e no âmbito do Projecto de Controlo de Infecção do ACES Oeiras, pretendo elaborar um trabalho utilizando como instrumento de colheita de dados, uma grelha de orientação directa nas diferentes actividades desenvolvidas pelas enfermeiras e assistentes de limpeza nas zonas de risco, especificamente, nas salas de tratamento. Esta observação abrange o planeamento e execução de actos invasivos e metodologia de higienização das respectivas salas.

Prevê-se a aplicação deste instrumento de colheita de dados, nos meses de Junho e Julho do presente ano, nas seis unidades pertencentes ao ACES Oeiras/ Carnaxide Ocidental.

Desde já agradeço a colaboração dispensada.

Pede diferimento.

Lisboa, 31 Maio de 2010



(Inês Sofia Noite Grilo)

ANEXO 6

Apresentação em PPT, á equipa da CCI, dos resultados obtidos nas seis Unidades de Saúde

ESTUDO EM SEIS UNIDADES - ACES OEIRAS

CCI
ACES 4 - OEIRAS

AMOSTRA

Analizadas seis Unidades de Saúde:

- Delta (USF)
- São Julião (USF)
- Conde Oeiras (USF)
- Paço D'Arcos(USCP)
- Oeiras (USCP)
- Barcarena (USCP)



ESTUDO

1. Em que situações lava as mãos?
2. Como lava as mãos?
3. Realização de pensos a doentes.
4. Administração de injectáveis.



OBJECTIVO



Investigar, de entre as quatro temáticas em causa, quais se apresentam mais críticas, independentemente da Unidade de Saúde

EM QUE SITUAÇÕES LAVA AS MÃOS ?



1.1 - ENTRADA NA SALA DE TRATAMENTOS

		Bootstrap for Percent ^a				
					95% Confidence Interval	
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	2	6,7%	4,7	,0	6,7
	Não	28	93,3%	4,7	83,3	100,0
Total		30	100,0	31,8	,0	100,0

1.2 – ANTES DO CONTACTO COM O UTENTE

		Bootstrap for Percent ^a				
		95% Confidence Interval				
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	15	50,0%	9,2	33,3	70,0
	Não	15	50,0%	9,2	30,0	66,7
Total		30	100,0	,0	100,0	100,0

1.3 – DEPOIS DO CONTACTO COM O UTENTE

		Bootstrap for Percent ^a				
		95% Confidence Interval				
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	29	96,7%	3,3	90,0	100,0
	Não	1	3,3%	3,3	,0	10,0
Total		30	100,0	47,5	,0	100,0

1.4 – ANTES DE MANIPULAR FÁRMACOS

Bootstrap for Percent ^a						
				95% Confidence Interval		
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	4	13,3%	6,0	3,3	26,7
	Não	26	86,7%	6,0	73,3	96,7
	Total	30	100,0	9,4	100,0	100,0

1.5 – APÓS ADMINISTRAR FÁRMACOS

Bootstrap for Percent ^a						
				95% Confidence Interval		
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	27	90,0%	5,3	76,7	100,0
	Não	3	10,0%	5,3	,0	23,3
	Total	30	100,0	18,6	,0	100,0

1.6 – ANTES DE MANIPULAR MATERIAL ESTERILIZADO

Bootstrap for Percent ^a						
95% Confidence Interval						
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	3	10,0%	5,2	,0	20,0
	Não	27	90,0%	5,2	80,0	100,0
Total		30	100,0	21,2	,0	100,0

1.7 – DEPOIS DE MANIPULAR MATERIAL CONTAMINADO

Bootstrap for Percent ^a						
95% Confidence Interval						
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	30	100%	,0	100,0	100,0

1.9 – DEPOIS DE CONTACTAR COM SECREÇÕES

Bootstrap for Percent^a

		95% Confidence Interval				
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	30	100%	,0	100,0	100,0

1.10 – ANTES DE UMA TECNICA INVASIVA

Bootstrap for Percent^a

		95% Confidence Interval				
		Frequency	Percent	Std. Error	Lower	Upper
Valid	Sim	15	50,0%	9,0	33,3	66,7
	Não	15	50,0%	9,0	33,3	66,7
Total		30	100,0	,0	100,0	100,0

1.11 – DEPOIS DE RETIRAR LUVAS

Bootstrap for Percent^a

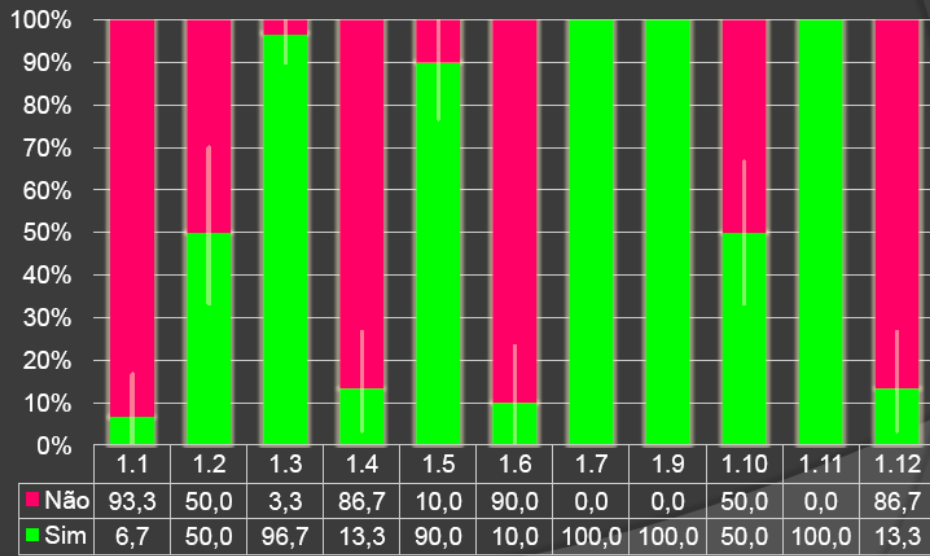
		Frequency	Percent	Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	30	100%	,0	100,0	100,0

1.12 – ANTES DE MANIPULAR ALGÁLIAS/ DRENAGENS/ PENSOS

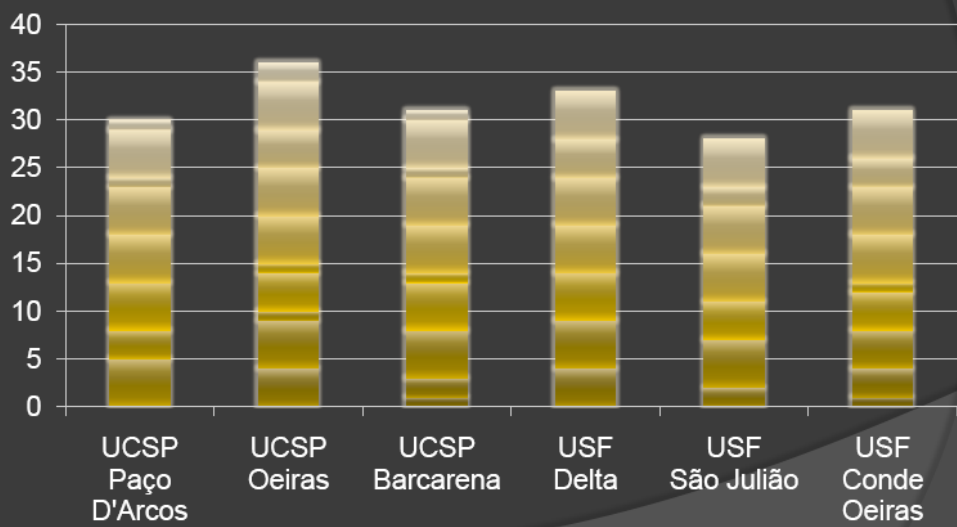
Bootstrap for Percent^a

		Frequency	Percent	Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Valid	Sim	4	13,3	5,8	3,3	23,3
	Não	26	86,7	5,8	76,7	96,7
Total		30	100,0	9,4	100,0	100,0

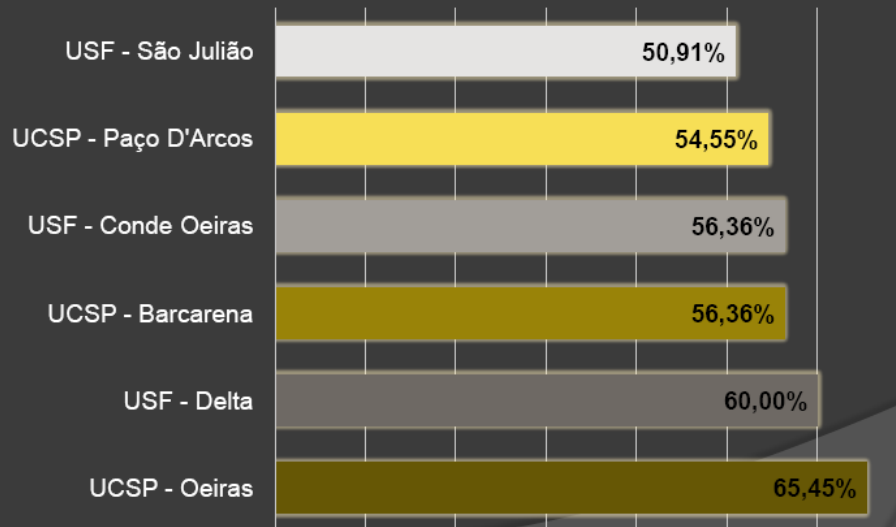
RESUMO



RESUMO



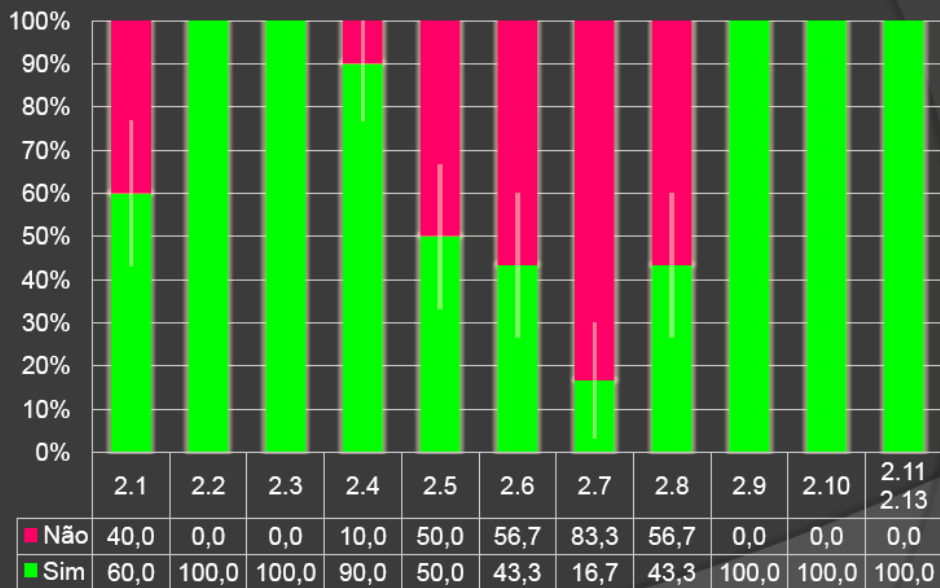
RESUMO



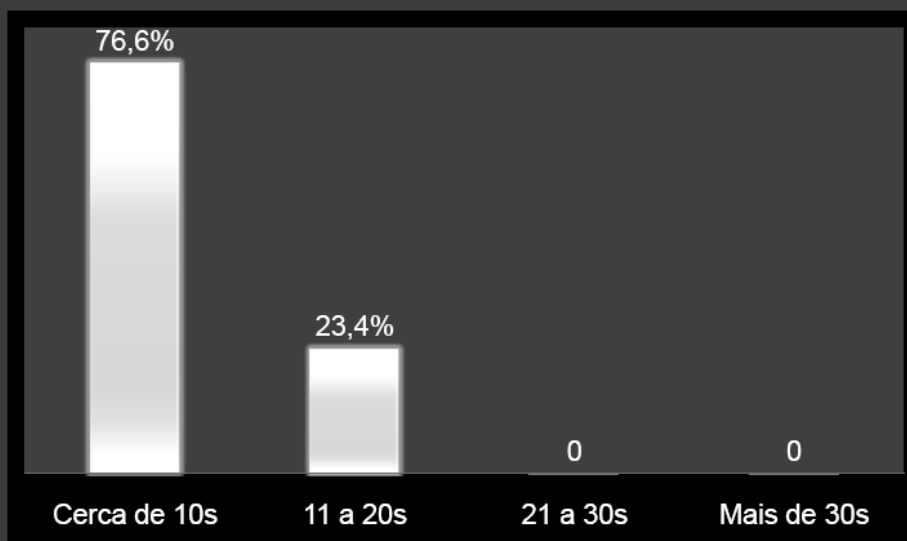
COMO LAVA AS MÃOS ?



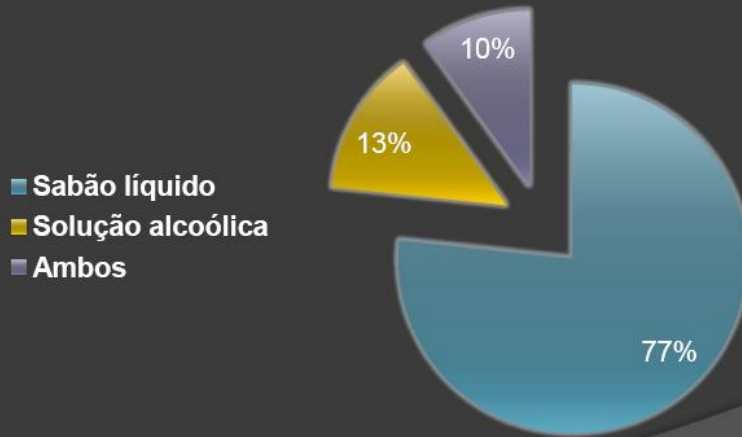
COMO LAVA AS MÃOS ?



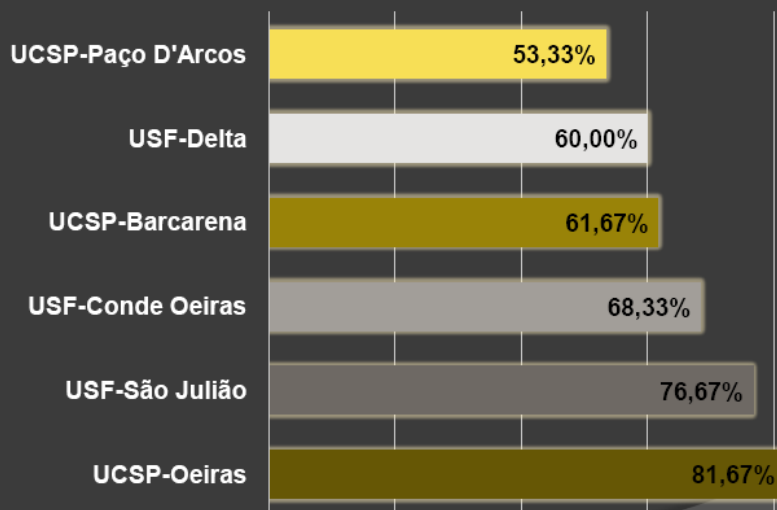
TEMPO GASTO NA LAVAGEM DAS MÃOS



TIPO DE PRODUTO UTILIZADO



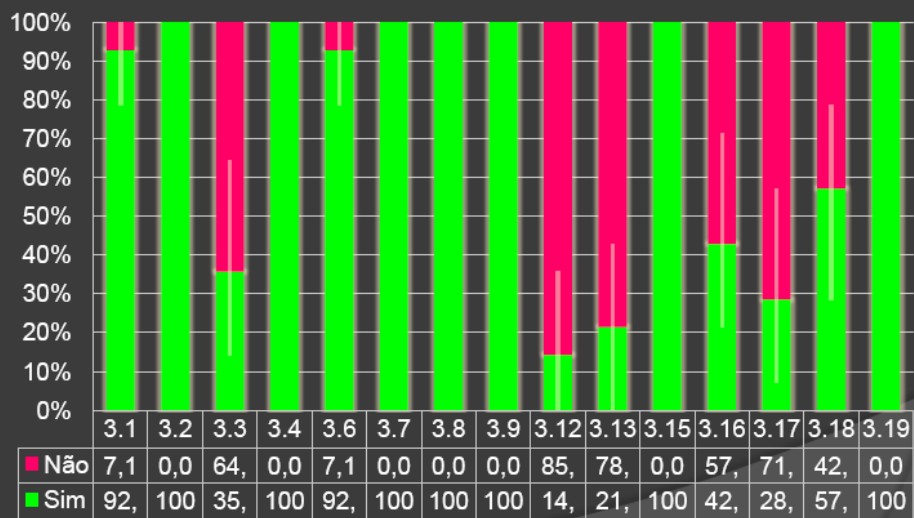
RESUMO



REALIZAÇÃO DE PENSOS



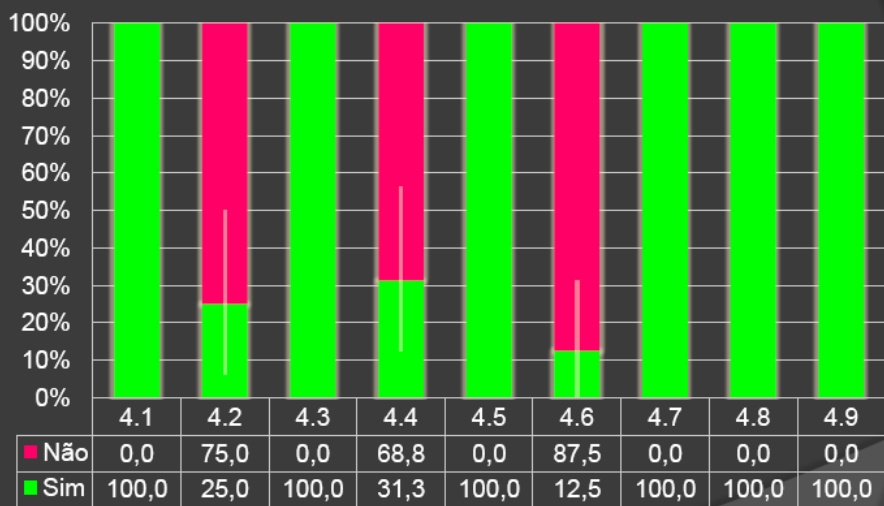
INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS



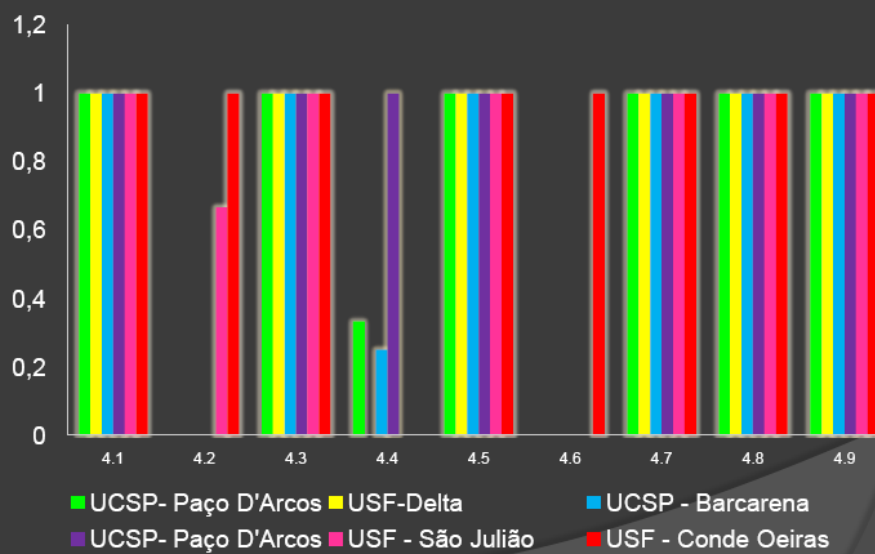
ADMINISTRAÇÃO DE INJECTÁVEIS



INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS



INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS



ESTRATÉGIAS



SINALÉTICA



SINALÉTICA



SINALÉTICA

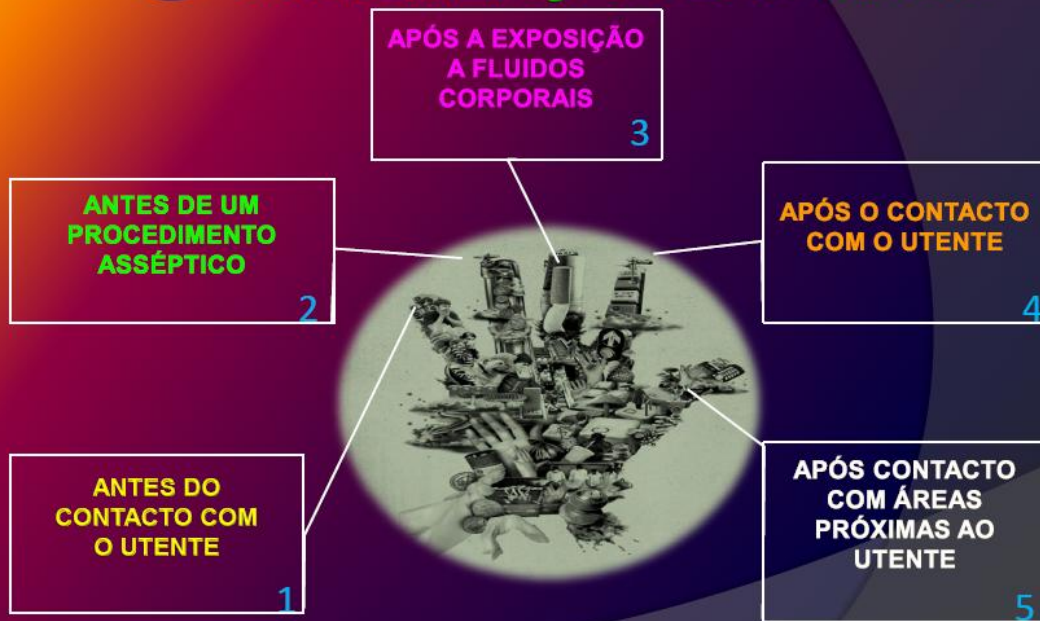


TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

Para anexar aos espelhos que se encontram junto aos lavatórios das zonas críticas.



5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



CCI – ACES 4

Elaborado por : Inês Grilo

Aluna da Especialidade em Saúde Comunitária –UCP

HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE



BOAS PRÁTICAS DE LIMPEZA



ANEXO 7

“ 5 Momentos para a Higienização das Mãos”

Poster adaptado aos Cuidados de Saúde Primários

5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



CCI – ACES 4

Elaborado por : Inês Grilo
Aluna da Especialidade em Saúde Comunitária –UCP

5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



CCI – ACES 4

Elaborado por : Inês Grilo

Aluna da Especialidade em Saúde Comunitária –UCP

5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



CCI – ACES 4

Elaborado por : Inês Grilo

Aluna da Especialidade em Saúde Comunitária –UCP

ANEXO 8

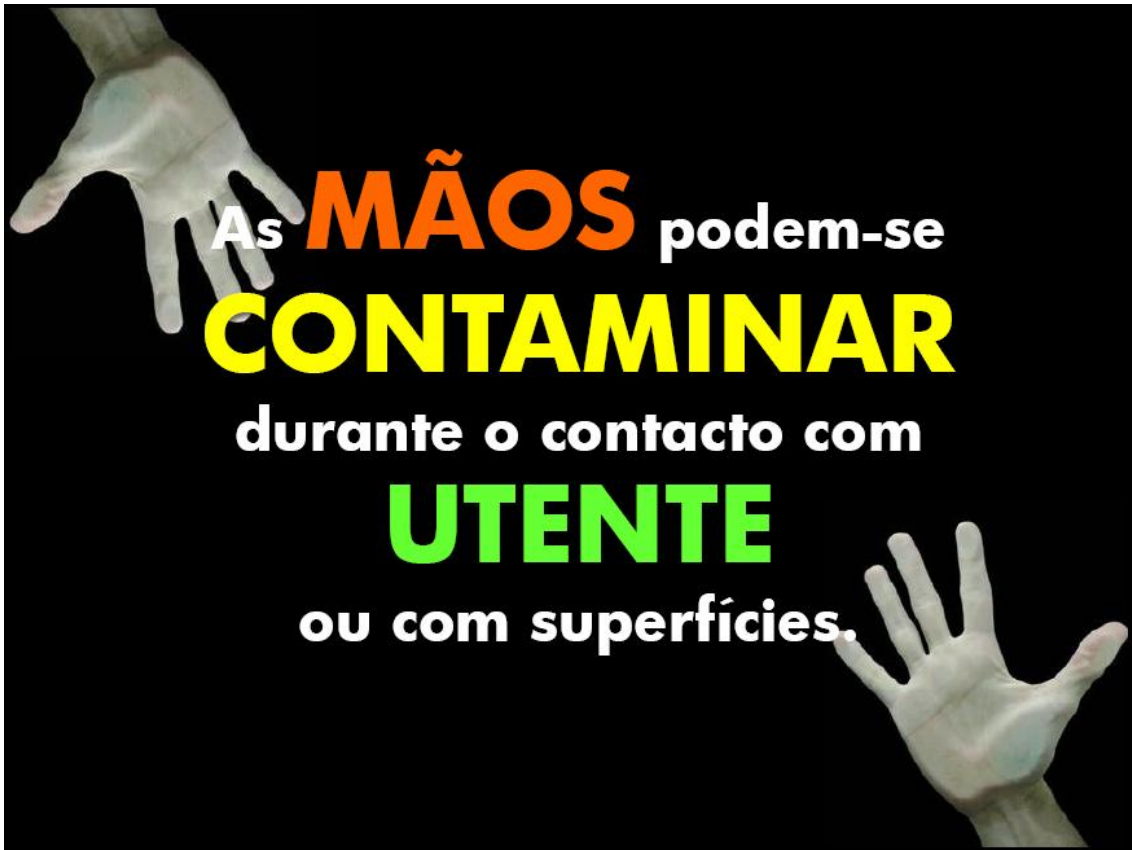
“ Já Lavou as Suas Mãos Hoje?”

(Screensaver para aplicação nos computadores existentes nas zonas críticas)

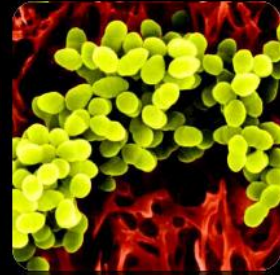
Já lavou
as mãos
hoje???



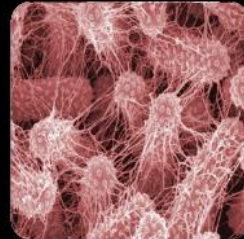
As nossas **MÃOS** são o
INSTRUMENTO ASSISTENCIAL
MAIS UTILIZADO !



STAPHYLOCOCCUS AUREUS



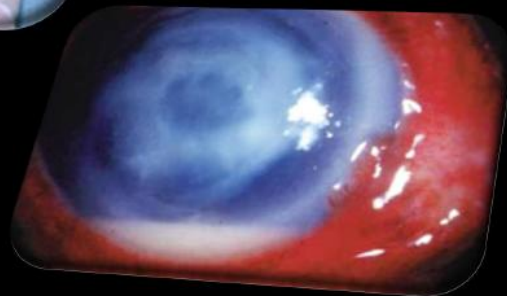
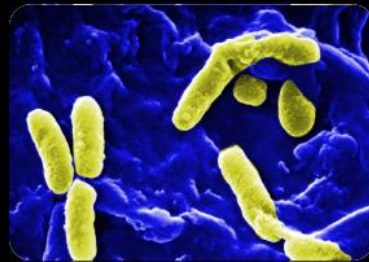
KLEBSIELLA PNEUMONIAE



ACINETOBACTER



PSEUDOMONAS



ESCHERICHIA COLI



CANDIDA ALBICANS



CORYNEBACTERIUM



1

ESFREGAR
PALMA com
PALMA e
PUNHOS



2

Friccionar o
DORSO em
movimentos de
VAI-E-VEM.



3

Entrelaçar os
dedos e
FRICCIONAR
os **ESPAÇOS**
INTERDIGITAIS



4

FRICCIONAR o
DORSO e a
PONTA DOS
DEDOS



5


FRICCIÓNAR os
POLEGARES,
utilizando
movimentos
circulares.



6



FRICCIÓNAR as
POLPAS DIGITAIS
E UNHAS
contra a palma da
mão.



DURANTE,
pelo menos,
40 a 60
SEGUNDOS.



Na **HORA CERTA**, com o produto **ADEQUADO** ...

SEM PERDA DE TEMPO!

ANEXO 9

Técnica de Lavagem das Mãos

(Autocolante para colocar nos espelhos existentes, junto aos lavatórios das zonas críticas)

Higienização das Mãos

- 1.** Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.


- 2.** Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.


- 3.** Esfregar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.


- 4.** Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, alternando as mãos a vice-versa.


- 5.** Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.


- 6.** Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com o movimento de vai-e-volta a vice-versa.


- 7.** Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular a vice-versa.


- 8.** Friccionar as polpas digitais e unhas de uma mão contra a palma da mão oposta, fechada em punho, fazendo movimento circular a vice-versa.


- 9.** Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular a vice-versa.


- 10.** Enxaguar as mãos, mantendo-as abertas para baixo, com o auxílio da água corrente, utilizando movimento circular a vice-versa.


- 11.** Secar as mãos com papel toalha descartável, utilizando sempre a mesma superfície para reduzir contaminação.



ANEXO 10

Logotipos de identificação das diferentes áreas das Unidades de Saúde





ANEXO 11

Sessão de Formação “ Boas Práticas de Higienização”

HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE



BOAS PRÁTICAS DE LIMPEZA

Classificação das Áreas



ZONA NÃO CRÍTICA



ZONA SEMI CRÍTICA



ZONA CRÍTICA

Quadro 1 – classificação das áreas do centro de saúde de acordo com o risco de infecção

Área	Definição		Exemplos
Crítica	GERAL	São aquelas em que existe um maior risco de transmissão de infecção, por serem locais onde se realizam procedimentos de risco (eminente e invasivos) e onde se poderão encontrar utentes com o seu sistema imunitário deprimido.	-Salas de pequena cirurgia -Salas de estomatologia / higiene oral -Salas de tratamento de feridas
	ESPECÍFICA	São aquelas em que a especificidade dos procedimentos realizados tem um considerável risco biológico, exigindo um plano de limpeza e de desinfecção próprio.	-Salas de bloco operatório -Laboratórios -Serviços de Esterilização -Centro de Diagnóstico Pneumológico
Semi-crítica	GERAL	São todas aquelas que são utilizadas por utentes e onde se realizam procedimentos de risco reduzido, excluindo as que estão incorporadas nas áreas críticas.	-Salas de administração de aerossóis -Salas de vacinação -Salas de injectáveis -Salas de saúde infantil e planeamento familiar -Salas de podologia -Outros gabinetes de consulta -Instalações sanitárias -Balneários
	ESPECÍFICA	São aquelas onde se armazena resíduos hospitalares com risco biológico.	-Zona de armazenagem de resíduos hospitalares dos Grupos III e IV
Não-crítica	Correspondem àquelas onde não se realizam procedimentos de risco.		-Salas do Serviço administrativo e similares -Salas de reuniões -Salas de espera -Corredores e átrios -Refeitórios, copas e bares -Escadas internas de emergência -Entradas exteriores dos serviços - Elevadores

LIMPEZA



É a **REMOÇÃO DE SUJIDADE** por meios químicos, mecânicos ou térmicos, efectuada às instalações num determinado período de tempo.

Inclui limpeza de pavimentos, tectos, janelas, varandas, mobiliário, equipamentos, etc. .

MEIOS DE LIMPEZA



QUIMICOS

São utilizados produtos com propriedades de dissolução, dispersão e suspensão de sujidade.

MEIOS DE LIMPEZA



MECÂNICO

É removida a sujidade através do acto de esfregar manualmente ou com o auxílio de uma Máquina de lavar, removendo assim a sujidade .

MEIOS DE LIMPEZA

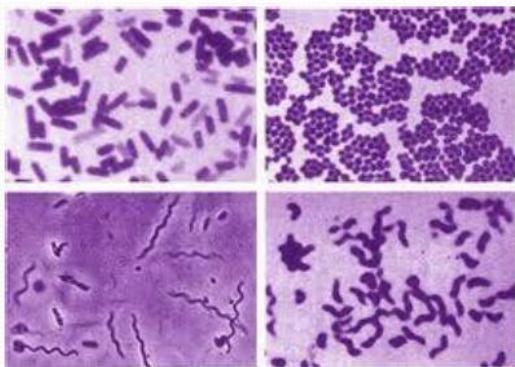


TÉRMICO

Para remover a sujeira, gordura e viscosidade, através da acção de calor.

As temperaturas elevadas, em tempo suficiente, tem uma acção desinfectante ou esterilizante.

FUNÇÕES DA LIMPEZA



MICROBIOLÓGICA

Remoção da maioria dos microrganismos, evitando assim a sua multiplicação, contribuindo para uma maior segurança para os doentes e profissionais.

FUNÇÕES DA LIMPEZA



NÃO MICROBIOLÓGICA

Consiste em manter espaços cuidados e evitar a deterioração das superfícies

FREQUÊNCIA DA LIMPEZA



- **Limpeza Corrente:**
Realiza-se diariamente, incluindo uma limpeza e arrumação simplificadas. (2 a 3 vezes/dia)

FREQUÊNCIA DA LIMPEZA



- Limpeza de Conservação ou Semanal

Deve ser realizada 1 vez por semana. No entanto é importante para a conservação de um bom ambiente.

FREQUÊNCIA DA LIMPEZA



- Limpeza Imediata

É realizada quando ocorrem salpicos e /ou sangue em qualquer período do dia. Podendo ser solicitada pelos profissionais de saúde sempre que necessário.

FREQUÊNCIA DA LIMPEZA



- **Limpeza Global**

Limpeza completa e de fundo.

(1 vez/mês)

FREQUÊNCIA DA LIMPEZA

- **Zona Crítica:**

Limpeza Corrente	Limpeza de Conservação	Limpeza Imediata	Limpeza Global
2 a 3 vezes /dia	1 vez / semana	Sempre que necessário	1 vez / mês

Ex: **Limpeza corrente a meio do dia** – inclui lavar o chão, marquesas, superfícies de trabalho, mobiliário, equipamentos, utensílios, lavatórios, manípulos das portas e despejo de resíduos e limpeza dos contentores/ recipientes.

FREQUÊNCIA DA LIMPEZA

- **Zona Semi - Crítica:**

Limpeza Corrente	Limpeza de Conservação	Limpeza Imediata	Limpeza Global
2 vezes /dia	1 vez / semana	Sempre que necessário	2 em 2 meses
Ex: Limpeza corrente a meio do dia (sala injectáveis) – inclui marquesas, superfícies de trabalho e despejo de resíduos e limpeza dos contentores/ recipientes.			

FREQUÊNCIA DA LIMPEZA

- **Zona Não Crítica:**

Limpeza Corrente	Limpeza de Conservação	Limpeza Imediata	Limpeza Global
1 vez /dia	1 vez / semana	Sempre que necessário	6 em 6 meses
Ex: Limpeza corrente – inclui chão, escadas, corrimões, botões e interruptores e despejo de resíduos e limpeza dos contentores/ recipientes.			

TÉCNICA DE LIMPEZA

Antes de iniciar a limpeza



1. Fechar portas e abrir janelas para ventilar o espaço;
2. Afastar todo o material das paredes;
3. Recolher resíduos espalhados.

TÉCNICA DE LIMPEZA

Durante a limpeza, utilizar:

1. Um pano embebido em água com detergente, para remover o pó e a sujidade;
2. O detergente mais adequado á superfície a limpar;
3. Movimentos suaves para minimizar o levantamento de partículas.



TÉCNICA DE LIMPEZA



**Não usar
vassouras,
espanadores
ou outro
utensílio de
limpeza do pó
a seco**

TÉCNICA DE LIMPEZA



Orientação da limpeza na mesma área:

**Orientação horizontal –da
zona mais afastada para a
mais próxima (limpeza do
fundo da sala para a porta
de saída).**

TÉCNICA DE LIMPEZA



Orientação da limpeza na mesma área:

Orientação vertical – de cima para baixo, ou seja, em primeiro lugar limpar o tecto e por fim o chão.

TÉCNICA DE LIMPEZA



Numa LIMPEZA GLOBAL a sequência da limpeza poderá ser, *por exemplo*:

- 1.º pontos de luz e tecto;
- 2.º paredes;
- 3.º estores e janelas (face interior e exterior);
- 4.º mobiliário e utensílios;
- 5.º chão.

TÉCNICA DE LIMPEZA



Numa LIMPEZA GLOBAL a sequência da limpeza poderá ser, *por exemplo*:

- 1.º pontos de luz e tecto;
- 2.º paredes;
- 3.º estores e janelas (face interior e exterior);
- 4.º mobiliário e utensílios;
- 5.º chão.

ORIENTAÇÕES



- Realizar a limpeza a húmido com água quente e detergente adequado, reforçando este procedimento em zonas com manchas;
- Após a limpeza, as superfícies devem ficar o mais secas possível e nunca “encharcadas”;

ORIENTAÇÕES



- Depois do período de secagem, as superfícies que servem de apoio à preparação de medicamentos e de técnicas que requerem **assépsia**, (deverão ser desinfectadas com álcool a 70%, com supervisão da enfermagem);
- Dentro de cada área (ex: sala de tratamentos) o pano deve ser exclusivo para cada tipo de equipamento (de acordo com o preconizado no Quadro seguinte)

PANOS DE LIMPEZA

Instalações/equipamentos	Utensílios para limpeza/higienização	Observações
Secretárias Cadeiras Candeeiros Portas e Puxadores de portas Outro mobiliário	Pano verde	–Todos os materiais utilizados deverão ser higienizados no final de cada turno de trabalho –Cada Unidade deverá ter: ✓ Duplo Balde ✓ Detergentes ✓ Grânulos para fluidos orgânicos ✓ Pano limpos das diferentes cores
Bancadas Mesa de Trabalho Carro de material de enfermagem	Pano Branco	
Marquesa de tratamentos Cadeirão de pensos	Pano Laranja	
Azulejos Suportes e Recipientes de resíduos	Pano Azul	
Paredes e interiores dos móveis	Pano Azul	
Pavimentos	Duplo balde	

LIMPEZA DO PAVIMENTO



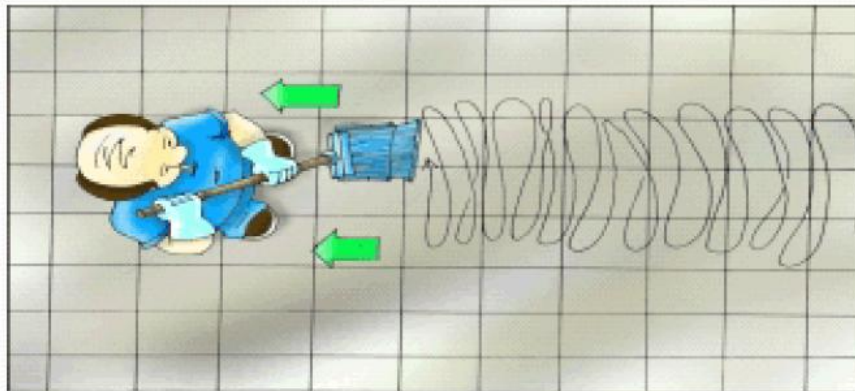
- MÉTODO MANUAL HUMIDO
- MÉTODO MANUAL SECO
- MÉTODO MECÂNICO
(MAQª LAVAR / ENXAGUAR)

MÉTODO MANUAL HUMIDO

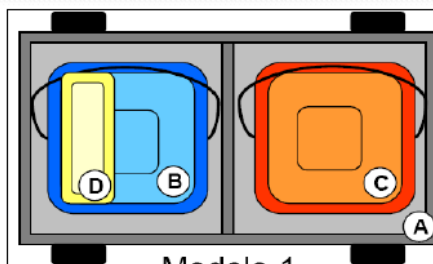


- Recomenda-se que a limpeza do pavimento seja efectuada com o **MÉTODO DE DUPLO BALDE**

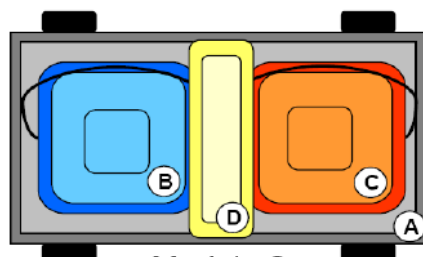
MÉTODO MANUAL HUMIDO



MODELO DE DUPLO BALDE



Modelo 1



Modelo 2

LEGENDA:

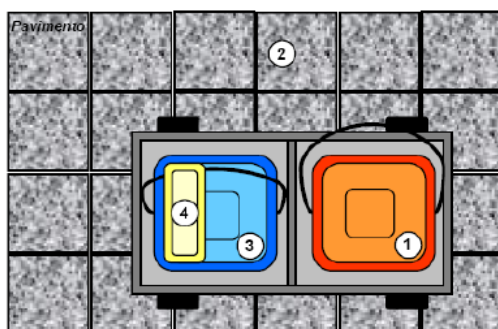
- (A) Carrinho de suporte
- (B) Balde com água quente
- (C) Balde com água quente e detergente
- (D) Espremedor

De referir que:

- Os dois baldes devem ter cores diferentes e um carrinho para o seu suporte;
- Um balde deve conter água quente e detergente e o outro balde só deve ter água quente;
- O espremedor deve estar direccionado para o balde que contém apenas água quente.

Fonte: As autoras

MODELO DE DUPLO BALDE (LAVAGEM)



Fonte: As autoras

Fase 1 - Enxaguar a esfregona no balde de água quente com detergente (balde laranja - 1);

Fase 2 - Espremer o excesso de água no balde que contem só água quente (balde azul - 3);

Fase 3 - Lavar o pavimento (2);

Fase 4 - Enxaguar a esfregona no balde que contem só água quente para remoção da sujidade (balde azul - 3);

Fase 5 - Espremer o excesso de água da esfregona (4);

De seguida inicia-se novamente a **Fase 1**.

ESFREGONAS

Cor da esfregona	Área		
	Critica	Semi-Critica	Não Critica
Branca	X		
Amarela		X	
Verde/Azul			X

MÉTODO MANUAL SECO



Utilizar a vassoura só em áreas **NÃO-CRÍTICAS** exteriores (como átrios, pátios, estacionamentos, entre outros), de maneira a retirar simplesmente a sujidade. Nas restantes áreas, deve ser feita pela utilização de um **ASPIRADOR** (embora este não seja considerado método manual).

MÉTODO MANUAL SECO



MÉTODO MECÂNICO

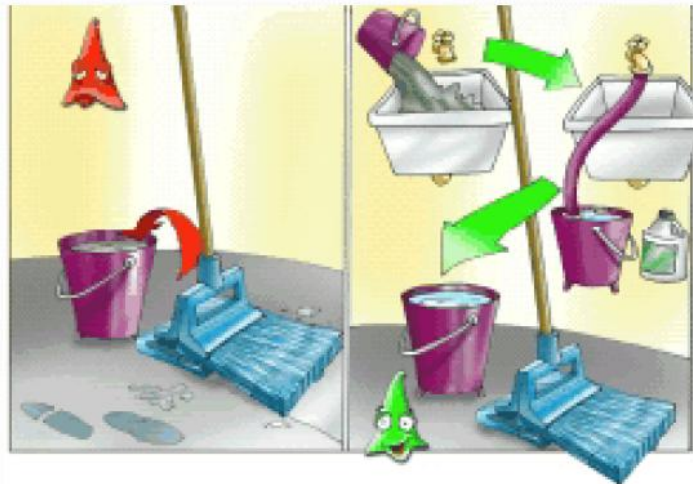


- São máquinas que realizam um processo de lavagem através de escovas ou discos de rotação, podendo aspirar simultaneamente a água da superfície do pavimento.

IMPORTANTE



IMPORTANTE



PERIODICIDADE

Área	Periodicidade mínima da limpeza do pavimento
Críticas	Lavagem diária com água quente e detergente pelo menos 2 a 3 vezes por dia Lavagem simples só com água quente pelo menos 1 vez por semana
Semi-críticas	Lavagem diária com água quente e detergente pelo menos 2 vezes por dia Lavagem simples só com água quente pelo menos 1 vez por semana
Não-críticas	Lavagem diária com água quente e detergente pelo menos 1 vez por dia Lavagem simples só com água quente pelo menos 1 vez por semana

LIMPEZA DE INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

Equipamento	Procedimento
Sanitas	A limpeza deve iniciar-se pela parte interna, com a utilização de um piaçaba e de seguida a parte externa com a utilização de um pano húmido com água quente e detergente associado a desinfectante.
Manipulos/dispositivo de descarga dos autoclismos e manipulos das portas	Deve utilizar-se um pano húmido com água quente e detergente associado a desinfectante.
Lavatórios e chuveiros	A limpeza deve ser iniciada pela face externa (sem tocar no pavimento), seguindo-se as torneiras, parte interna e por último deve ser dada especial atenção aos ralos.
Fracos doseadores	Recomenda-se a utilização de frascos e doseadores de uso único, devendo a sua substituição respeitar as recomendações do fabricante.

PROCEDIMENTO A ADOPTAR EM SITUAÇÕES DE DERRAME

Situação de derrame	Desinfectante		Tipo de Luvas
	Hipoclorito de sódio (lixívia)	Dicloroisocianurato de sódio	
Salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos até 30 cc. (com exceção de urina)	<p>1º Cobrir, toda a área do derramamento, com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia) na diluição de 1%¹, deixando actuar durante 5 minutos.</p> <p>2º Remover os toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>3º Lavar em seguida com água quente e detergente.</p>	<p>1º Circunscrever e polvilhar toda a área a descontaminar, com grânulos de dicloroisocianurato de sódio deixando actuar durante 5 minutos.</p> <p>2º Remover os grânulos com toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>3º Lavar em seguida com água quente e detergente.</p>	<p>Látex descartáveis</p> <hr/> <p><i>Ménage</i></p>

PROCEDIMENTO A ADOPTAR EM SITUAÇÕES DE DERRAME

<p>Derramamentos de fluidos orgânicos superiores a 30 cc. (com exceção de urina)</p>	<p>1º <u>Circunscrever</u> a área do derramamento com toalhetes absorventes ou celulose, de forma a evitar a dispersão dos líquidos.</p>	<p>1º <u>Circunscrever</u> a área do derramamento com toalhetes absorventes ou celulose, de forma a evitar a dispersão dos líquidos.</p>	<p>Látex descartáveis</p>
	<p>2º <u>Cobrir</u>, toda a área do derramamento, com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia) na diluição de 1%¹, deixando actuar durante 5 minutos.</p> <p>3º <u>Remover</u> os toalhetes absorventes e depositá-los no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>4º <u>Lavar</u> em seguida com água quente e detergente.</p>	<p>2º <u>Polvilhar</u> toda a área a descontaminar, com grânulos de dicloroisocianurato de sódio deixando actuar durante 5 minutos.</p> <p>3º <u>Remover</u> os grânulos com toalhetes absorventes e depositá-los no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>4º <u>Lavar</u> em seguida com água quente e detergente.</p>	

EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL



- LUVAS DE BORRACHA
- FARDA / BATA
- AVENTAL DE PLÁSTICO
- ÓCULOS
- CALÇADO (próprio)
- MÁSCARA

EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL						
	Luvas de borracha ou de "ménage"	Farda/Bata	Avental de plástico	Óculos	Calçado (próprio)	Máscara
Limpeza	X	X	X		X	
Desinfecção	X	X	X	X	X	X

DUVIDAS





FIM

ANEXO 12

Folhetos Informativos sobre Boas Práticas de Higiênização

3ª SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÕES DE DERRAME DE FLUIDOS (EX.: SANGUE, VÓMITO, EXSUDADO, EXCEPTO URINA.)

1. Abrir a sala e deixar a porta aberta;
2. Calçar as luvas de protecção;
3. Colocar papel absorvente sobre o derrame;
4. Após absorção, aplicar HIPOCLORITO DE SÓDIO A 1% ou DICLOROISOCIANURATO (grânulos para fluidos);
5. Remover com utensílios de limpeza adequados para este fim;
6. Efectuar a limpeza corrente.

ATENÇÃO

APÓS OS PROCEDIMENTOS EM CASO DE DERRAME DE FLUIDOS, TODOS OS UTENSÍLIOS DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE LAVADOS E DESINFECTADOS.

CCI – Comissão de Controlo de Infecção ACES 4

Elaborado por: Inês Grilo

Aluna da Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária — Universidade Católica Portuguesa



HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Plano de Acção nas zonas Críticas

1ª REMOÇÃO DE RESÍDUOS

PROCEDIMENTOS

1. Abrir a sala e deixar a porta aberta;
2. Calçar luvas;
3. Fechar os sacos dos resíduos;
4. Colocar sacos dos resíduos no carro de transporte.

ORDEM DE REMOÇÃO DOS SACOS DE RESÍDUOS

RESÍDUOS

1. Sacos Azuis;
2. Sacos Pretos;
3. Sacos Brancos
4. Contentores cortos/perfurantes (sempre que estiverem selados)

RECOLHA E TRANSPORTE DE SACOS DE RESÍDUOS

1. Depositar os sacos no carro de transporte de resíduos
2. Encaminha para os locais adequados de recolha:
 - Armazém de resíduos hospitalares
 - Contentores Municipais

2ª LIMPEZA/HIGIENIZAÇÃO DOS ESPAÇOS—cores dos panos

Instalações/equipamentos	Utensílios para limpeza/higienização	Observações
Escritórios Candelários Portas e Punctores de portas Outro mobiliário	Pano verde	- Todos os materiais utilizados deverão ser higienizados no final de cada turno de trabalho - Cada Unidade deverá ter: - Duplo Balde - Detergentes - Grânulos para fluidos orgânicos - Pano limpos das diferentes cores
Bancadas Carro de trabalho Carro de material de enfermagem Máquina de tratamentos Cadeirão de panos	Pano Branco Pano Laranja Pano Azul	
Assentos e Recipientes de resíduos Paredes e interiores dos móveis Pavimentos	Duplo balde Pano Azul	

PERIODICIDADE DE LIMPEZA DA ZONA CRÍTICA

Limpeza Corrente	Limpeza de Conservação	Limpeza Imediata	Limpeza Global
2 a 3 vezes / dia	1 vez / semana	Sempre que necessário	1 vez / mês

Ex: Limpeza corrente a nível do dia - inclui lavar o chão, marquises, superfícies de trabalho, mobiliário, equipamentos, utensílios, bancários, mangas das portas e despejo de resíduos e limpeza dos contentores recipientes.

NOTA

- Limpar as superfícies com um pano enxaguado na solução de água quente e detergente;
- Deixar secar ao ar a superfície limpa;
- Limpar os pavimentos com o método de limpeza do duplo balde;
- Todos os materiais devem ser higienizados no final de cada turno de trabalho;
- Cada unidade deve ter :
 - duplo balde
 - detergentes

ANEXO 13

Plano da Sessão de Formação “ Boas Práticas de Limpeza”

PLANO DE SESSÃO

ACÇÃO: “HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – Boas Práticas de Limpeza”

MÓDULO: “HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE”

SESSÃO: “Boas Práticas de Limpeza”

DURAÇÃO: Cerca de 30 a 40 minutos

DESTINATÁRIOS: Equipa de auxiliares de limpeza

OBJECTIVOS GERAIS:

No final desta sessão, as dúvidas até aqui existentes relativamente às variadas técnicas de limpeza, estarão colmatadas

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:


- (Re)conhecer as principais Técnicas de Limpeza, existentes no manual de Boas praticas da Comissão de Controlo de Infecção Regional ;
- Colmatar dúvidas existentes acerca das variadas Técnicas de Limpeza;


PRÉ-REQUISITOS:


Auxiliares de limpeza a prestar serviços no ACES Oeiras.

MATERIAL A UTILIZAR:

- Projector multimédia;
- PC;

ETAPAS	METODOLOGIA	MATERIAIS	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
1. Classificação das áreas	Expositiva	PC Projector Multimédia	Observação directa		2 min
2. Noções de Limpeza	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2,5 min
3. Meios de Limpeza	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2,5 min
4. Funções da Limpeza	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2,5 min
5. Frequência da Limpeza	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2 min.
6. Técnicas de Limpeza	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2,5 min.

ETAPAS	METODOLOGIA	MATERIAIS	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
7. Orientações	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2 min
8. Panos de Limpeza	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		3,5 min
9. Métodos de Limpeza do Pavimento	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		3 min
10. Limpeza de Instalações Sanitárias	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2,5 min
11. Procedimento a Adoptyr em Situações de Derrame	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		3 min.
12. Equipamento de Protecção Individual	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		2 min.

ETAPAS	METODOLOGIA	MATERIAIS	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
13. Esclarecimento de Dúvidas	Expositiva Interrogativa	PC Projector Multimédia	Observação directa		5 min.
14. Distribuição de panfletos sobre o tema abordado					

ANEXO 14

Certificado de Presenças da Sessão de Formação “ Boas Práticas de Limpeza”

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que,

esteve presente na acção de formação,
“HIGIENIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE—Boas Práticas de Limpeza”, com
duração de 60 minutos, que se realizou no dia
19/01/2011, no edifício do ACES em Oeiras.

Comissão de Controlo de
Infecção
ACES 4 Oeiras

(Isabel Correia, Enfermeira, Coordenação CCI, ACES Oeiras)

(Inês Grilo, Enfermeira, Aluna da Especialidade em Enf. Saúde Comunitária)

