



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## [RELATÓRIO DE ESPECIALIDADE]

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Luísa Maria Mendes Marques Machado

Porto, Abril de 2012





CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## [RELATÓRIO DE ESPECIALIDADE]

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Luísa Maria Mendes Marques Machado  
Sob orientação de Mestre Amélia Dias Ferreira

Porto, Abril de 2012



## RESUMO

O presente Relatório mostra o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências efetuado no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu em três módulos – Comissão de Controlo de Infeção, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.

Este documento tem como propósito espelhar o processo de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional proporcionado pela unidade curricular, assim como descrever o Projeto de Estudo de Investigação desenvolvido.

Na sua conceção e redação foi utilizada metodologia descritiva de atividades e situações vivenciadas e análise reflexiva do percurso, tendo como base a aquisição e desenvolvimento de competências.

Para tal, é feita a contextualização dos locais onde decorreram os módulos da disciplina; a exposição do processo de aquisição e desenvolvimento de competências e a discussão do desenvolvimento do Estudo de Investigação realizado.

A estrutura do Relatório compreende no primeiro capítulo a contextualização dos locais onde decorreram os diferentes módulos de Estágio. O segundo capítulo dedica-se à apresentação das competências desenvolvidas, divididas em subcapítulos. Por último apresenta-se o Estudo de Investigação efetuado ao longo dos três módulos de Estágio, onde se sintetiza o trabalho desenvolvido.

Este documento é sempre incompleto uma vez que não é possível transpor para um trabalho escrito todo o crescimento e reflexão efetuadas ao longo do Estágio que se revelou tão enriquecedor e multidimensional.



## Abstract

This Report illustrates the learning process of different skills and technical knowledge achieved during the Post-Graduate Specialization in Medical-Surgical Nursing, held in three modules - Infection Control Committee, Intensive Care Service and Emergency Service, at Hospital Pedro Hispano.

This document aims to mirror the process of learning and personal and professional growth provided by the course, as well as describe the Research Study Project developed.

A descriptive methodology was used throughout this process, from its inception to the actual implementation of the project. The aim was to use this approach in order to reflect on the activities and situations experienced, building upon the acquisition and development of skills.

For this purpose, there is a contextualization of the actual sites where the internship modules were undertaken, as well as a description of how the various skills were developed, and finally, a discussion on how the Research Study Project was implemented.

The structure of the Report therefore includes, in the first chapter, a description of the background underlying the modules of the Internship. The second chapter is devoted to a description of the presentation skills developed, which is subsequently divided into sub-chapters. Finally we present the research study conducted over the three modules of the Internship, which summarizes all the work undertaken.

This document will always be incomplete, as it is not possible to transpose in a piece of paper all the growth and reflection made throughout the internship, which has undoubtedly proved so enriching and multidimensional.



## Agradecimentos

À minha família, em especial aos meus pais, e à minha irmã, cunhado e sobrinho que nasceu durante o Estágio, pelo apoio e amor incondicional e por serem capazes de ser o porto seguro nos maus momentos e capazes de celebrarem comigo os bons momentos;

À minha orientadora, pela disponibilidade em ouvir-me, pela confiança no meu trabalho, pelas palavras sempre assertivas e pela qual tenho muito apreço e respeito;

Aos amigos, em especial ao V. M., pela ajuda, pelas palavras de motivação, e pela compreensão nos momentos em que não fui capaz de estar com eles da forma que devia;

A cada um dos meus tutores em particular e às demais pessoas com as quais me fui cruzando durante o Estágio, pelas reflexões e crescimento pessoal e profissional que despoletaram;



## Lista de Siglas

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CDC – Center of Disease Control and Prevention

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

HPH – Hospital Pedro Hispano

HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

MRSA – *Staphylococcus aureus* Meticilino Resistente

OE – Ordem dos Enfermeiros

PGC – Pesquisa de Glicemia Capilar

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

SAM – Sistema de Apoio Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPSS – Statistic Program for Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

## Abreviaturas

Nº - Número

Min – Minuto(s)



## Índice

0. Introdução .....	15
1. Contextualização dos locais de Estágio .....	17
2. Competências adquiridas .....	19
2.1 Competências técnico-científicas, cognitivas e de reflexão crítica .....	20
2.2 Competências pedagógicas, comunicacionais e formativas .....	35
2.3 Competências organizacionais e de gestão .....	39
2.4 Competências relacionais, psicológicas e de adaptação individual .....	41
3. Estudo de Investigação – Competências de Investigação .....	45
4. Conclusão .....	53
5. Referências Bibliográficas .....	55

Anexos



## 0. Introdução

O presente documento surge no âmbito da disciplina Estágio do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

O Estágio, teve 540 horas de contato e dividiu-se em três módulos:

- Módulo III
  - Comissão de Controlo de Infeção do Hospital Pedro Hispano - de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011;
- Módulo II
  - Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano - de 03 de Outubro a 25 de Novembro de 2011;
- Módulo I
  - Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano - de 28 de Novembro de 2011 a 03 de Fevereiro de 2012.

Para a redação deste documento foi utilizada metodologia descritiva de atividades e analítico-reflexiva do percurso e situações vivenciadas em contexto de Estágio.

O presente trabalho foi elaborado com o intuito de mostrar o percurso de aquisição de competências e o desenvolvimento dos objetivos ao longo da unidade curricular. Esta caracterizou-se pelo desenvolvimento de competências organizacionais, técnico-científicas e humanas na prestação de cuidados ao doente crítico, bem como pelo crescimento pessoal e profissional proporcionado.

Assim, este documento tem como objetivos específicos: contextualizar os locais onde decorreram os módulos da unidade curricular; expor o processo de aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico; mostrar e discutir o desenvolvimento do Estudo de Investigação realizado.

A estrutura do presente trabalho foi escolhida no sentido de espelhar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, pelo que compreende um capítulo, dividido em subcapítulos correspondentes a diferentes competências, em que é apresentado o referido processo. Acresce também um capítulo dedicado ao Estudo de Investigação efetuado ao longo dos três módulos de Estágio, onde se sintetiza o trabalho desenvolvido. Previamente a estes capítulos consta a contextualização dos locais onde decorreram os módulos de Estágio.

Por forma a consciencializar-me de todo o processo de aprendizagem, ao longo de todo o Estágio, registei as atividades desenvolvidas em cada turno, assim como fui fazendo anotações sobre situações vivenciadas e reflexões efetuadas. A apresentação deste registo, no presente trabalho, parece-me prescindível, contudo, é de referir a sua utilidade para transpor para um documento escrito toda a vivência experienciada e competências adquiridas num Estágio de um curso de especialização em Enfermagem.

## 1. Contextualização dos locais de Estágio

A disciplina Estágio encontra-se dividida em três módulos: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Opcional. Decorrente da distribuição dos diferentes alunos pelos locais de serviço, realizei os módulos em diferentes locais de Estágio, cuja cronologia já foi referida.

A realização do módulo Opcional de Estágio na Comissão de Controlo de Infeção foi uma opção pessoal. Tendo em consideração as opções disponibilizadas pela Universidade, a Comissão do Controlo de Infeção era sem dúvida a estrutura com a qual tinha tido menos contacto mas que ao mesmo tempo despertava mais a minha curiosidade. Concomitantemente, a preocupação com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde já era quotidiana no meu exercício profissional.

Outro fator que motivou esta escolha relaciona-se com as minhas características pessoais - identifico-me com o trabalho de bastidores e de organização de atividades/projetos. E a CCI tem várias funções nomeadamente de implementação de políticas de prevenção e controlo da infeção, de vigilância epidemiológica e de formação, inerente à operacionalização do Plano Nacional de Controlo de Infeção de acordo com a Circular Normativa nº18 da Direção Nacional de Saúde (2007), onde se pode ler que é função da CCI o *“cumprimento das vertentes essenciais de um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção”*.

A realização de módulos de Estágio no Serviço de Urgência e no serviço de Medicina Intensiva era determinação da Universidade, uma vez que, pela especificidade do curso de pós-licenciatura, este tem a pretensão de tornar os alunos especialistas na gestão e prestação de cuidados ao doente crítico, de acordo com o enquadramento do curso disponível desde 2006 na página da internet do ICS *“Este curso visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico e confere competência para a prestação de cuidados especializados.”* Assim, cabia-me a tarefa de escolher do local de Estágio.

A escolha de realizar uma componente académica no mesmo local onde exerço o meu exercício profissional pode ser vista por diferentes perspetivas. Por um lado tinha uma referência muito positiva dos locais de estágio, sabendo *à priori* que eram extremamente disponíveis para os alunos; e ao mesmo tempo, desenvolver Estágio no mesmo espaço físico onde trabalho permitiu menos desgaste de adaptação e uma maior comodidade em questões mais práticas, tais como o horário de trabalho e deslocação entre local de trabalho e o local de Estágio.

Contudo, a dualidade de ser aluna e ser profissional no mesmo espaço nem sempre foi um papel fácil de desempenhar, sobretudo ao nível das relações inter-pessoais que se foram estabelecendo. Quando se é aluno há sempre momentos de fragilidade, de dúvidas e inseguranças intrínsecas ao processo de aprendizagem, e por conseguinte tive que gerir essas vivências, porque afinal eu era profissional na instituição. A par deste processo, sendo profissional na instituição, tive que lidar com as ideias pré-concebidas que as pessoas com que me fui cruzando, tinham em relação ao meu trabalho e o mesmo processo em relação aos juízos e ideias que eu tinha em relação ao trabalho delas. A consciência deste processo e as particularidades desta componente relacional estiveram muito presentes no momento da escolha do local de Estágio.

Após ponderar sobre os fatores, e agora terminado todo o processo, julgo ter sido a escolha certa. No quotidiano, com mais ou menos esforço da minha parte fui conseguindo ultrapassar as situações que surgiam e termino com a sensação que de facto consegui dar um pouco de mim à instituição, trabalhando em prol da qualidade dos cuidados que prestamos, ao mesmo tempo que reconheço que o facto de conhecer tão bem a instituição proporcionou-me oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional muito salutar.

Todavia, importa também reconhecer que se limitou um pouco a componente de novidade que se transporta do local de estágio para o local de trabalho. Esta experiência poderia ter sido trabalhada um pouco mais por mim, uma vez que apesar de a instituição ser a mesma procurei em algumas situações fazer este papel, proporcionando que ambos os locais absorvessem um pouco da minha aprendizagem e experiência de vivenciar o quotidiano de forma diferente, não só a nível de conhecimentos técnico-científicos, mas sobretudo de reflexão e de discussão de pontos de vista sobre diferentes abordagens de situação-problema similares.

## 2. Competências adquiridas

Com os olhos postos numa prática de cuidados competente, profissional e de qualidade, o percurso de Enfermeiro de cuidados gerais a Enfermeiro Especialista faz-se através da formação e sobretudo da aquisição e desenvolvimento de habilidades e competências na área de especialização – Enfermagem Médico-cirúrgica.

Numa disciplina de teor tão prático como o Estágio pretende-se maximizar as experiências e desenvolver novas competências quer profissionais quer pessoais. Neste âmbito, este Estágio revelou-se extremamente enriquecedor.

Esta unidade curricular foi um desafio, uma vez que a Enfermagem é uma profissão onde para além de ser necessário *Saber saber* também preciso *Saber ser e Saber fazer*. E estas competências adquirem-se sobretudo com a experiência e com o exercício profissional. Assim, tentei estar sempre disponível para as oportunidades novas e para experienciar diferentes formas de abordar as situações.

Antes do início da disciplina Estágio foi-me proposto a elaboração de um documento orientador para a disciplina, um Projeto de Estágio. Todavia, a construção deste documento decorreu previamente ao contacto com os serviços onde iria decorrer o Estágio. Consequentemente, e no sentido de aproximar o Projeto de Estágio à realidade dos Serviços onde decorreram os módulos de Estágio foram elaborados documentos de adenda ao Projeto de Estágio.

O Estágio compreendeu várias vertentes das quais destaco a prestação de cuidados e gestão de serviços e a elaboração de um estudo de investigação. No presente capítulo exploro o desenvolvimento e aquisição de competências relacionadas com o primeiro item.

O processo de elaboração de um Estudo de Investigação é abordado num capítulo diferente, contudo, importa referir que este trabalho também contribuiu para o desenvolvimento de diversas competências, nomeadamente, técnico-científicas, de reflexão-crítica, comunicacionais, de gestão, organizacionais, relacionais e de adaptação individual.

Relativamente às competências ético-legais, considero que estas devem ser trabalhadas ao longo da vida profissional. Desta forma, o Enfermeiro Especialista tem o compromisso de manter a sua conduta ético-legal de forma exemplar, aplicando-a à sua área de especialização.

Ainda no âmbito das competências ético-legais, o seu desenvolvimento foi diluído ao longo do Estágio, contudo, este crescimento é mais evidente em três momentos – na reflexão crítica sobre a “Atitude do Enfermeiro na Sala de Emergência”, no trabalho realizado sobre Enfermagem Forense e no projeto de Estudo de Investigação.

Neste item decidi não dividir as ideias que pretendo transmitir de acordo com os módulos de Estágio uma vez que o processo não foi estanque, bem pelo contrário, foi contínuo e dinâmico pela interligação entre eles e pela evolução no crescimento individual e profissional. Assim, em cada competência são abordados de forma informal os três módulos através da referência aos momentos vivenciados.

## 2.1 Competências técnico-científicas, cognitivas e de reflexão crítica

Quando se aborda o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências é impossível alhearmo-nos das características pessoais do indivíduo que faz esse caminho, pois estas vão-se repercutir na forma como serão encarados os momentos mais difíceis e na maneira como vão ser exploradas as oportunidades proporcionadas. Assim, a sede pelo conhecimento e pelo crescimento pessoal é-me intrínseca em todas as vertentes da vida, não sendo por isso a componente académico/profissional exceção.

Desta forma, aprofundar e adquirir conhecimentos técnico-científicos foi uma das competências mais desenvolvidas ao longo deste estágio. Inerente às especificidades de cada módulo de Estágio, esta competência foi aprofundada através de diversos meios.

No módulo referente à CCI esta aprendizagem passou pela frequência de uma ação de formação “*Controlo de Infecção associada aos cuidados de saúde*” que me proporcionou uma visão mais alargada e consistente sobre o assunto, lembrando normas, procedimentos e princípios a ter em conta na prestação de cuidados de saúde. Este momento de formação despoletou também reflexão e interesse sobre algumas questões levantadas no decorrer do curso.

Este incentivo à reflexão crítica sobre situações da prática clínica exigiu de mim uma pesquisa bibliográfica coesa, uma vez que foram frequentes os momentos de discussão temáticos com a restante equipa e/ou entrevistas informais à equipa para esclarecer dúvidas às quais não tinha encontrado resposta.

Contudo, no módulo de Estágio no Serviço de Medicina Intensiva o desenvolvimento de competências técnico-científicas foi mais perene. A prestação de cuidados ao doente crítico tornou-se num desafio ao longo deste módulo, uma vez que as características do doente crítico são muito díspares comparativamente às do doente habitualmente internado no serviço onde exerço a minha atividade laboral.

Este período foi pautado por observação de situações com as quais nunca antes tinha tido contacto na prática clínica e de desenvolvimento de competências técnicas, bem como destreza no cuidar do doente crítico.

A novidade esteve presente em inúmeras situações do quotidiano da prestação de cuidados, pelo que, fazer um estágio num serviço de cuidados intensivos é um desafio para qualquer profissional pela complexidade subjacente à prestação de cuidados ao doente crítico.

Para uma pessoa com as minhas características pessoais, a possibilidade de fazer um estágio deste teor revela-se uma experiência muito enriquecedora e uma oportunidade de aprendizagem única.

Aquando da prestação de cuidados numa área que não nos é familiar, muitas situações novas ou que sentimos necessidade de aprofundar emergem. Neste módulo de estágio – SMI - essas situações foram frequentes e, desta forma, várias foram as vezes em que senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica no sentido de encontrar respostas para as questões que iam surgindo.

Por conseguinte, aliada à pesquisa efetuada, partilhei as minhas dúvidas e respetivas soluções/respostas encontradas com os meus tutores. Este exercício revelou-se muito positivo pela forma disponível com que estes orientavam a minha busca de informação e transmitiram conhecimentos, mas também pelas oportunidades de reflexão crítica sobre a prática clínica que estes momentos proporcionaram.

Relacionada com esta característica pessoal, senti que tinha algumas lacunas na abordagem ao doente crítico na sua plenitude, pela dificuldade em vê-lo de forma multidimensional. Esta especificidade foi atribuída ao facto de ter uma experiência profissional ainda reduzida. Após discussão desta situação com os enfermeiros tutores e no sentido de tentar colmatar esta fragilidade, elaborei um estudo de caso, trabalho que proporcionou uma visão mais alargada sobre o doente crítico e a suas condicionantes multifatoriais.

Esta situação acabou por também se refletir no meu desempenho na Sala de emergência, do Serviço de Urgência onde realizei o módulo I. Apesar do *background* que o módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos me proporcionou, a prestação de cuidados e assistência ao doente crítico decorre sempre sob *stress*, sendo uma situação pouco habitual no meu dia-a-dia, durante o meu exercício profissional. Desta forma, a oportunidade de participar na assistência ao doente crítico revelou-se mais um ótimo momento de desenvolvimento e aquisição de competências. Com o decorrer do estágio fui-me sentindo mais segura e com mais destreza nesta atividade, sentindo que em diversas ocasiões fui um elemento importante na prestação de cuidados ao doente na sala de emergência.

Aquando da realização do módulo I – Serviço de Urgência, salvaguardando a exceção já referida, já tinha desenvolvido ao longo do percurso académico e profissional competências técnico-científicas, por conseguinte, neste módulo, senti-me muito à vontade para realizar intervenções de enfermagem de forma independente em relação ao meu tutor, com o seu consentimento, o que acabou por ser uma prática comum no campo de estágio, sendo eu muitas vezes percecionada como um elemento da equipa de enfermagem.

Relativamente às competências técnico-científicas e de cognição, importa referir que a sua aplicação na prática clínica depende das competências de reflexão crítica sobre as situações que com que nos deparamos diariamente. As competências relacionadas com o conhecimento e aprendizagem são úteis quando o enfermeiro é capaz de um pensamento crítico por forma a discernir como aplicar essa competência no momento em que se encontra.

Um dos bons exemplos desta dualidade técnico-científica com crítica é a Triagem de Manchester. O enfermeiro tem que ter conhecimentos certificados, de forma a usar o discriminador que mais se adequa à situação que tem em mãos, contudo precisa de ter uma visão global do Serviço de Urgência, uma vez que a decisão do tempo que aquele utente pode aguardar até ser observado e a consequente avaliação da sua gravidade recai sobre o triador. Desta forma, inicialmente observei o enfermeiro tutor na realização desta tarefa. Posteriormente, quando me senti mais familiarizada com o sistema, realizei triagem sob sua supervisão.

Muitas vezes a própria rotina na prática clínica pode ser motivo de reflexão crítica. O facto de conhecer tão bem a realidade da instituição em que o Estágio se desenvolveu, ao mesmo tempo que a reflexão sobre a prática era suscitada pelo desenvolvimento das competências técnico-científicas, tive oportunidade de questionar e repensar algumas situações-problema, adotando sempre uma atitude de crítica construtiva, sugerindo mudanças exequíveis. Algumas dessas sugestões foram transpostas para documentos escritos – Reflexões críticas.

As reflexões críticas foram desenvolvidas ao longo do Estágio e surgiram no contexto das atividades desenvolvidas ou fruto da vivência quotidiana e da prestação de cuidados, assim como da discussão com a equipa de enfermagem. De seguida elenca-se o processo de reflexão e tentativa de resolução de algumas situações-problema.

### **Acolhimento e integração dos Elos de Ligação à Comissão de Controlo de Infeção**

De acordo com o Manual de Operacionalização do Plano Nacional de Controlo de Infeção, faz parte da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) *“uma rede de interlocutores, Elos de Ligação ou Membros Dinamizadores, representativos dos diversos grupos profissionais, que promovem*

a articulação entre a CCI e os serviços / departamentos / áreas funcionais.” Estes têm funções próprias, que se encontram referidas no mesmo documento.

Desta forma e no sentido de os Elos de Ligação desempenharem as suas funções questiono que formação/informação é fornecida aos Elos de Ligação à CCI? Com base em que critérios é feita a escolha e nomeação de um elo de ligação? Após a sua nomeação, que acolhimento/integração lhe é proporcionado? Como é feita a passagem de memória do anterior Elo de Ligação para o atual? Onde e como pode ter acesso aos documentos sobre as diversas temáticas do controlo de infeção? Como toma conhecimento das novas orientações e atualizações?

No sentido de responder a estas questões tive oportunidade de realizar uma entrevista informal a um enfermeiro Elo de Ligação de um serviço de internamento e de acompanhar um enfermeiro Elo de Ligação da Consulta Externa no desempenho destas funções.

Assim, constatei que:

- ❖ A escolha e nomeação do Elo de Ligação à CCI do serviço de internamento foi da inteira responsabilidade do Enfermeiro Chefe, pelo que desconheço se a sua formação foi tida em conta. Apesar deste facto, ambos os elos de ligação investiram na formação em controlo de infeção após a nomeação para o cargo;
- ❖ Após a nomeação houve alguns encontros informais com o Elo de Ligação anterior, no sentido de fazer passagem de memória; contudo, estes foram esporádicos;
- ❖ Existe, no caso do serviço de internamento, um *dossier* sobre controlo de infeção iniciado pelo Elo de Ligação anterior e continuado pelo Elo atual com alguma bibliografia de suporte; alguns documentos de correspondência interna entre o Elo de Ligação e os enfermeiros da CCI; e fotocópia do Manual do Controlo de Infeção da instituição;
- ❖ Segundo relato do Elo de Ligação o contacto com os enfermeiros da CCI é circunstancial e não houve nenhuma integração/acolhimento para esta nova função.

No sentido de obter mais respostas realizei entrevista informal a uma enfermeira da CCI para tentar averiguar como é percebido este processo de integração pela própria CCI. Consegui verificar que não existe nenhum documento de integração e que cabe ao Elo de Ligação a tarefa de se inteirar das normas e recomendações através do sistema de Gestão Documental. Foi-me também comunicada a intenção de realizar uma ação de formação dirigida aos elos de ligação, que à data ainda não tinha conteúdos definidos.

Dando continuidade a este processo, procurei desempenhar o papel de um elo de ligação recentemente nomeado e pesquisei no sistema de Gestão Documental informações acerca da função do Elo de Ligação à CCI, assim como procurei documentação de suporte. Não

encontrei nenhum documento com informação acerca do trabalho do Elo de Ligação e os documentos de suporte estavam dispersos em várias secções para além da correspondente à Comissão de Controlo de Infeção, nomeadamente: Serviços Hoteleiros, Gestão da Qualidade, Gestão de Riscos, entre outros. Verifiquei também que alguns destes documentos estavam marcados como inativos.

Perante esta situação questiono: Será que este processo não deveria ser mais formal no sentido de dar mais e melhor formação/informação aos Elos de Ligação? Será que o apoio aos Elos de Ligação não deveria ser mais frequente e personalizado? Apesar de entender as características de organização do sistema de Gestão Documental, como se poderia melhorar e facilitar o acesso à informação? Seria pertinente dispor de algumas horas com cada Elo de Ligação para acolhimento e para ajuda no levantamento e resolução de situações-problema?

Certamente que um apoio melhor e mais personalizado aos Elos de Ligação é ambição da Comissão de Controlo de Infeção para poder acolher, integrar e facilitar o trabalho dos Elos de Ligação; contudo, a CCI não tem recursos humanos suficientes para disponibilizar neste processo.

No sentido de tentar colmatar algumas destas lacunas elaborei um pequeno documento onde se faz uma abordagem às funções do Elo de Ligação à CCI. (Anexo I) Acompanhando este primeiro documento, criei outro onde consta a lista de documentação de suporte que o Elo de Ligação deverá consultar para desempenhar este papel. Nesta lista, para além da área de abrangência e título do documento, consta a sua localização no sistema de Gestão Documental. Sugiro a atualização desta lista quando houver nova nomeação para Elo de Ligação à CCI e comunicação anual da atualização desta lista aos Elos de Ligação nomeados.

### **Troca do frasco de drenagem com vácuo**

No decorrer do Modulo III – Comissão de Controlo de Infeção tive oportunidade de participar numa ação de formação sobre “*Controlo de Infeção associado aos cuidados de saúde*” nos dias 4, 12, 17 e 18 de Maio de 2011 no Hospital Pedro Hispano.

Nesta ação de formação foram abordados diversos temas, entre eles a prevenção e controlo da infeção associada aos cateteres urinários. Aquando deste momento várias dúvidas foram levantadas pelos participantes no que consistia à manutenção do sistema algália-saco coletor fechado; nomeadamente sobre que procedimento adotar quando a algália obstruía e quanto à possível necessidade de troca do saco coletor.

Uma vez que exerço a minha profissão num serviço cirúrgico, e que a infeção do local cirúrgico é um tema de interesse pessoal, tentei transpor as normas e princípios abordados na questão

supra citada para o local cirúrgico, nomeadamente no que diz respeito aos drenos com vácuo colocados nas regiões peri-ferida operatória, muito usados no serviço onde desempenho funções.

Como é mantido o sistema de drenagem? Quando o frasco de drenagem fica demasiado cheio, sendo necessário trocar, que técnica deve ser usada? Haverá algum frasco de drenagem que permita esvaziar sem quebrar o sistema fechado, mantendo o vácuo? Qual a melhor forma de fazer manutenção do dreno e trocar o frasco de drenagem, atendendo aos recursos que dispomos?

Perante esta situação procurei nas normas e procedimentos da instituição obter alguma resposta para as questões colocadas. Contudo, não existe nenhum documento que aborde esta questão e o procedimento “Trocar frasco de drenagem” preconizado no sistema informático em vigor na instituição – SAPE 10G – não tem associada nenhuma norma.

Uma vez que nos documentos oficiais da Unidade Local de Saúde de Matosinhos a informação disponível sobre esta temática é nula, realizei pesquisa bibliográfica. Os documentos encontrados foram escassos e apenas LESLEY MATTIN (2010) no documento “*Nursing Guidelines for the Management of Wound Drains and T-Tubes*” faz referência à troca de frascos de drenagem dos drenos com vácuo. Este autor refere que deve ser utilizada técnica “no-touch” no sentido de prevenir a infeção cruzada, e que o enfermeiro deve calçar luvas não estéreis e vestir avental no sentido de prevenir a infeção e a contaminação.

Procurei, junto do Serviço de Compras e Logística, pela Ficha Técnica do sistema de drenagem com vácuo em uso no hospital. Uma vez que não estava disponível para consulta a ficha técnica do produto, contactei o fornecedor dos sistemas de drenagem com vácuo. Nas fichas técnicas do produto não havia qualquer referência sobre a técnica a usar na troca do frasco de drenagem; e quando abordei esta questão com o fornecedor este referiu que a marca não tinha emitido nenhuma diretriz nesse sentido.

Constated também que nem o Serviço de Compras e Logística; nem o fornecedor dos sistemas de drenagem tinha informação sobre um sistema de drenagem que permitisse o esvaziamento sem quebra do sistema fechado. Numa tentativa de procurar sistema com tais características realizei uma pesquisa nas bases de dados e motores de busca digitais, contudo sem sucesso.

Posto isto, recordei que a diretriz “Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections” do Center of Disease Control and Prevention para a prevenção da infeção do trato urinário recomenda a manutenção do sistema algália – saco coletor fechado. Contudo, a quebra do sistema fechado, quando necessária, deve ser realizada com técnica asséptica fazendo a desinfeção do local de conexão entre a algália e saco coletor com um antisséptico compatível com o material (álcool a 70°), deixando secar por completo o antisséptico.

Assim sendo, e fazendo o paralelismo com o sistema fechado, idealmente o frasco de drenagem não deve ser trocado com o intuito de não quebrar o sistema fechado; contudo, caso seja necessário efetuar-lo deve-se usar a técnica asséptica, tendo em atenção que a tubuladura do dreno e o frasco de drenagem deverão estar clampados.

Atendendo ao escasso suporte bibliográfico sobre o assunto, sugere-se a análise da questão em Comissão de Controlo de Infeção e a elaboração de um documento do tipo Procedimento/Norma com indicações sobre a troca do frasco de drenagem do sistema de dreno com vácuo para uniformização da técnica em toda a instituição.

Tendo em conta a informação disponível e remetendo aos princípios básicos de assepsia, a troca do frasco de drenagem deve ser sempre precedida por antissepsia do local de conexão com antisséptico (álcool a 70º) e o uso combinado da técnica asséptica e da técnica *no-touch*.

### **Tricotomia pré-operatória**

No âmbito do desenvolvimento do Projeto de Estudo de Investigação fiz observação de procedimentos por parte dos enfermeiros. Um desses procedimentos foi a preparação da pele no pré-operatório. Nesta observação deparei-me com uma situação-problema: o sistema de tricotomia utilizado (máquina e lâminas de tricotomia) por vezes provocava pequenas lesões na pele visíveis a olho nu.

Na tentativa de analisar esta situação várias questões surgiram: o sistema de tricotomia é adequado à preparação pré-operatória?; será que há algum tipo de avaria com a máquina do procedimento observado?; Dever-se-á fazer algum tipo de preparação da pele previamente à tricotomia?; Os enfermeiros estão a utilizar a técnica correta no uso da máquina de tricotomia?.

Na tentativa de responder a estas questões procurei junto do Serviço de Compras e Logística a ficha técnica da máquina de tricotomia; procurei instruções de utilização da máquina e realizei entrevista informais a enfermeiros que usam a máquina de tricotomia e às enfermeiras da CCI. Verifiquei que esta máquina tinha sido desenvolvida por uma empresa especificamente para este fim e por conseguinte era adequada à preparação pré-operatória da pele; a situação por mim descrita acontecia esporadicamente em outros serviços de internamento e mesmo em outros hospitais.

Uma vez que com a procura realizada não tinha conseguido ter acesso à ficha técnica do produto e que não encontrava resolução para a situação levantada, contactei a delegada de informação médica responsável pelo fornecimento da máquina e das lâminas de tricotomia. Em entrevista informal confirmei que esta máquina tinha sido especificamente desenvolvida para este efeito; que a máquina usada no procedimento observado não tinha qualquer tipo de

avaria; e que apesar de o fabricante aconselhar que se humidifique a pele antes da tricotomia, este passo era facultativo.

Desta forma apercebemo-nos que as lesões provocadas na pele eram causadas pelo ângulo de contacto incorreto entre a lâmina e a pele. No procedimento observado o ângulo usado era de cerca de 90° enquanto que a recomendação do fabricante é o uso de um ângulo de 30° entre a lâmina e a pele.

Desta forma e no sentido de resolver a situação-problema detetado sugeri a divulgação desta recomendação nos serviços do departamento cirúrgico.

### **Prescrição e transcrição de terapêutica farmacológica**

A prescrição de terapêutica farmacológica é um ato médico, contudo a preparação e administração de fármacos é uma ação interdependente da classe médica e da classe de enfermagem.

No Hospital Pedro Hispano, e através do cruzamento de dados entre o Sistema de Apoio Médico e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, a prescrição médica é eletrónica e a comunicação aos enfermeiros de onde consta a indicação farmacológica está disponível no SAPE por forma a que os enfermeiros possam aceder para preparar e administrar a terapêutica farmacológica.

Contudo, no Serviço de Medicina Intensiva tal interface não é utilizado, sendo que a prescrição médica é manuscrita e posteriormente é realizada a transcrição para o sistema informático pelos enfermeiros.

Posto isto, algumas questões imperam: O método utilizado é seguro para o doente? Será que este método não traduz um maior risco relacionado com a transcrição de informação? Será que não há perda de informação? Será necessária uma alteração da forma como é prescrita e comunicada aos enfermeiros a terapêutica farmacológica? Quais as alternativas a este método?

O erro na prescrição, preparação e administração farmacológica é um risco grave inerente a esta ação, uma vez que uma falha num dos 5 certos – doente certo, droga certa, via certa, posologia certa e hora certa – pode acarretar risco de vida para o doente.

Assim, hoje em dia, na maior parte das instituições de saúde a prescrição médica é eletrónica de onde consta no processo clínico do doente, o fármaco, a dose, a via e o horário da administração definida pelo clínico.

Ao longo dos anos, quer a classe médica, quer a classe de enfermagem, foram desenvolvendo estratégias para minimizar o erro associado à terapêutica farmacológica.

Por conseguinte, e relacionada com a questão recentemente levantada nos meios de comunicação social sobre a prescrição eletrónica, tende-se à abolição da transcrição de terapêutica – ou seja, o médico prescreve manuscritamente em folha própria do doente o fármaco, a dose, a via e a periodicidade a ser administrado; posteriormente o enfermeiro transcreve a prescrição para o cardex ou para o sistema informático definindo ao seu livre arbítrio o horário da administração de terapêutica farmacológica.

Desta forma, esta transcrição de um manuscrito médico e a definição livre do horário da administração traduz num aumento do risco de erro; a necessidade de alocação de recursos humanos (enfermeiros) para esta duplicação de informação para um sistema de registo informático; e implicações ético-legais importantes.

Apesar desta situação-problema já ter sido identificada e da equipa de enfermagem já ter demonstrado desagrado quanto à situação atual, à data da redação da reflexão crítica, ainda não tinha sido aplicada nenhuma solução.

Uma vez que o meu exercício profissional é desempenhado na mesma instituição, ao analisar esta situação não posso deixar de considerar a forma como a prescrição e comunicação da terapêutica farmacológica é feita no meu serviço, ou seja, é feita através do interface SAM/SAPE.

Apesar do risco de erro estar sempre presente, o método utilizado de forma transversal à instituição parece-me aceitável do ponto de vista prático e também ético-legal, suprimindo o possível erro inerente à transcrição, uma vez que elimina a própria transcrição.

Assim, e no sentido de tentar dar alguns passos no sentido da resolução desta situação-problema, questioneei a equipa de enfermagem através de entrevistas informais sobre esta situação, questionando também qual o motivo pelo qual não era aplicado o método utilizado na restante instituição.

Neste contexto surgiu a questão da prescrição de perfusões, muito usadas em cuidados intensivos, cuja dose e ritmo mudavam com bastante frequência.

Reconhecendo a limitação do sistema em vigor em relação à questão supra citada, também o SAPE (sistema utilizado para fazer a transcrição do manuscrito médico para formato eletrónico) tem essa limitação, contudo é usado pela equipa de enfermagem há vários anos; pelo que a transcrição da terapêutica executada pelos enfermeiros não colmata a questão relativa à prescrição de fármacos em perfusão cujo ritmo se altera com frequência.

Assim sendo, e enquanto não fosse adquirido um sistema mais versátil e adaptado às especificidades do doente crítico, sugeri a utilização do sistema em vigor no Hospital, em que o médico prescreve no SAM e o enfermeiro acede e regista a informação através do SAPE.

Numa fase posterior ao término do módulo de Estágio onde detetei a situação-problema aqui explanada, foi-me dito que a situação já tinha sido resolvida através da aquisição de um *software* novo e que por conseguinte a prescrição de terapêutica farmacológica atualmente é eletrónica e não há transcrição da mesma por parte dos enfermeiros.

### **Colocação e Retirada do Equipamento de Proteção Individual**

O Equipamento de Proteção Individual (EPI) é um conjunto de dispositivos em que uma das funções é proteger o profissional de saúde de partículas e microrganismos durante o contacto com o doente. Dos equipamentos mais utilizados fazem parte a bata, as luvas e a máscara, habitualmente usados em simultâneo.

O uso simultâneo destes dispositivos tem uma sequência para a colocação e uma sequência para a sua retirada para que não haja contaminação da farda ou do próprio profissional de saúde.

Durante o tempo que estive a prestar cuidados ao doente crítico no Serviço de Medicina Intensiva apercebi-me que por vezes os profissionais não colocavam e retiravam o EPI pela ordem correta.

Tentei então encontrar respostas para as seguintes questões: Será que os profissionais sabem a ordem de colocação e retirada do EPI? Estes profissionais usam o EPI nas situações indicadas? Estes profissionais tiveram formação neste âmbito? No serviço existem indicações alusivas ao uso correto do EPI?

Constatei por observação direta e de forma informal que os profissionais usavam o EPI nas situações indicadas e que existiam cartazes com indicações sobre colocação e retirada do EPI; apesar disso, os profissionais continuavam a colocar e a retirar os elementos do EPI por ordem aleatória e os cartazes colocados no serviço tinham uma dimensão bastante reduzida.

Pude também constatar que os Elos de Ligação da Comissão de Controlo de Infecção tinham abordado a questão numa formação em serviço realizada recentemente.

Perante o ponto de situação encontrado, e uma vez que tinha havido uma formação em serviço despertando para as questões relacionadas com o controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, considerei que era importante despertar o interesse para a questão.

Mas como o fazer atendendo ao facto de já ter havido formação formal e de já haver cartazes alusivos ao assunto?

Vivendo nós numa era em que o visual e o multimédia estão em voga lembrei-me em fazer uma “re-decoração” dos cartazes do serviço, isto é, colocar novos cartazes, em sítios diferentes e de maiores dimensões, no sentido de chamar a atenção para a temática através do efeito visual.

Desta forma, desenvolvi as atividades descritas, utilizando os cartazes e folhetos oficiais da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Ainda neste âmbito criei uma imagem, através dos folhetos de colocação e retirada do EPI, e coloquei-a no fundo do ambiente de trabalho de todos os computadores de uso comum do serviço.

### **Atitude do Enfermeiro Especialista**

Durante o módulo de Estágio – Serviço de Urgência, tive oportunidade de observar/participar na assistência do doente crítico e emergente na Sala de Emergência.

Uma das ativações da Sala de Emergência em que tive oportunidade de observar/participação deveu-se a uma alteração do estado de consciência numa doente do sexo feminino com cerca de 80 anos com história de Acidente Vascular Cerebral há cerca de 3 anos. A alteração foi detetada pelo bombeiro que fazia transporte da doente para tratamento de fisioterapia, que perante a situação se dirigiu ao hospital.

Após o período de transporte, e ainda nos procedimentos de monitorização da doente na Sala de Emergência, a doente recuperou a consciência apresentando nessa altura 15 na Escala de Coma de Glasgow. Na Sala de Emergência, a doente foi cateterizada, monitorizada, e foi realizado electrocardiograma e doseamento de gases no sangue.

Enquanto se aguardava decisão médica, o enfermeiro iniciou registos. A determinada altura decidiu que queria saber qual a glicemia capilar que a doente apresentava. Na sala encontrava-se para além dele e do médico que assistiu um doente, duas enfermeiras - alunas da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica - e um assistente operacional, que estava a ajudar a doente a vestir uma roupa mais apropriada. Perante este cenário, o enfermeiro pediu ao assistente operacional para efetuar a pesquisa de glicemia capilar à doente.

Depois do momento passar e me conseguir distanciar da situação algumas questões surgiram: o que terá levado a que o Enfermeiro tivesse pedido ao assistente operacional para fazer a pesquisa? Porque não foi ele que efetuou o procedimento? Tendo mais duas enfermeiras na sala porque não solicitou ajuda às colegas?

Ao longo da minha vida enquanto enfermeira tentei sempre olhar para os colegas de profissão de forma a poder aprender com a sua forma de trabalhar, bebendo das suas boas práticas e bons hábitos ao mesmo tempo que fazia uma análise crítica da minha prática, tentando melhora-la incorporando nela reflexões e aprendizagens retiradas dos atos e decisões tomadas pela equipa que eu considereei menos corretas.

Cada vez mais encaro que ser enfermeiro é muito mais do que ser um técnico. As competências e habilidades técnicas aprendem-se com o treino e de uma forma inteligível. O que se torna complexo no exercício de enfermagem é tomar decisões corretas, no momento certo, muitas vezes sob *stress* e tendo em consideração inúmeros fatores. É também saber comunicar eficazmente, assim como ter conhecimentos que nos permitem articular informações diversas de forma a prevenir e antever a evolução clínica do doente/família que temos aos nossos cuidados.

Quem não tem esta visão da Enfermagem olha para o enfermeiro destacado para a sala de emergência do serviço de urgência como um profissional mais vocacionado para a vertente efetiva e de atuação nos momentos de emergência. Na verdade, para mim, o enfermeiro em exercício na sala de emergência tem que ter a capacidade e habilidade de olhar para o doente como um todo, articulando todas as informações que tem sobre o doente para melhor saber qual a resposta que determinada manobra de emergência irá ter sobre o doente e sobretudo quais os sinais e sintomas em que deverá focar a sua atenção.

Desta forma um procedimento técnico como avaliar a glicemia capilar, apesar de ser tão simples que até os doentes e familiares o fazem no domicílio, pode ser um ato fulcral para o diagnóstico e tratamento do doente crítico. Por conseguinte a decisão de o realizar é sem dúvida uma decisão de um enfermeiro com experiência que tenta obter o máximo de informação possível sobre o doente e que está atento aos sinais e sintomas do doente.

Contudo, questiono o facto de delegar esta função em alguém que não tem formação para tal – recordo que o enfermeiro se encontrava a fazer registos – uma vez que não respeita o Artigo 90º do Código Deontológico do Enfermeiro – *Dos Deveres para com a profissão*, onde se pode ler “*Consistente se que a sua acção se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de: a) Manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão;*” assim como põe em causa o Artigo 91º do mesmo documento – *Dos deveres para com outras profissões*, que refere “*Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de: a) Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;*”

A situação de emergência mais grave é a paragem cardio-respiratória e perante esta situação, no socorro imediato da vítima, o valor da glicemia capilar não é dado emergente para o

enfermeiro. Nas restantes situações há sempre oportunidade para que o procedimento seja feito por um profissional, quer através de PGC, quer por gasimetria, que neste caso já tinha sido feita pelo médico.

Infelizmente esta situação-problema aconteceu e não é possível voltar atrás no tempo e impedir que determinados atos e atitudes que foram tomados aconteçam.

Parece-me importante que esta equipa de enfermagem em particular e os enfermeiros em geral reflitam sobre a situação e que retirem dela lições para o futuro.

Muitas vezes se ouve dizer que a classe está a perder terreno de atuação para outras profissões. Os enfermeiros são profissionais atentos e com conhecimentos alargados, mas que depois delegam e deixam para outros atos que são unicamente deles mesmos.

Perante esta situação, para além de ter reagido imediatamente, referindo ao colega que ele tinha ao dispor mais duas profissionais para o ajudar, expus a situação ao meu orientador dando também conhecimento ao enfermeiro responsável pela urgência, no final do módulo de Estágio.

O nome do enfermeiro que tomou esta decisão não foi comunicado aos colegas e ao chefe, porque o importante não é julgar ou denunciar o colega. O fundamental é que a equipa tenha conhecimento das práticas que promove e que reflita de forma crítica e construtiva sobre elas, contribuindo para o cumprimento da alínea c) do Artigo 91º do Código Deontológico dos Enfermeiros - *Dos deveres para com outras profissões* - *“Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de: c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.”*

### **Dinâmica da Sala de Emergência**

No Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano existe uma Sala de Emergência com três unidades. Este é o local onde são prestados cuidados ao doente em estado grave.

O desenrolar dos procedimentos de assistência ao doente neste local ocorre de forma rápida, uma vez que alguns minutos podem ser vitais para o doente que está a ser assistido. Por conseguinte, nesta sala, estão destacados apenas enfermeiros com experiência profissional em emergência e formação adequada.

Para otimizar o funcionamento e dinâmica de trabalho na sala, esta tem uma disposição de forma a facilitar o acesso aos materiais, bem como procedimentos de reposição do material e verificação do equipamento rigorosos instituídos.

No início do Modulo I do Estágio, uma das enfermeiras que colabora mais de perto na gestão do serviço procedeu a alterações na disposição dos materiais da sala assim como na disposição dos móveis da sala. Fez também alterações aos procedimentos de reposição de material.

Contudo, esta mudança foi comunicada apenas nas passagens de turno, não tendo sido referidas as alterações efetuadas na nova dinâmica da sala.

Decorrente desta situação, na assistência aos doentes críticos que se sucederam, os enfermeiros tiveram dificuldade em identificar a localização dos materiais. Apesar de a situação não ter posto em causa o socorro à vítima de doença súbita, causou *stress* nos profissionais.

Considerado o supra-referido, algumas questões se levantam: como e por que foi efetuada uma alteração da disposição de material nesta sala? A comunicação da alteração foi eficaz? Que oportunidades tiveram os colegas de expressar a sua opinião sobre o assunto? Que oportunidades de se familiarizar com a nova disposição tiveram os colegas antes da assistência a um doente emergente?

No que se refere à necessidade de alterar a dinâmica da sala esta deve-se ao facto de as *guidelines* de assistência em emergência serem atualizadas regularmente e por conseguinte surge a necessidade de fazer atualizações nos carros de medicação das unidades desta sala. Assim, e decorrente desta necessidade, a disposição da sala de emergência foi reestruturada.

Contudo, a comunicação desta alteração, de acordo com os colegas que prestam cuidados nesta sala, foi insuficiente e por vezes manifestaram desagrado quanto à funcionalidade da nova disposição. Apercebi-me também que esta mudança foi apenas discutida pelos enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço e que a sua implementação ocorreu na unidade 1 numa semana e que na semana seguinte foi implementada na restante sala. Este processo foi pouco facilitador da identificação da nova disposição por parte dos colegas.

De acordo com RILEY (2004), a Comunicação “*envolve um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas.*”. De uma forma sucinta pode-se afirmar que os elementos da comunicação são: emissor; a mensagem; e o recetor.

Uma vez que a comunicação é estabelecida entre pelo menos duas pessoas, é importante referir que cada uma dessas pessoas tem experiências e perceções do mundo diferentes, fazendo com que as representações de cada um possam ter significados diferentes. Desta forma, a comunicação das alterações da sala de emergência pode ter sido considerada eficaz

para os enfermeiros que procederam à alteração, mas não foi considerada suficientemente válida para os recetores, uma vez que estes entenderam a mensagem de forma insuficiente.

A Sala de Emergência é dos espaços que traz mais preocupação em relação ao seu funcionamento num Serviço de Urgência.

Segundo HARDINGHAM (2000) equipa é um “ *grupo de pessoas que compartilham, pelo menos, de um objetivo que só pode ser atingido pelo esforço conjunto de todos.*”. Por conseguinte toda a equipa zela para que esta sala se mantenha em ótimas condições de utilização.

A lacuna supra exposta foi detetada por mim, mas também pela colega de Estágio. No sentido da resolução desta foi sugerido a construção de um documento de comunicação das alterações, construído por nós e com a orientação da Enfermeira responsável pela alteração.

Apesar de a proposta de trabalho ter sido bem acolhida, não houve disponibilidade da enfermeira para fazer este trabalho, pelo que a sua execução foi adiada sucessivamente até ao final do estágio.

Entretanto, passaram-se algumas semanas e os colegas começaram a familiarizarem-se com a nova dinâmica e com o passar do tempo a alteração da disposição dos materiais cria menos *stress* do que inicialmente.

Contudo, continuo a considerar pertinente a criação do documento de comunicação com o intuito de ser usado no futuro para integração de novos elementos da equipa na Sala de Emergência.

### **Prevenção e Controlo da Infeção no Serviço de Urgência**

Aquando da realização do Módulo III – Comissão de Controlo de Infeção, observei a realização de Auditoria interna ao Serviço de Urgência pela Comissão de Controlo de Infeção.

Desde a auditoria até ao início deste módulo de Estágio alguns meses passaram, contudo, as situações de controlo de infeção apontadas mantinham-se. Neste sentido, ofereci o meu contributo para a melhoria das condições estruturais do serviço de forma a facilitarem o apoio à tomada de decisão para a prevenção e controlo de infeção.

Assim, em conjunto com o elo de ligação à Comissão de Controlo de Infeção, fiz uma auditoria informal, referindo-lhe quais as situações-problema em controlo de infeção que o serviço

apresentava, auxiliando-a a imediatamente proceder a alterações, quer de procedimentos, quer de ordem estrutural.

Assim, o Estágio acabou por se revelar uma ótima oportunidade de desenvolvimento de competências técnico-científicas, cognitivas e de reflexão. Nele, muitos foram os momentos de reflexão e crescimento pessoal e profissional, contudo, nem todos foram transformados em documentos escritos.

Neste percurso é ainda de salientar a forma como foi acolhida e integrada nas diferentes equipas dos locais onde decorreram os módulos. Estas fomentaram a minha vontade em aprofundar conhecimentos, assim como mostravam interesse na minha evolução e nas questões que trazia para serem debatidas.

## 2.2 Competências pedagógicas, comunicacionais e formativas

As competências pedagógicas, comunicacionais e formativas estão tão intimamente interligadas que, para mim, não me faz sentido dissociá-las uma vez que se complementam mutuamente.

Na realização de um Estágio o fim último é sempre a formação pessoal, quer seja teórico quer seja prático, em determinada área. Contudo, no presente capítulo abordar-se-á a formação no sentido da educação formal em sessão de ação de formação.

Assim, decidi explorar as competências desenvolvidas no âmbito da educação formal enquanto formadora. Esta competência é interdependente da aquisição de conhecimentos discutidas no capítulo anterior sobre competências técnico-científicas e cognitivas, uma vez que para exercer o papel de formador é necessário ter competências técnico-científicas sobre conteúdos a lecionar. Contudo, as competências pedagógicas, comunicacionais e formativas exigem uma postura diferente e capacidades acrescidas.

O enfermeiro é dos profissionais mais plurais, desenvolvendo o seu exercício laboral numa área muito vasta e em que a atualização do estado da arte e a inovação são constantes. Desta forma, é-lhe pedido formação constante, realizadas por iniciativa do próprio ou por sugestão das instituições através das formações em serviço.

Inerente à exigência referida, e de acordo com o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros publicado em 2011, em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 no Anexo IV “D2.1 — *Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;* D2.2 — *Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área a especialidade;* D2.3 — *Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.*”. Por conseguinte neste capítulo aborda-se sobretudo os momentos de desenvolvimento de competências enquanto formador.

### **A Prevenção e Controlo da Infeção associada a Dispositivos Intravasculares**

O CDC emite regularmente *guidelines* sobre prevenção e controlo de infeção. Em 2006 foram publicadas recomendações para prevenção de infeção associada a cateteres intravasculares que por sua vez foram atualizadas no documento “*Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*”, emanado pelo CDC em 2011.

Durante o Módulo III e uma vez que a atualização emanada ainda não tinha sido discutida pela CCI, em conjunto com a colega de Estágio, fiz a revisão do documento. Posteriormente promovemos uma sessão de ação de formação sobre esta, (Anexo II), fomentando um momento de debate e reflexão sobre as alterações introduzidas e a sua aplicação no contexto prático da ULSM.

### **Acreditação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.**

No período referente à realização do Módulo II no Serviço de Medicina Intensiva foi realizada, em conjunto com as colegas de Estágio, uma ação de formação sobre Acreditação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. (Anexo III)

A escolha deste tema relaciona-se com o facto de nos ter sido solicitada informação relativamente a este assunto, por parte dos enfermeiros do SMI e, também, por termos tido conhecimento, após conversa informal com a enfermeira-chefe deste serviço, que esta tem como objetivo candidatar o SMI à Acreditação de Idoneidade Formativa da Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com o Caderno Temático da OE sobre o assunto, esta condição certifica os serviços a receberem alunos que se encontram a terminar os cursos de licenciatura e os cursos de pós-licenciatura, como se pode ler no referido documento: “... *da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica é requisito obrigatório para o desenvolvimento da Prática Tutelada em Enfermagem (PTE)*”.

Com esta formação, para além do desenvolvimento de competências pedagógicas, comunicacionais e formativas, contribuímos para a identificação de áreas/critérios que o SMI precisa investir no imediato e no tempo adiante para a obtenção da acreditação da idoneidade formativa e respetiva renovação.

Ainda relativamente à sessão de ação de formação importa referir que esta aconteceu em dois momentos, em dois dias diferentes, para permitir a participação na ação de mais enfermeiros do SMI. No final destas fizemos um pequeno inquérito de avaliação pedagógica da sessão e respetivo tratamento de dados que junto à documentação em anexo referente ao mesmo tema.

#### **Diagnóstico de situação em prevenção e controlo de infeção no Serviço de Urgência**

No quotidiano do decorrer do Módulo I, no Serviço de Urgência, tive oportunidade de observar a incorreta triagem de resíduos realizada pela equipa, assim como algumas atitudes que sugeriam lacunas de conhecimentos na prevenção e controlo de infeção por parte da equipa multidisciplinar.

Assim, surgiu a oportunidade de realizar, em conjunto com a colega de Estágio, um trabalho de diagnóstico de conhecimentos (Anexo IV). Este consistiu na aplicação de um questionário por nós elaborado onde foram abordadas questões sobre triagem de resíduos, precauções básicas de controlo de infeção e estratégia de controlo de MRSA. Posteriormente, os dados recolhidos foram tratados em SPSS e elaborado um relatório fornecido à chefia da Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência.

Todo o processo de aplicação e tratamento de dados dos questionários foi acompanhado pelo enfermeiro responsável pelo Serviço de Urgência que ainda antes do término do relatório tomou diligências, sob nossa sugestão, no sentido de promover um programa de formação obrigatória para a equipa multidisciplinar.

## Enfermagem Forense

Os enfermeiros do serviço de urgência prestam cuidados ao doente com diversas patologias e sintomatologias. Presenciei, aquando da realização de Triagem de Manchester, que por vezes recorriam ao Serviço de Urgência pessoas vítimas de agressão física, o que me deixou a pensar sobre a violência e as diferentes formas de violência que faz com que tantas pessoas recorram ao Serviço de Urgência. Contudo, a violência psicológica e social são bastante difíceis de trabalhar num contacto tão fortuito quanto um episódio de urgência.

Desta forma, é mais inato e inteligível trabalhar as consequências da violência física. Constando que o assunto era efémero para os colegas que exercem a sua atividade profissional no Serviço de Urgência, em conjunto com a colega de estágio, propus-me a realizar uma ação de formação em Enfermagem Forense, contando para tal com a ajuda de uma colega do SU, Mestre em Medicina-Legal.

No que concerne ao desenvolvimento de competências pedagógicas, comunicativas e de formação inerentes a esta atividade, foi realizada a avaliação pedagógica da sessão, cujo tratamento de dados se encontra no documento de apresentação teórico da ação.

Assim, importa referir que a tarefa da formação não se cinge ao momento formal da ação de formação. O formador, para além de ser capaz de expor conhecimentos para uma plateia deverá saber diagnosticar os conhecimentos do público que o assiste, justificando desta forma a pertinência da própria ação.

Das competências pedagógicas e formativas faz parte a capacidade de diagnosticar as necessidades de formação, bem como gerir o planeamento dessa formação, tal como o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros publicado em 2011, em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 no Anexo IV refere “D2.1.2 — *Diagnostica necessidades formativas.* D2.1.3 — *Concebe e gere programas e dispositivos formativos.*” Daí que algumas das atividades foram desenvolvidas com vista a trabalhar estas competências pedagógicas, comunicacionais e de formação, apesar de não resultar num momento de educação formal.

## 2.3 Competências organizacionais e de gestão

As competências organizacionais e de gestão são competências fundamentais para o enfermeiro inserido na dinâmica do local onde desempenha funções, uma vez que este faz gestão de cuidados que presta ao doente/família, contudo, estas ficam um pouco diluídas nesse trabalho quotidiano. Por conseguinte, neste capítulo exploram-se as competências organizacionais e de gestão na vertente da gestão de projetos e de serviços.

O Módulo III, na Comissão de Controlo de Infecção foi bastante plural e diferente da prestação de cuidados a que o meu exercício profissional me habituou. Apesar de na prestação de cuidados ao doente se fazer a gestão destes cuidados, esta é feita relativamente aos doentes que nos são atribuídos, sempre com a consciência global do serviço.

Contudo, o trabalho desenvolvido na CCI é para toda a ULSM, exigindo a gestão de prioridades, o agendamento e organização das atividades a desenvolver, sendo ao mesmo tempo um trabalho muito dinâmico e diferente da prestação de cuidados.

Planear em saúde, nomeadamente em controlo de infeção, exige conhecer, caracterizar e intervir junto da comunidade hospitalar, procurando propor soluções para as situações-problema identificados atendendo não só à racionalização dos recursos, mas também à especificidade de cada serviço ou departamento. Por conseguinte, neste módulo de Estágio estas competências foram trabalhadas de forma muito prática e inteligível.

### **Enfermeiro de Referência**

Os serviços de internamento da ULSM têm um enfermeiro de referência. Geralmente este exerce funções todos os dias úteis no turno da manhã, estando destacado exclusivamente para esta função, não tendo, portanto, doentes atribuídos para prestação de cuidados diretos.

O seu trabalho consiste no acompanhamento mais personalizado aos doentes do serviço, fazendo muitas vezes a ligação entre a equipa multidisciplinar, o doente e a família, tal como refere LUÍSA D'ESPINEY (2008) *“A existência de enfermeiros de referência corresponde a um esforço efetivo de personalização dos cuidados que estes consideram dos aspetos mais gratificantes da sua atividade. A relação torna-se fundamental para que o processo de acompanhamento do outro no seu processo de saúde produza resultados positivos visíveis para o próprio.”*

Na sua prática diária o Enfermeiro de referência colabora na gestão de cuidados, assim como gestão de recursos materiais e humanos, uma vez que pelo teor das suas funções trabalha de uma forma mais direta com os enfermeiros chefes/responsáveis pelo serviço, sendo eles muitas vezes que os substituem quando necessário.

Apesar de no meu local de trabalho também existir a figura do Enfermeiro de Referência, é sempre enriquecedor observar e trabalhar com pessoas diferentes e com outras perspetivas sobre o mesmo tipo de trabalho. Assim, acompanhei e colaborei com o exercício de funções do enfermeiro de referência no Serviço de Medicina Intensiva.

Na sua essência, as funções e atividades desempenhadas por este enfermeiro são semelhantes à realidade que já conhecia através meu exercício profissional, contudo a oportunidade de acompanhar em turnos este trabalho proporcionou-me uma maior proximidade e momentos de reflexão sobre esta função, possibilitando o desenvolvimento de competências organizacionais e de gestão.

### **Entrevistas à Enfermeira Chefe e Enfermeiro Responsável do Serviço**

Nos módulos decorridos no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência, tendo em vista o desenvolvimento de competências organizacionais e de gestão, realizei entrevistas à Enfermeira Chefe e ao Enfermeiro Responsável respetivamente. Ambas as entrevistas foram realizadas em conjunto com as colegas de Estágio.

A estratégia de realizar uma entrevista em detrimento de despende um turno a observar o enfermeiro responsável pelo serviço no exercício das suas funções, acabou por se tornar enriquecedora pela oportunidade de abordar vários assuntos sem fazer com que o enfermeiro ocupasse demasiado tempo com esta solicitação e permitindo uma reflexão e discussão de assuntos de gestão mais eficaz do que a observação.

Na entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva tive oportunidade de abordar questões práticas relacionadas com a gestão de recursos humanos, tais como horários, gestão de férias, trabalho em equipa e cálculo de rácios. Com o Enfermeiro Responsável do Serviço de Urgência foram explorados também aspetos relacionados com a gestão de recursos humanos, nomeadamente gestão de conflitos, planos de trabalho e planos de formação, referindo também algumas situações do dia-a-dia.

Contudo, em ambas as entrevistas, um assunto imperou - as preocupações inerentes ao facto de o serviço prestar cuidados a doentes críticos. Estas preocupações são de variada ordem, mas sobretudo prendem-se com os recursos, quer materiais, quer humanos.

Um serviço com a responsabilidade de acolher doentes críticos tem que estar munido de material e equipamento adequado, tendo especial atenção à sua conservação, manuseio e manutenção. Porém, precisa também de recursos humanos em número suficiente, com formação específica e treinado para atuar em situações de emergência. Para tal é necessário uma gestão cuidada dos horários de trabalho, bem como da distribuição do plano dos enfermeiros.

As competências de organização e de gestão são complexas de explorar num Estágio de desenvolvimento de competências para a assistência ao doente crítico, uma vez que, enquanto aluna foquei mais a minha atenção na prestação de cuidados nos módulos referentes ao Serviço de Medicina Intensiva e ao Serviço de Urgência. Em contrapartida, estas competências foram as mais trabalhadas no módulo decorrido na Comissão de Controlo de Infecção.

Todavia, a minha experiência – na coordenação de movimentos associativos - e o meu interesse pessoal na área da gestão leva-me a considerar que as competências de gestão desenvolvem-se com a prática. A gestão de recursos materiais e equipamentos hoje em dia está facilitada através de modelos de reposição de *stocks*, como acontece no Hospital Pedro Hispano, por conseguinte a competência de gerir um serviço de saúde advém da capacidade de gerir recursos humanos: pessoas únicas, com os seus conflitos interpessoais, potenciando os seus pontos fortes e diluindo na equipa as lacunas de cada um dos seus elementos.

## 2.4 Competências relacionais, psicológicas e de adaptação individual

Quando se faz um estágio integrado num curso de pós-licenciatura ao mesmo tempo que se mantém o exercício profissional é muito difícil não transpor as situações do local de trabalho para o local de estágio e por sua vez deste para o local de trabalho, principalmente se estes decorrem na mesma instituição, tal como já abordado no presente documento.

Por outro lado, a dificuldade em conciliar as duas vertentes, a do exercício profissional e a de estudante, origina um grande desgaste quer a nível físico e quer a nível psicológico, por vezes difícil de ultrapassar. Contudo, quem decide no seu projeto de vida frequentar um curso de pós-licenciatura de especialização deve ter consciência do potencial da oportunidade desta junção, bem como da atitude com que encara o desafio.

Assim sendo, a aquisição e desenvolvimento de competências relacionais, psicológicas e de adaptação individual é um processo muito pessoal. Este está extremamente ligado às características e personalidade de cada aluno.

Durante o decorrer dos diferentes módulos de estágio senti sempre uma grande motivação interior para o trabalho que realizei e tentei transmiti-la através de dinamismo e disponibilidade. Contudo, houve momentos em que me senti menos expedita; momentos que associei ao facto de os projetos em fase de desenvolvimento estarem pendentes por motivos que me eram alheios e ao desgaste da conciliação com o exercício profissional.

As relações pessoais que estabeleci foram sem dúvida um elemento importante no Estágio. A postura que se adota nas relações com os outros condicionam a própria relação, e como a minha postura sempre foi de interesse, motivação e busca por cuidados de enfermagem com mais qualidade fez com que o ambiente relacional fosse de partilha, de discussão e reflexão temática. Este fator despoletou ainda mais a minha motivação e o interesse no trabalho que desenvolvi.

A realização dos três módulos de Estágio na mesma instituição onde exerço funções laborais, bem como as suas vantagens e inconvenientes já foi explorada neste documento, contudo importa referir que no que concerne ao desenvolvimento das competências relacionais e de adaptação individual foi sem dúvida um fator alavanca, uma vez que muitas das pessoas com as quais contactei enquanto aluna já faziam parte das minhas relações profissionais quotidianas no hospital. Contudo, estas relações também exigiram de mim uma gestão do meu papel, enquanto aluna e enquanto profissional no mesmo espaço físico, tendo que por vezes relembrar aos meus interlocutores esta dicotomia em mim.

Relativamente às competências psicológicas, estas foram desenvolvidas no decorrer dos módulos de Estágio, através da reflexão das atitudes e situações com que me ia deparando. O desenvolvimento destas competências foi potenciado no módulo de Estágio no Serviço de Urgência.

O módulo I – Serviço de Urgência foi o último módulo a ser realizado, por conseguinte muitas das competências que pretendia trabalhar já se encontravam numa fase de evolução avançada. Ao mesmo tempo, as experiências que o Estágio me proporcionou foram muito

vastas e enriquecedoras, sobretudo nos primeiros dois módulos, pelo que o Módulo I foi um momento mais introspetivo.

Por conseguinte, este módulo de Estágio foi caracterizado pela reflexão crítica sobre o papel do Enfermeiro Especialista e pela adoção de uma postura humilde e de interesse enquanto aluna, mas ao mesmo tempo de especialista na área Médico-cirúrgica.

Esta preocupação acabou por se tornar num desafio muito interessante ao longo de todo o Estágio. Em primeiro lugar porque a postura e a atitude são características pessoais e não atividades a ser realizadas, pelo que exigem uma mudança interior antes da sua concretização em ações.

Apesar de considerar que o desenvolvimento de competências psicológicas nunca finda, quando no final do Estágio relembro a pessoa que eu era no início deste reconhecimento que o desenvolvimento pessoal e de competências foi enorme. Destas destaco o desenvolvimento de competências de índole mais pessoal, de postura e atitude, pois os conhecimentos e o estado da arte muda frequentemente, enquanto o trabalho de crescimento pessoal e a alteração de comportamentos enraizados é uma tarefa mais demorada mas ao mesmo tempo mais duradoura.



### 3. Estudo de Investigação – Competências de Investigação

Um curso de pós-licenciatura de especialização é um momento de crescimento pessoal e profissional por excelência; daí que para mim só faz sentido fazê-lo com uma postura de interesse e de vontade em explorar todas as oportunidades que proporcionadas. Por outro lado há também a consciência de que no final do curso a Ordem dos enfermeiros me atribuirá o título a Enfermeira Especialista, pelo que devo desenvolver ao longo deste percurso académico as competências preconizadas.

Desta forma, e tendo em consideração o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros publicado em 2011, em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 no Anexo IV “D2.2 — *Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.*” nomeadamente “D2.2.3 — *Investiga e colabora em estudos de investigação.*” decidi desenvolver um Estudo de Investigação.

Uma vez que a Unidade Curricular se encontra dividida em três módulos e no sentido de permitir a avaliação de todo o processo, também delineei três fases para o Estudo de Investigação: Conceção metodológica, Colheita e tratamento de dados e Comunicação de Resultados.

De acordo com FORTIN (1999), “*os relatórios de investigação são obras que dão conta dos principais componentes de uma investigação, tais como o problema, os objetivos, o quadro de referência, os métodos e os resultados de investigação*”. Segundo o mesmo autor, estes servem “...*também para demonstrar que os trabalhos universitários foram realizados com sucesso, que o processo de investigação foi bem compreendido e que o autor merece a concessão de um grau.*” Por conseguinte, apresentarei o todo o Processo de Investigação no presente capítulo, à exceção da comunicação de resultados, para o qual elaborei um documento próprio.

A decisão de realizar um Estudo de Investigação na área da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde deveu-se ao facto de ser uma área de interesse pessoal, sobre a qual me encontrava a trabalhar de perto, uma vez que decorria o Módulo III na Comissão de Controlo de Infeção.

Assim, e no sentido iniciar o meu trabalho, nas primeiras semanas do Módulo III estive atenta a assuntos do meu interesse pessoal e que justificassem o desenvolvimento de um trabalho de investigação sobre o assunto.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infeção que decorre da prestação de cuidados de saúde, tal como se pode ler no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde “*A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.*”

O mesmo documento refere-se à importância destas infeções argumentando ainda que estas são evitáveis: “*A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.*”. Os estudos referidos sugerem a aplicação de procedimentos padrão de prevenção e controlo de infeção.

Tendo em consideração que cerca de um terço das IACS são evitáveis importa perceber qual o trabalho a ser feito neste âmbito. Será que os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, estão alertas para esta questão?; Os enfermeiros têm formação sobre prevenção e controlo de infeção?; Adotam medidas de prevenção e controlo de infeção?; As estruturas dos serviços são adequadas para este trabalho?; Quais os resultados da vigilância epidemiológica e as auditorias realizadas pela CCI?; Os profissionais têm conhecimentos destes resultados?; Como são trabalhados estes resultados?; Que estratégias são adotadas para promover a mudança de comportamentos?. Estas e muitas outras questões podem ser colocadas quando se aborda a prevenção e controlo de infeção.

No Manual de Controlo de Infeção publicado pela CCI em 2003 são exploradas algumas destas questões. Deste documento também constam orientações para a prevenção e controlo da infeção associada às quatro infeções nosocomiais com maior impacto nas instituições a nível mundial: Infeção do trato urinário; Infeção respiratória; Infeção do local cirúrgico; e Infeção associada aos dispositivos intravasculares baseando-se nas recomendações emanadas pelo Center of Disease Control and Prevention.

A Infeção do local cirúrgico é a que me é mais próxima, uma vez que exerço funções num serviço cirúrgico. Por conseguinte, após realizar entrevista informal à Enfermeira Especialista da CCI constatei que a norma publicada no Manual de Controlo de Infeção da instituição estava desatualizada, relativamente às recomendações emitidas pelo CDC e que a CCI já tinha redigido um novo documento que aguarda aprovação do Conselho de Administração.

Este documento foi-me facultado pela CCI. Aquando da sua leitura e análise verifiquei que muitas das recomendações nele contidas não só não eram rotina dos serviços, algumas das

quais por serem introduzidas no novo documento, como implicariam mudanças importantes no quotidiano dos serviços para a sua implementação.

Em seguimento a uma reflexão pessoal sobre o assunto questionei-me se as medidas propostas seriam de facto bem acolhidas e implementadas pelos enfermeiros do departamento de cirurgia e sobretudo se a adesão a estas práticas teria relação com a taxa de prevalência da infeção do local cirúrgico. Outra das questões que levantei prende-se com o facto de, no caso de haver infeção do local cirúrgico, seria possível identificar um grupo de medidas em que se verificasse sempre não adesão por parte dos profissionais de saúde? E partindo deste pressuposto, seria possível criar uma *bundle* de medidas a implementar para a redução da taxa de prevalência do local cirúrgico?

Após discussão destas questões com o núcleo executivo da CCI, nomeadamente com a sua coordenadora, foi-me sugerido por eles que desenvolvesse o meu trabalho no serviço de Ortopedia e Traumatologia, serviço onde exerço o meu exercício profissional. Desta forma, propus a elaboração deste trabalho à Enfermeira Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia que consentiu, com agrado, o seu desenvolvimento.

Por conseguinte, dei início a uma pesquisa bibliográfica mais completa sobre o tema e desenvolvi o projeto conceptual do estudo - Projeto de Estudo de Investigação. (Anexo V)

Para a realização desta tarefa, para além de ter realizado pesquisa bibliográfica, consultei o Manual de Controlo de Infeção do HPH; e fiz análise cuidada do novo documento proposto pela CCI como norma de prevenção e controlo da infeção associada ao local cirúrgico, bem como refleti sobre as informações obtidos e pela discussão com as enfermeiras da CCI.

Este foi também o momento de expor verbalmente o meu intuito à comissão organizadora do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, pela pessoa da minha orientadora, e exposição informal à coordenadora do curso.

Após a elaboração do documento de conceção metodológica, este foi revisto pelo núcleo executivo da CCI e pela minha orientadora de Estágio.

Para a realização do estudo de investigação utilizei o Método de Investigação Quantitativo. Segundo FORTIN (1999), *“O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”* Este foi o método escolhido tendo em consideração a questão de investigação que formulei.

Durante a realização deste trabalho surgiram dúvidas relativamente ao número de casos necessário para se poder considerar a amostra significativa. No sentido de esclarecer esta

dúvida realizei pesquisa bibliográfica, contudo esta não foi esclarecedora. Assim, solicitei o esclarecimento desta dúvida com o Prof. Elísio Costa, professor da Universidade Católica Portuguesa para as disciplinas de Metodologias Quantitativas. A questão da amostragem é dúvida na literatura, por conseguinte, este aconselhou-me a procurar ter uma amostra não inferior a 30 sujeitos e um volume de pré-teste de 5 indivíduos.

Contudo, e devido aos critérios de exclusão da amostra, apenas consegui colher dados junto a 23 pessoas, tendo elaborado um pré-teste a 5 indivíduos.

Ainda no que concerne à construção do projeto e aos pedidos de autorização para o estudo, considerei também importante submetê-lo à apreciação da Enfermeira Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Enfermeira Chefe, ouvindo e integrando nele as sugestões proferidas. Procurei também o Diretor de Serviço de Ortopedia e Traumatologia, expondo-lhe a minha motivação e vontade em desenvolver o projeto, que também o acolheu com agrado.

Na continuação deste processo a 25 de Maio fiz o Pedido de Autorização formal ao Conselho de Administração, que junto ao Anexo V tendo sido entregue, conjuntamente com Projeto de Estudo de Investigação desenvolvido e um parecer favorável para a elaboração do estudo da Presidente da Comissão de Controlo de Infeção, cuja fotocópia se anexou ao pedido. Tendo sido entregue também à minha orientadora a versão final do Projeto de Estudo de Investigação. Desta forma, e atendendo aos objetivos que me proponha no que concerne ao projeto de estudo de investigação o processo estaria terminado, ficando a aguardar resposta do Conselho de Administração.

Contudo e ainda em seguimento à questão metodológica no âmbito da amostra necessária e no sentido de verificar o instrumento de colheita de dados criado – *Check-list* de observação da adesão às medidas recomendadas – realizei algumas observações de pré-teste que considero importantes para a familiarização com o instrumento e para a verificação de erros na construção do instrumento.

Relativamente ao instrumento criado detetei duas situações. A maior parte do documento é constituída por tabelas onde assinaliei com uma cruz Sim/Não em relação ao cumprimento de determinada recomendação; contudo, no que concerne aos fatores intrínsecos do doente apenas criei uma lista. Aquando da construção da base de dados em programa estatístico próprio – *Statistic Program for Social Sciences* – apercebi-me que esta informação também deveria ser recolhida em tabela com espaço para colocar Sim/Não, pois a ausência de indicação de fator intrínseco poderá significar que o doente não tem este fator ou poderá indicar que não foi possível recolher o dado. Para dar resposta a esta lacuna, e uma vez que este instrumento já foi enviado para apreciação do Conselho de Administração, na *check-list* de observação assinaliei com uma cruz quando a observação foi positiva, com uma bola quando

não verifiquei o fator de risco, deixando por preencher quando não foi possível colher esse dado.

A outra situação detetada prende-se com a determinação do número de vezes que o frasco de drenagem foi trocado. A minha experiência pessoal diz-me que é frequente os enfermeiros, no sistema de registo informático, se esquecerem de registar que efetuaram esta troca. Assim, consultei vários registos efetuados em doentes com mais de 400cc de conteúdo drenado (volume total máximo recolhido pelos frascos) e verifiquei que a intervenção não tinha sido registada. Desta forma não foi possível verificar com rigor o número de vezes que o frasco de drenagem é trocado, quando os doentes não me sabiam dar essa informação. No sentido de solucionar esta situação decidi que recolheria informação sobre quantos mililitros de líquido foi drenado e que faria a discussão deste resultado considerando que sempre que um dreno tenha registo superior a 400cc de líquido drenado, então este teria sido trocado. Na análise e discussão dos dados deste item terei esta decisão em consideração.

É de referir também que o processo de construção deste projeto de estudo despoletou em mim uma atenção redobrada em relação às questões contidas na norma em que me baseei, tendo proporcionado reflexões críticas ao longo do Estágio. Assim, este Projeto de Estudo de Investigação não só trará dados sobre a adesão à norma por parte dos profissionais de saúde, bem como promove a observação crítica; o levantamento de situações-problema; e a reflexão sobre uma prática atenta à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, nomeadamente a infeção do local cirúrgico.

A segunda fase deste Projeto prendia-se com a Recolha e tratamento de dados. Desta forma, no período em que decorreu o estágio no SMI, colhi dados junto de 23 doentes submetidos a artroplastia total da anca ou do joelho em cirurgias programadas no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.

Contudo, e ainda antes do início da recolha de dados, surgiu o primeiro entrave: o estudo foi elaborado tendo por base a reformulação de uma norma de controlo de infeção à qual tive acesso de forma privilegiada por cedência da Presidente da Comissão de Controlo de Infeção mas que ainda aguardava aprovação do Conselho de Administração para ser implementada nos serviços do hospital.

A aprovação do referido documento estava pendente desde Abril de 2011, sendo que o próprio Conselho de Administração autorizou a elaboração do presente estudo. A publicação da norma só aconteceu após o término da recolha de dados, em Janeiro de 2012. Assim sendo, os dados recolhidos, apesar de terem por base a reformulação da norma de prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico, foram recolhidos num serviço que apoiava as suas práticas na anterior versão do documento.

Outro dos impedimentos que surgiram nesta fase de implementação do projeto de estudo foi a dificuldade em recolher a informação, uma vez que os registos nem sempre eram de leitura fácil e que os inquiridos não sabiam responder às minhas questões com precisão.

Esta recolha de dados também se tornava mais complexa pelas características pessoais dos doentes, uma vez que muitos deles tinham uma idade já avançada, bem como alguns utentes apresentavam dificuldades cognitivas.

Como forma de tentar ultrapassar este obstáculo, e uma vez que conheço bem a realidade do serviço de Ortopedia e Traumatologia, tentava obter os dados junto dos doentes através de informações extra *Checklist* de Observação - por exemplo: o gel de banho usado no serviço tem uma embalagem de cor branca, enquanto a solução de lavagem com clorhexidina tem uma embalagem de cor verde; assim, levava as embalagens comigo aquando da recolha de dados para os participantes responderem à questão mais facilmente.

Outro dos obstáculos da recolha de dados prendeu-se com a obtenção da assinatura do consentimento informado, uma vez que alguns dos doentes não sabiam assinar. Como forma de ultrapassar esta dificuldade, e por sugestão da enfermeira orientadora, pedi a uma colega de equipa de enfermagem que testemunhasse o consentimento verbal e que pusesse por escrito este testemunho. Ainda sobre esta questão, indaguei junto do Presidente da Comissão de Ética da instituição sobre a situação, o qual me indicou que a minha decisão tinha sido um procedimento adequado nestas situações.

Para além da recolha de dados, nesta fase propunha-me à informatização dos dados. Para tal usei um programa próprio de análise estatística, o SPSS, dando por terminada a segunda fase do Projeto de Investigação.

A última fase, Comunicação de Resultados, decorreu durante o período em que ocorreu o módulo I, de 28 de Novembro de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012,

O trabalho de comunicação de resultados, (Anexo VI), é menos dinâmico que as fases anteriores do estudo. Apesar disso, este acabou por se tornar interessante pela aprendizagem em estatística que proporcionou e pelo exercício da interpretação dos dados. Contudo, o facto de a recolha de dados que efetuei ter 0% de infeções, limitou a análise aos dados recolhidos.

Desta forma, considero concluído com sucesso o trabalho de *“observar a equipa e fazer o levantamento de comportamentos/decisões problema com vista a promoção da reflexão em torno destas ações.”* segundo o proposto em Projeto de Estágio, concretizando desta forma o objetivo de realizar um Estudo de Investigação.

Apesar da frequência de um curso de pós-licenciatura ser distinto em relação ao exercício profissional, sempre entendi que pudessem estar ao serviço um do outro, uma vez que eu sou

a mesma pessoa nas duas instâncias e que pretendo levar todo o desenvolvimento e a aquisição de competências para o meu local de trabalho, assim como pretendo levar para a escola toda a minha experiência profissional.

Neste sentido, apraz-me dizer que a Equipa Multidisciplinar do Serviço de Ortopedia e Traumatologia ficou mais atenta à prevenção e controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde, nomeadamente do local cirúrgico, procurando-me por diversas ocasiões para esclarecer dúvidas ou discutir situações do quotidiano. Neste sentido sinto que o trabalho que desenvolvi colaborou para a prática baseada na evidência científica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao mesmo tempo que senti reconhecidas as competências que aprofundei e adquiri durante a realização do Estudo de Investigação.



## 4. Conclusão

No final da elaboração deste documento considero ter atingido os objetivos inicialmente propostos para a sua execução.

A realização deste documento foi particular uma vez que este termina um ciclo de diferentes módulos da disciplina Estágio. Por conseguinte, foi difícil abstrair-me da existência dos três relatórios efetuados ao longo do Estágio. Apesar dos módulos da unidade curriculares serem díspares entre eles, constituem uma tríade de um percurso intenso de desenvolvimento e aquisição de competências.

A realização deste trabalho proporcionou-me uma experiência enriquecedora e útil, uma vez que tive oportunidade de analisar o trabalho que desempenhei e de o transpor para um documento que seja reflexo do trabalho executado. Desta forma este é um instrumento de trabalho fundamental que mostra o desempenho de funções, ainda que em estágio, como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A pretensão de querer ser mais e melhor enfermeira é sempre uma constante, e a realização pessoal e profissional é um dos desafios mais significativos. A evolução da Enfermagem estimula o Enfermeiro a evoluir a nível académico, profissional e científico, de modo a estar preparado para responder às solicitações de que é alvo todos os dias.

Assim, e para aqueles que pretendem prestar cuidados de qualidade, a atualização de conhecimentos e a aquisição/melhoria das competências é um objetivo que nunca se encontra concluído. Neste contexto, a opção de cumprir um plano de estudo com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, nomeadamente a disciplina Estágio, foi uma opção de formação que proporcionou saberes e experiências singulares, bem como desenvolvimento pessoal e de competências específicas na área de especialização.

Enquanto enfermeira especialista, no futuro, será também minha função promover a formação e a reflexão sobre as práticas, tarefa que tentei espelhar neste documento pois o desenvolvimento de competências faz-se através da experiência, mas sobretudo da reflexão sobre as experiências vivenciadas no dia-a-dia.

Contudo, esta tentativa de mostrar o trabalho desenvolvido neste período é uma tarefa ingrata pois com a seleção de informação fica o sentimento que muito ficou por expor e que as aprendizagens e vivências foram mais ricas do que se consegue transmitir por escrito, nomeadamente a enorme motivação com que despndia as horas de contacto e o trabalho em

casa, assim como as ótimas relações interpessoais que se estabeleceram nos locais por onde fui passando.

Fica, igualmente, a sensação de que as 180 horas de contacto de cada módulo de Estágio passaram a uma velocidade bem mais rápida do que a velocidade real, pois inúmeras oportunidades de aprendizagem ficaram por explorar.

Para um enfermeiro que frequenta um curso de pós-licenciatura de especialização, é extremamente importante adquirir, aprofundar, e consolidar conhecimentos em enfermagem, uma vez que o grau de exigência no futuro é muito maior a nível profissional, a nível pessoal e a nível institucional. Sendo profissional com mais formação académica e mais conhecimentos poderei contribuir para uma boa prática clínica, bem como para uma melhor gestão de recursos e de cuidados.

Contudo, o enfermeiro especialista não é só um técnico, pelo contrário, é um crítico que trabalha, muitas vezes de forma silenciosa em prol da qualidade dos cuidados prestados.

Ser enfermeiro especialista não é mais ter um cargo num serviço com remuneração adequada. Ser enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é ter-se competências para cuidar dos doentes em estado crítico com qualidade, com capacidade crítica e com uma atitude pró-ativa, independentemente das condições em que tais atividades são feitas e da compensação remuneratória que se auferem.

O curso de pós-licenciatura de Especialização exigiu muito de mim enquanto pessoa. Neste período despendi mais tempo da minha vida no Hospital Pedro Hispano entre o exercício laboral e os turnos de Estágio. Esta acumulação horária, resultou de um grande esforço físico e psicológico. Contudo, o que mais pesou foi sem dúvida a falta de disponibilidade de tempo e mentalmente para estar com as pessoas significativas da minha vida.

Mas, apesar do esforço foi um período de crescimento tão grande, com oportunidades e experiências tão enriquecedoras que me fazem afirmar que as horas despendidas neste curso foram muito bem empregues, ficando a sensação que poderia ter dado ainda mais de mim.

Resta referir que este relatório não se finda em si mesmo, uma vez que a aquisição e desenvolvimento de competências são experiências de vida que não se adquirem através de documentos. Além disso, apesar do término deste ciclo o curso de especialização não finda, pois os conhecimentos deixam de estar atualizados, mas as atitudes mantêm-se.

## 5. Referências Bibliográficas

CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2009. Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections <http://www.cdc.gov/hicpac/pubs.html> [Maio de 2011];

CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2011. *Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. <http://www.cdc.gov/hicpac/pubs.html> [Maio de 2011];

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS. 2003. Manual de Controlo de Infeção do Hospital Pedro Hispano. Matosinhos;

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.<sup>a</sup> série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.<sup>a</sup> Série – nº47 – 8 de Março de 2011: Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Regulamento nº167/2011;

DIÁRIO DA REPÚBLICA, Dc Lei n.º242/96 – Triagem de resíduos hospitalares;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2006. Programa Nacional de Controlo de Infeção. Lisboa;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2008. Manual de Operacionalização do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Infeção associada a Cuidados de Saúde. Lisboa;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2007. Circular Normativa nº18/DSQC/DSC. Lisboa;

EARSS(2006) European Antimicrobial Resistance –Surveillance System Annual Report 2005, Netherlands Institute for Public Health and the Environment. [www.rivm.nl/earss/result/monitoring\\_reports](http://www.rivm.nl/earss/result/monitoring_reports). [Fevereiro de 2011];

ESPINEY, L. 2008. Enfermagem De velhos percursos a novos caminhos. Revista Sísifo. <http://sisifo.fpce.ul.pt/?r=17&p=16> [Fevereiro 29, 2012];

FORTIN, M. 1999. O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização. Loures. Lusociência;

HARDINGHAM, A. 2000. Trabalho em Equipe, São Paulo, Novel;

Instituto de Ciências de Saúde. 2009. “Enquadramento – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica”. <http://www.ics.porto.ucp.pt> [Fevereiro 20, 2012];

INSTITUTO NACIONAL RICARDO JORGE. 2004. Recomendações para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico;

MATTIN. L. 2010. Nursing Guidelines for the Management of Wound Drains and T-Tubes. Clinical Practice;

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério. 2005. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise dos Casos. Lisboa: Ordem do Enfermeiros;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2011. Caderno Temático – Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Estrutura de Idoneidades: Conceção, processos, etapas e funcionamento;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Publicado em Diário da República, 2.ª série N.º 35. Parte E - Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 18 de Fevereiro de 2011;

RILEY, J. 2004. Comunicação em Enfermagem. 4ª edição. Lusociência.

# [Anexos]

## **Relatório de Especialidade**

**Porto, Abril de 2012**



# [Anexo I]

## **Guia de Acolhimentos aos Elos de Ligação à CCI**

**Porto, Abril de 2012**



# Guia de Integração de Elos de Ligação à Comissão de Controlo de Infeção

O presente documento pretende ser um guia de orientação para os Elos de Ligação à Comissão de Controlo de Infeção. Não tendo como objetivo acrescentar conteúdos aos já descritos em documentos oficiais, apenas se propõe compilar os itens que consideramos de maior relevância. É também propósito ser um guia de apoio à pesquisa de documentos oficiais da Unidade Local de Saúde de Matosinhos relativos a assuntos inerentes às funções de um Elo de Ligação.

## Comissão de Controlo da Infeção

A Comissão de Controlo de Infeção (CCI) é uma *“Equipa multidisciplinar de assessoria técnica do Órgão de Gestão das unidades de saúde com a missão de planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção, de acordo com as diretivas nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde.”* de acordo com o Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

De acordo com o mesmo documento, é da responsabilidade da Comissão de Controlo de Infeção:

- ✓ *“Cumprir o disposto na Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007. Para o efeito, as CCI devem ter funções executivas em áreas específicas ao controlo de infeção, nomeadamente no planeamento, implementação e monitorização dos objetivos e metas que integram o POPCI da unidade de saúde;*

- ✓ *Implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo da IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente.”*

Assim sendo, destacam-se quatro grandes áreas de atuação da Comissão de Controlo da Infeção: Vigilância Epidemiológica; Recomendações de Boas Práticas através do Manual de normas de controlo de infeção; Auditorias internas ao cumprimento das normas; e Formação dos profissionais.

## **Elos de Ligação à Comissão de Controlo de Infeção**

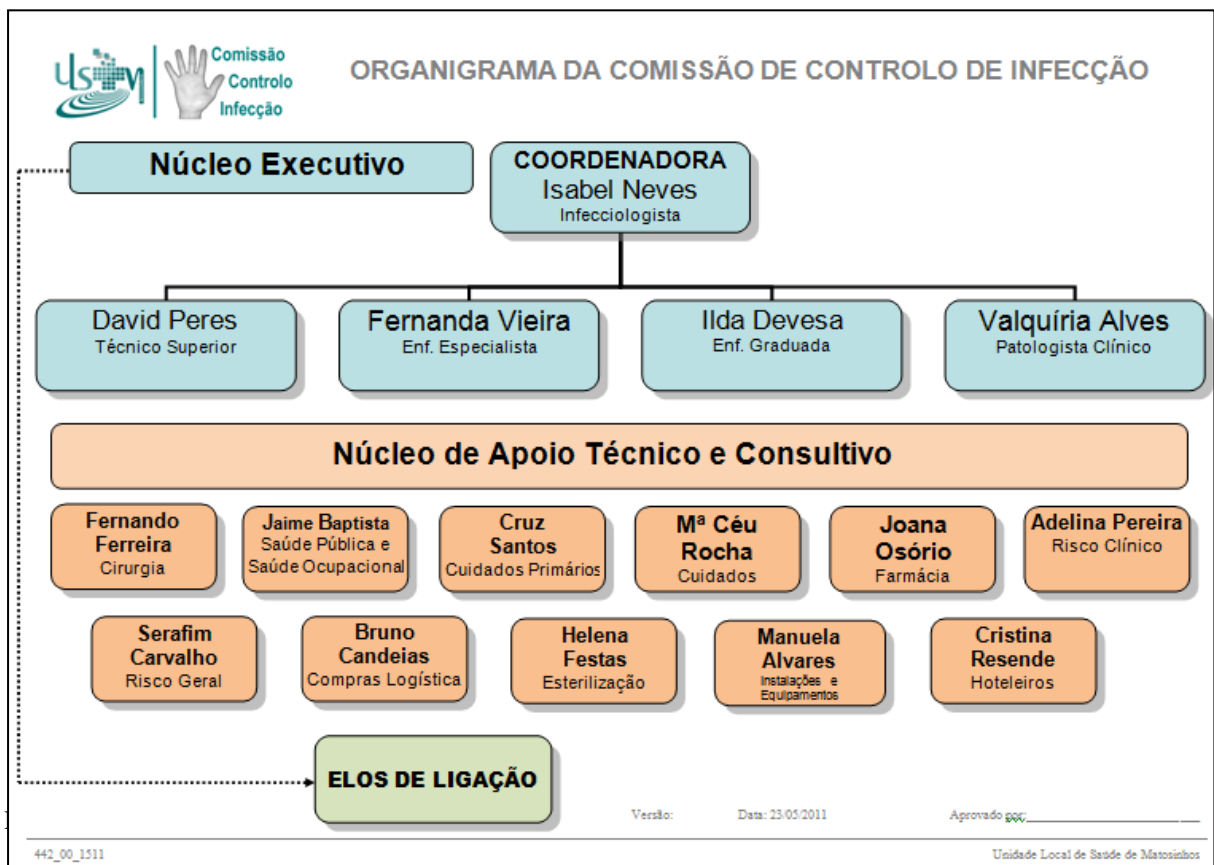
De acordo com o Manual de Operacionalização do Plano Nacional de Controlo da Infeção, faz parte da Comissão de Controlo de Infeção “*uma rede de interlocutores, Elos de Ligação ou Membros Dinamizadores, representativos dos diversos grupos profissionais, que promovem a articulação entre a CCI e os serviços / departamentos / áreas funcionais.*”

No mesmo documento são referidas as funções dos Elos de Ligação:

- ✓ *“Sensibilizar os pares para as questões de prevenção e controlo da infeção;*
- ✓ *Participar na elaboração de normas para o respetivo serviço ou unidade, com base nas recomendações da CCI, pôr em prática e acompanhar o cumprimento das mesmas;*
- ✓ *Identificar problemas de estrutura, de processo e/ou de resultados, e informar a CCI em caso de suspeita de surto epidémico ou de outras situações de risco em controlo da infeção;*
- ✓ *Propor à CCI a realização de estudos no seu serviço ou unidade, ou a adoção de medidas que consideradas necessárias para a prevenção e controlo da infeção;*
- ✓ *Colaborar na recolha de dados para os estudos de VE e nas auditorias às práticas nos respetivos serviços;*

- ✓ *Assegurar que os cuidados prestados a cada doente são apropriados, relativamente à prevenção e controlo de infeção;*
- ✓ *Participar e dinamizar as ações de formação promovidas no serviço na área da prevenção e controlo da infeção e colaborar com a CCI na identificação de necessidades de formação nos seus serviços.”*

## Organigrama da Comissão de Controlo de Infeção



### Contactos úteis da Comissão de Controlo de Infeção

Dra Isabel Neves	5500
Dra Valquíria Alves	5615
Dr. David Peres	2800
Enf. Fernanda Vieira	2801
Enf. Ilda Devesa	3018
Secretariado (D. Rosalina Alves)	1397
Gabinete da CCI	1396
E-mail: <a href="mailto:cci@ulsm.min-saude.pt">cci@ulsm.min-saude.pt</a>	

Tabela I – Contactos úteis da Comissão de Controlo de Infeção

### Links de Referência em Controlo de Infeção

✓ **Programa Nacional de Controlo de Infeção**

<http://www.dsg.pt> → Microsite de Controlo de Infecção

✓ **International Federation of Infection Control**

<http://www.theific.org/publications.asp>

✓ **Center of Disease Control and Prevention – Infection Control in Healthcare Settings**

<http://www.cdc.gov>

## Documentos de referência em Controlo de Infeção Hospitalar:

*Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Infeção associada a Cuidados de Saúde*, DSG, 2007

*Manual de Operacionalização do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Infeção associada a Cuidados de Saúde*, DSG, 2008

*Diário da República - De Lei n.º242/96* – Triagem de resíduos hospitalares

*Manual de Controlo de Infeção do Hospital Pedro Hispano, 2003* de onde se destaca o Capítulo sobre Normas Gerais de Prevenção da Infeção Nosocomial

Para além dos documentos supra referidos, a Comissão de Controlo de Infeção sugere a consulta anual do seu Plano de Atividades e disponibiliza-se para esclarecer dúvidas que surjam no âmbito no desempenho de funções enquanto Elo de Ligação a esta Comissão.

## Documentos disponíveis no sistema de Gestão Documental

Na tabela seguinte encontram-se listados pelo âmbito de atuação, título do documento e entidade emissora, os documentos disponíveis no sistema de Gestão Documental da Unidade Local de Saúde de Matosinhos que consideramos úteis para o desempenho das funções enquanto Elo de Ligação à Comissão de Controlo de Infeção. Esta lista depende da emissão dos documentos por diferentes entidades, pelo que está em constante reformulação. Desta forma a CCI atualizará a presente tabela sempre que considere justificar-se.

Âmbito de atuação	Título do Documento	Emitido por
Comissão de Controlo da Infeção	Regulamento Interno da Comissão de Controlo da Infeção	Comissão de Controlo de Infeção

Normas e procedimentos de controlo de infeção	Impressos específicos da Comissão de Controlo da Infeção	Comissão de Controlo de Infeção
	Precauções básicas em Controlo de Infeção	Comissão de Controlo de Infeção
	Regras Básicas do Ambiente Hospitalar - Informação para novos profissionais médicos	Comissão de Controlo de Infeção
	Proteção Facial	Comissão de Controlo de Infeção
	Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (a aguardar aprovação pelo Conselho de Administração)	Comissão de Controlo de Infeção
	Prevenção da Infeção do Trato Urinário (em reformulação)	Comissão de Controlo de Infeção
	Prevenção da Infeção associada a Dispositivos Intravasculares (em reformulação)	Comissão de Controlo de Infeção
	Prevenção da Infeção Respiratória (em reformulação)	Comissão de Controlo de Infeção
Prevenção e Controlo de Infecções causada por microrganismos problema	Admissão de doentes provenientes de outros hospitais ou lares	Comissão de Controlo de Infeção
	Estratégia Global para controlo de MRSA	Comissão de Controlo de Infeção
	Precauções de Isolamento em Controlo de Infeção	Comissão de Controlo de Infeção
	Prevenção, controlo e tratamento de infeção por Clostridium difficile	Comissão de Controlo de Infeção
	Saiba mais sobre Clostridium Difficile - Informação aos doentes e visitas	Comissão de Controlo de Infeção
	Saiba mais sobre MRSA - Informações aos doentes e visitas	Comissão de Controlo de Infeção

	Saiba mais sobre o Acinetobacter Baumanni - Informação aos Doentes e Visitas	Comissão de Controlo de Infeção
	Recomendações e orientações técnicas sobre atuação clínica em tuberculose	Comissão da Tuberculose
Higiene e segurança	Manual de Higiene e Segurança	Gabinete de Higiene e Segurança
	Gestão dos Planos de Higienização	Serviços Hoteleiros
	Higiene de Material Específico	Serviços Hoteleiros
Antimicrobianos	Regulamento Interno da comissão de antimicrobianos	Comissão de Antimicrobianos
	12 Passos para prevenir a resistência aos antimicrobianos - Informação aos profissionais de saúde	Comissão de Controlo de Infeção
Esterilização	Manual de Funções do Serviço de Esterilização Central	Esterilização
Patologia Clínica	Manual das funções específicas do Serviço de Patologia Clínica	Patologia Clínica
	Manual de Colheitas	Patologia Clínica
Triagem de Resíduos	Resíduos hospitalares – triagem, armazenamento e recolha	Gestão de Risco
Outras	Manual de Auditoria Interna da ULSM	Auditor Interno
	Visita aos Doentes do Hospital Pedro Hispano	Comissão de Qualidade e Segurança do doente
	Circuito de Roupas da Unidade Local de Saúde de Matosinhos	Comissão de Controlo de Infeção
	Atividade do Barbeiro nos serviços do Hospital Pedro Hispano	Comissão de Controlo de Infeção

Tabela II – Documentos úteis disponíveis no sistema de Gestão Documental



# [Anexo II]

## **Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares**

**Porto, Abril de 2012**



**PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS  
INTRAVASCULARES**



# **PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES**

Elaborado por : Luísa Machado e Mariana Andrade

Alunas da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Universidade Católica Portuguesa

Junho de 2011



## 0 - INTRODUÇÃO

Hoje em dia, os dispositivos intravasculares são instrumentos essenciais na prestação de cuidados no quotidiano hospitalar. Estes são usados para administração de fluidos tais como fármacos, sangue e hemoderivados e alimentação parentérica; assim como para avaliação de parâmetros hemodinâmicos sobretudo em doentes em estado crítico.

Os catéteres intravasculares abordados são:

- Catéteres Venosos Centrais (CVC), que incluem:
  - Catéteres venosos centrais de inserção periférica (PICC);
  - Catéteres de hemodiálise;
  - Catéteres arteriais pulmonares;
- Catéteres arteriais periféricos e sistemas de monitorização da pressão;
- Catéteres venosos periféricos;
- Catéteres umbilicais:
  - Catéteres arteriais umbilical;
  - Catéteres venosos umbilical.

O uso de dispositivos intravasculares acarreta um elevado risco de infeção. Esta infeção pode ser localizada no local de punção ou pode ser sistémica, com infeção da corrente sanguínea frequentemente por bactérias designadas por bacteriémias. Estas são responsáveis por morbilidade e mortalidade significativa.

As seguintes recomendações para prevenção de infeção associada a catéteres intravasculares são baseadas na “*Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*”, emanada pelo CDC em 2011. As principais áreas de destaque nesta *guideline* incluem:

- Educação e formação dos profissionais de saúde no que respeita à inserção e manutenção de catéteres intravasculares;
- Precauções máximas de barreiras estéreis durante a inserção do catéter venoso central;
- Preparação antisséptica da pele com clorhexidina > 0,5% com álcool;
- Evitar a substituição de CVC por rotina, com vista a prevenir a infeção;

- Usar um CVC de curto prazo impregnado com antisséptico e antibiótico, bem como compressa com clorohexidina se a taxa de infecção não diminuir com outras estratégias.

Estas recomendações visam melhorar o desempenho das práticas clínicas com a implementação de *bundles* e monitorização do seu cumprimento, como referência para a garantia da qualidade.

As recomendações referidas pela *guideline* “*Recomendação para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares*”, publicada no Programa Nacional de Controlo de Infecção em 2006 da DGS, que não foram apresentadas nesta *guideline* mas que consideramos ser importante referir serão apresentadas em caixa de texto.

Em cada tipo de catéter, e sempre que se justifique, as recomendações estarão divididas em oito níveis de intervenção:

- I. Seleção do catéter;
- II. Seleção do local de inserção do catéter;
- III. Técnica asséptica na inserção do catéter;
- IV. Manutenção do catéter intravascular;
- V. Profilaxia antibiótica;
- VI. Anticoagulantes;
- VII. Substituição do catéter;
- VIII. Substituição de sistemas e outras conexões.

Os CVC são os catéteres que mais contribuem para a infecção da corrente sanguínea. Por isso, nestes serão desenvolvidos todos os níveis de intervenção. Nos outros tipos de catéter apenas são abordados os níveis que apresentam situações específicas. São consideradas comuns a todos os catéteres as recomendações quanto à técnica asséptica, manutenção do catéter e substituição de sistemas e conexões e que estarão assinaladas com (\*).

## 1 – CLASSIFICAÇÃO

Tal como as *guidelines* anteriores emitidas pelo CDC e pelo HIPAC, cada recomendação é categorizada com base na evidência científica, em raciocínios teóricos, na sua aplicabilidade e no impacto económico. O sistema de categorização das recomendações é o seguinte:

- **Categoria IA** – medidas fortemente recomendadas para serem implementadas e fortemente suportadas por estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos;
- **Categoria IB** – medidas fortemente recomendadas para serem implementadas e suportadas por alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e por um forte raciocínio teórico; ou limitada evidência baseada na prática;
- **Categoria IC** - exigidas pela regulamentação do estado ou instituição, regras ou normas;
- **Categoria II** – sugeridas para implementação e suportadas por estudos clínicos ou epidemiológicos e raciocínios teóricos;
- **Questão não resolvida** - práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

## 2 – EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E RECRUTAMENTO

1 - Educar os profissionais de saúde quanto à indicação do uso de catéteres intravasculares, os procedimentos adequados para a sua inserção e manutenção, e medidas apropriadas de controlo de infeção para prevenir infeções relacionadas com este tipo de catéteres.

### *Categoria IA*

2 - Avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão às diretrizes dos profissionais envolvidos na inserção e manutenção dos catéteres.

### *Categoria IA*

3 - Designar apenas pessoal treinado que demonstrou competência para a inserção e manutenção dos catéteres intravasculares centrais e periféricos.

### *Categoria IA*

4 - Assegurar o rácio enfermeiro - doente em Unidades de Cuidados Intensivos.

### *Categoria IB*

### 3 – RECOMENDAÇÕES PARA OS CATÉTERES VENOSOS CENTRAIS INCLUINDO CATÉTERES CENTRAIS DE INSERÇÃO PERIFÉRICA, DE HEMODIÁLISE E ARTERIAIS PULMONARES

Catéter venoso central é um tubo que atravessa uma veia e termina na porção torácica da veia cava superior ou na aurícula direita.

Este catéter permite:

- Infusão de soluções concentradas com menor risco de complicações;
- Monitorização hemodinâmica em doentes críticos.

A presença deste tipo de dispositivo médico está associado a um risco aumentado de infecção. São fatores que podem aumentar o risco de infecção relacionado com o catéter central:

- Catéteres com múltiplas vias e várias conexões;
- Cateterização de repetição;
- Presença de um foco de infecção noutra local;
- Duração da cateterização;
- Tipo de penso;
- Cuidados na manipulação dos catéteres.

#### I- SELECÇÃO DO CATÉTER

1 – Selecionar os catéteres em função da finalidade e duração de utilização; complicações infecciosas e não infecciosas e da experiência de quem executa a técnica.

##### *Categoria IB*

2- Utilizar um CVC com o número mínimo de acessos ou lúmens essenciais para o tratamento do doente.

***Categoria IB***

3- Não há recomendação para reservar um dos lúmens de um CVC exclusivamente para a administrar nutrição parentérica.

***Questão não resolvida***

4- Se disponível, utilizar a orientação com ultra-som na colocação de CVC para reduzir o número de tentativas de punção e complicações mecânicas. Este procedimento deve ser feito apenas por profissionais competentes.

***Categoria IB***

5 – Em doentes adultos, se o catéter permanecer mais que 5 dias, e se a taxa de infecção associada a catéteres intravasculares permanecer elevada após a implementação de medidas globais de prevenção de infecção, utilizar CVC impregnados com clorhexidina / sulfadiazina de prata ou minociclina / rifampicina.

***Categoria IA***

6– Utilizar uma fístula ou prótese em doentes com insuficiência renal crónica em vez de um CVC para o acesso permanente para diálise.

***Categoria IA***

7- Utilizar dispositivos totalmente implantáveis em doentes que necessitam de acesso vascular intermitente e de longa permanência. Em doentes que necessitam de acesso vascular contínuo ou frequente (i.e; >30 dias), preferir catéteres tunelizáveis ou catéteres centrais de inserção periférica.

***Categoria II***

8- Utilizar um CVC com cuff para diálise se o período de acesso temporário se prevê prolongado (i.e; >3 semanas).

***Categoria IB***

## II – SELECÇÃO DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CATÉTER

1 – Ponderar o risco/benefício da colocação de um dispositivo venoso central num local recomendado para reduzir as complicações infecciosas contra o risco de complicações mecânicas.

***Categoria IA***

2 - Evitar usar a veia femoral para acesso de CVC, em doentes adultos.

***Categoria IA***

3 – Para colocação de CVC não tunelizado, utilizar a veia subclávia em vez da jugular e femoral.

***Categoria IB***

4 – Em doentes em hemodiálise e em doentes com doença renal avançada, não utilizar a veia subclávia para evitar a sua estenose.

***Categoria IA***

**III – TÉCNICA ASSÉPTICA NA INSERÇÃO DO CATÉTER**

1\* – Proceder à higienização das mãos quer com sabão antisséptico e água quer com soluções alcoólicas. Realiza-la antes e após a palpação do local de punção, bem como antes e depois da inserção, substituição ou manutenção do catéter. A palpação do local de inserção não deve ser realizada após a aplicação do antisséptico, a menos que seja mantida uma técnica asséptica.

***Categoria IB***

2\* - Manter a técnica asséptica para a inserção e cuidados aos catéteres intravasculares.

***Categoria IB***

3 - Usar novas luvas estéreis antes de manusear o novo catéter quando as trocas são realizadas com fio-guia.

***Categoria II***

4\* - Usar luvas limpas ou estéreis aquando da realização do penso ao catéter intravascular.

***Categoria IC***

5 - Usar as máximas precauções de barreiras estéreis, incluindo a utilização de um barrete, máscara, bata estéril, luvas estéreis e campos grandes estéreis, para a inserção de CVCs, PICCs, ou troca com fio-guia.

***Categoria IB***

6 - Usar um campo estéril para proteger o catéter de artéria pulmonar durante a inserção.

***Categoria IB***

7- Desinfectar a pele com uma preparação de clorhexidina > 0,5% com álcool antes da inserção do CVC e durante as trocas dos pensos. Se houver contra-indicação para a clorhexidina, pode ser utilizado tintura de iodo, um iodóforo ou álcool a 70% .

***Categoria IA***

8 \*- Aguardar que os antissépticos sequem de acordo com as recomendações do fabricante, antes da colocação do catéter.

***Categoria IB***

9\*- Não aplicar solventes orgânicos (i.e; acetona ou éter) na pele antes de inserir os catéteres ou nas mudanças de penso.

***Categoria IA***

10-\* Se a tricotomia for necessária a opção de escolha será o uso de máquina de tricotomia cirúrgica.

11\*- Não executar por rotina desbridamento como método de inserção de catéteres em artérias e veias.

***Categoria IA***

#### IV – MANUTENÇÃO DO CATÉTER INTRAVASCULAR

1\* – Usar uma compressa estéril ou um penso transparente, semipermeável esterilizado para cobrir o local do catéter.

***Categoria IA***

2\* - Se o doente apresentar diaforese, hemorragia ou drenagem do local da punção, usar uma compressa até a resolução da situação.

***Categoria II***

3\* - Substituir o penso do catéter caso este esteja húmido, solto ou visivelmente sujo.

***Categoria IB***

4\* - Não usar pomadas ou cremes antibióticos tópicos no local de inserção, com exceção de catéteres de diálise, devido ao seu potencial de promover infecções fúngicas e resistência antimicrobiana.

***Categoria IB***

5\* - Não mergulhar o local do catéter ou o catéter em água. O banho é permitido se for protegido o catéter e as conexões (por exemplo, proceder à proteção com uma cobertura impermeável durante o banho).

***Categoria IB***

6 - Substituir os pensos com compressas do local de inserção do CVC de curto prazo a cada 2 dias.

***Categoria II***

7 - Substituir os pensos transparentes do local de inserção do CVC de curto prazo pelo menos a cada 7 dias, exceto nos doentes pediátricos, nos quais o risco de remoção do catéter pode superar os benefícios de trocar o penso.

***Categoria IB***

8 - Substituir os pensos transparentes do local de inserção do CVC tunelizado ou implantado não mais do que uma vez por semana (a menos que o penso está sujo ou solto), até que o local de inserção cicatrize.

***Categoria II***

9\* - Assegurar que os cuidados ao catéter são compatíveis com o material do catéter.

***Categoria IB***

10 - Usar um campo esterilizado para todos os catéteres de artéria pulmonar.

***Categoria IB***

11\* – Usar uma compressa impregnada em clorhexidina para revestir os catéteres temporários de curto prazo em doentes com mais de 2 meses de idade, se a taxa de infecção associada aos catéteres não diminuir, apesar da adoção de medidas básicas de prevenção.

***Categoria IB***

12\* - Monitorar visualmente o local do catéter quando trocar o penso ou regularmente por palpação através do penso, dependendo da situação clínica do doente. Se o doente apresentar sensibilidade no local de inserção, febre sem fonte óbvia ou outras manifestações sugestivas de infecção local ou na corrente sanguínea, o penso deve ser removido para permitir um exame aprofundado do local.

***Categoria IB***

13\* - Encorajar os doentes a relatar todas as mudanças no local do catéter ou qualquer novo desconforto.

***Categoria II***

14\* – Realizar uma limpeza diária da pele com clorhexidina 2%.

***Categoria II***

15\* - Utilizar um dispositivo sem sutura para fixação do catéter para reduzir o risco de infecção.

***Categoria II***

16\*- Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados.

***Categoria IB***

17\*-Não realizar por rotina culturas das pontas do catéter. Justifica-se ser feito apenas em situações específicas ou de suspeita de infecção associada a CVC.

***Categoria IA***

18\*- Realizar VE relacionada com as infecções associadas ao CVC nas UCI adultos e neonatais, conforme as indicações do PNCI.

## V – PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

1\* - Não administrar rotineiramente profilaxia antimicrobiana sistémica antes da inserção ou durante o uso de um catéter intravascular para prevenir a colonização do catéter ou infecção sanguínea associada ao catéter.

***Categoria IB***

2 - Usar pomada antisséptica de iodo ou bacitracina / gramicidina / polimixina B no local de saída do catéter de hemodiálise após a inserção do catéter e no final de cada sessão de diálise se esta pomada não interagir com o material do catéter de hemodiálise, segundo recomendação do fabricante.

***Categoria IB***

3 - Utilizar uma solução de bloqueio profilático antimicrobiano nos doentes portadores de catéters de longo prazo com antecedentes de infecção sanguínea associada a catéters, independentemente da adesão máxima ideal da técnica asséptica.

***Categoria II***

## **VI – ANTICOAGULANTES**

1\* - Não usar rotineiramente terapia anticoagulante para reduzir o risco de infecção relacionada ao catéter, em populações de doentes em geral.

***Categoria II***

## **VII – SUBSTITUIÇÃO DO CATÉTER**

1 - Não substituir rotineiramente CVC, PICC, catéters de hemodiálise ou catéters da artéria pulmonar para prevenir infecções relacionadas ao catéter.

***Categoria IB***

2\* - Retirar imediatamente o catéter intravascular logo que deixe de ser necessário.

***Categoria IA***

3 - Não remover CVCs ou PICCs com base somente na febre. Usar juízo crítico sobre a relevância de remover o catéter se a infecção é evidenciada em outro lugar ou se suspeitar de febre sem causa infecciosa.

***Categoria II***

4 - Não trocar por rotina os CVC não tunelizados através do fio-guia para evitar a infecção.

***Categoria IB***

5 - Não usar o fio-guia para substituir um catéter não tunelizado com suspeita de infecção.

***Categoria IB***

6 – Substituir o catéter não tunelizado e não funcionando recorrendo ao fio-guia se não houver evidência de infecção.

***Categoria IB***

7 - Usar novas luvas estéreis antes de manusear o novo catéter quando as trocas são realizadas com fio-guia.

***Categoria II***

8\* - Quando a adesão à técnica asséptica não pode ser garantida (ou seja, catéteres inseridos durante uma emergência médica), substituir o catéter o mais rapidamente possível, dentro de 48 horas

***Categoria IB***

**VIII – SUBSTITUIÇÃO DE SISTEMAS E OUTRAS CONEXÕES**

1\* - Em doentes que não receberam sangue, hemoderivados ou emulsões lipídicas, substituir os conjuntos de administração contínua, incluindo conjuntos secundários e dispositivos adicionais, a intervalos superiores a 96 horas e inferiores a 7 dias.

***Categoria IA***

2\* - Substituir os sistemas utilizados para administrar sangue, hemoderivados, ou emulsões lipídicas (aqueles combinados com aminoácidos e glicose em uma mistura de 3-em-1 ou administrados separadamente) no prazo de 24 horas após o início da perfusão.

***Categoria IB***

3\* - Substituir os sistemas utilizados para administrar infusões de propofol a cada 6 ou 12 horas, quando o frasco é alterado, conforme recomendação do fabricante.

***Categoria IA***

4\* - Assegurar que todos os componentes do sistema são compatíveis para minimizar vazamentos e quebras no sistema.

***Categoria II***

5\* - Desinfetar e friccionar a porta de acesso com um adequado antisséptico (clorohexidina, iodopovidona, um iodóforo ou álcool 70%) e utilizar somente dispositivos estéreis para a sua conexão de modo a minimizar o risco de contaminação.

***Categoria IA***

6\* – Sempre que aceder ao sistema IV, usar um sistema sem agulha.

***Categoria IC***

7\* - Quando os sistemas sem agulhas são utilizados, uma válvula de separação do septo pode ser preferida sobre algumas válvulas mecânicas devido ao aumento do risco de infecção destas últimas.

***Categoria II***

8\*- Trocar os conectores sem agulha no mínimo a cada 72 horas ou de acordo com as recomendações do fabricante, para reduzir a taxa de infecção.

***Categoria II***

9\*- Não utilizar por rotina filtros em linha com o objetivo de controlo de infecção.

***Categoria IA***

10\*- Completar as infusões dos fluidos de nutrição parentérica contendo lípidos (i.e; soluções de 3 –em -1) em 24 horas.

***Categoria IB***

11\*- Completar as emulsões lipídicas em 12 horas quando administradas isoladamente. Se o volume a administrar requer mais tempo este deve estar completo em 24 horas.

***Categoria IB***

12\*- Completar as infusões de sangue e derivados em 4 horas desde o início da perfusão.

***Categoria II***

#### 4 – RECOMENDAÇÕES PARA CATÉTER ARTERIAL PERÍFERICO E DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO

##### I – SELECÇÃO DO SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO

1- Utilizar sempre que possível transdutores descartáveis em vez de reutilizáveis.

***Categoria IB***

##### II – SELECÇÃO DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CATÉTER

1- Em adultos, é preferível puncionar a artéria radial, braquial ou pediosa em relação à artéria femoral ou axilar.

***Categoria IB***

2 - Em crianças, a artéria braquial não deve ser utilizada. É preferível puncionar a artéria radial, pediosa e tibial posterior em relação à artéria femoral ou axilar.

***Categoria II***

##### III – TECNICA ASSÉPTICA NA INSERÇÃO DO CATÉTER

1- Durante a inserção de um catéter arterial periférico, deve ser utilizado no mínimo um barrete, uma máscara, luvas estéreis e um pano esterilizado com janela.

***Categoria IB***

2- Durante a inserção do catéter na artéria axilar ou femoral, deve ser utilizado as máximas precauções de barreiras estéreis.

***Categoria II***

3- Desinfetar a pele com uma preparação de clorohexidina > 0,5% com álcool antes da inserção do catéter e durante as trocas dos pensos. Se houver contra-indicação para a clorohexidina, pode ser utilizado tintura de iodo, um iodóforo ou álcool a 70% .

***Categoria IA***

#### **IV- SUBSTITUIÇÃO DO CATÉTER E TRANSDUTOR**

1- Não substituir rotineiramente catéteres arteriais para evitar infecções relacionadas a catéteres. Realizar somente quando houver indicação clínica.

***Categoria II***

2-. Substituir transdutores descartáveis ou reutilizáveis, a cada 96 horas, assim como os restantes componentes do sistema.

***Categoria IB***

3-. Esterilizar os transdutores reutilizáveis de acordo com as instruções do fabricante.

***Categoria IA***

## V- MANUTENÇÃO DO CATÉTER INTRAVASCULAR

1- Retirar o catéter arterial, logo que não seja necessário.

### ***Categoria II***

2- Manter todos os componentes do sistema de monitorização da pressão estéreis.

### ***Categoria IA***

3- Minimizar o número de manipulações e entradas no sistema de monitorização da pressão. Usar um sistema fechado *flush*, em vez de um sistema aberto, para manter a permeabilidade dos catéters de monitorização da pressão.

### ***Categoria II***

4- Quando o sistema de monitorização de pressão possui um diafragma, em vez de uma torneira, este deve ser desinfetado com um antisséptico apropriado antes de entrar no sistema.

### ***Categoria IA***

5- Não administrar soluções que contenham dextrose ou fluidos de nutrição parentérica através do circuito de monitorização da pressão.

### ***Categoria IA***

## 5 – RECOMENDAÇÕES PARA CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

### I- SELECÇÃO DO CATÉTER

1 – Selecionar os catéteres em função da finalidade e duração de utilização; complicações infecciosas e não infecciosas (por exemplo flebite e infiltração) e da experiência de quem vai executar a técnica.

#### *Categoria 1B*

2 - Usar um catéter de linha média ou um catéter central de inserção periférica quando prever duração da terapia intravascular superior a seis dias.

#### *Categoria II*

### II – SELECÇÃO DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CATÉTER

1 – Em adultos, preferir para local de inserção do catéter os membros superiores em relação aos membros inferiores. Trocar um catéter inserido num membro inferior para um membro superior assim que possível.

#### *Categoria II*

2 - Em doentes pediátricos podem ser usados como local de inserção do catéter os membros superiores, inferiores e o couro cabeludo.

#### *Categoria II*

3 – Evitar o uso de agulhas de aço para administração de fluidos pois pode causar necrose do tecido caso haja extravasamento.

***Categoria IA***

**III – TÉCNICA ASSÉPTICA NA INSERÇÃO DO CATÉTER**

1 – Usar luvas limpas, e não estéreis, na inserção de catéteres venosos periféricos, se não tocar no local de inserção após aplicação de antisséptico.

***Categoria IC***

2 – Preparar a pele limpa com antisséptico (álcool 70%, tintura de iodo ou solução alcoólica de gluconato de clorhexidina) antes da inserção do catéter venoso periférico.

***Categoria IB***

3 – Proceder à higienização das mãos antes e após a palpação do local de punção, bem como antes e depois da inserção, substituição ou manutenção do catéter. A palpação do local de inserção não deve ser realizada após a aplicação do antisséptico, a menos que seja mantida uma técnica asséptica. (\*)

***Categoria IB***

4 - Manter a técnica asséptica para a inserção e cuidados dos catéteres intravasculares. (\*)

***Categoria IB***

#### IV – MANUTENÇÃO DO CATÉTER INTRAVASCULAR

1 - Substituir o penso do catéter caso este esteja húmido, solto ou visivelmente sujo. (\*)

##### ***Categoria IB***

2 - Se o doente apresentar diaforese, hemorragia ou drenagem do local da punção, usar uma compressa até a resolução da situação. (\*)

##### ***Categoria II***

3 - Assegurar que os cuidados ao catéter são compatíveis com o material do catéter. (\*)

##### ***Categoria IB***

4 - Monitorar visualmente o local do catéter quando trocar o penso ou regularmente por palpação através do penso, dependendo da situação clínica do doente. Se o doente apresentar sensibilidade no local de inserção, febre sem fonte óbvia ou outras manifestações sugestivos de infeção local ou na corrente sanguínea, o penso deve ser removido para permitir um exame aprofundado do local. (\*)

##### ***Categoria IB***

5 - Encorajar os doentes a relatar todas as mudanças no local do catéter ou qualquer novo desconforto. (\*)

##### ***Categoria II***

## V – PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

1 - Não administrar rotineiramente profilaxia antimicrobiana sistémica antes da inserção ou durante o uso de um catéter intravascular para prevenir a colonização do catéter ou infecção sanguínea associada ao catéter. (\*)

### *Categoria IB*

## VI – ANTICOAGULANTES

1 - Não usar rotineiramente terapia anticoagulante para reduzir o risco de infecção relacionada ao catéter, em populações de doentes em geral. (\*)

### *Categoria II*

## VII – SUBSTITUIÇÃO DO CATÉTER

1 - Para reduzir o risco de infecção e de flebite em adultos, não há necessidade de substituir catéteres periféricos mais frequentemente do que 72-96 horas.

### *Categoria IB*

2 - Em crianças substituir os catéteres periféricos apenas quando clinicamente indicado.

### *Categoria IB*

3 - Avaliar o local de inserção do catéter diariamente através da palpação caso o penso em uso seja transparente. Os pensos do local de inserção do catéter opacos não devem ser removidos caso o doente não tenha sinais de infecção. Devem ser removidos

se houver hipersensibilidade no local ou outros sinais de infecção associada aos dispositivos intravasculares.

***Categoria II***

4 - Retirar o catéter venoso periférico se o doente desenvolver sinais de flebite (calor, tumor, rubor e cordão venoso palpável), infecção ou defeito no catéter.

***Categoria IB***

## 6 – RECOMENDAÇÕES PARA CATÉTERES UMBILICAIS

1. - Fazer a desinfecção do local de inserção do catéter com antisséptico. Podem ser usadas soluções antissépticas com iodo (por exemplo iodopovidona) mas não utilizar tintura de iodo.

### ***Categoria IB***

2. - Não usar antibióticos de aplicação tópica nos locais de inserção de catéteres umbilicais. Pode potenciais as infecções de origem fúngica e a resistência antimicrobiana.

### ***Categoria IA***

3. - Os catéteres umbilicais podem ser substituídos se não estiverem funcionantes, não se verifique numa situação com indicação de remoção e se a duração total do cateterismo não seja superior a 5 dias nos de inserção arterial e superior a 14 dias nos de inserção venosa.

### ***Categoria II***

## I- CATÉTERES ARTERIAIS UMBILICAIS

1 – Caso haja sinais de infecção, insuficiência vascular nas extremidades distais ou trombose retirar e não substituir os catéteres arteriais umbilicais.

### ***Categoria II***

2 - Adicionar heparina (em baixa dosagem 0,25-1u/ml) ao fluido a infundir através do catéter arterial umbilical.

***Categoria IB***

3 – Retirar os catéteres umbilicais assim que não forem necessários. Os catéteres arteriais umbilicais não devem permanecer no local por um período superior a 5 dias.

***Categoria II***

## **II –CATÉTERES VENOSOS UMBILICAIS**

1 – Caso haja sinais de infecção ou trombose retirar e não substituir os catéteres venosos umbilicais.

***Categoria II***

2 - Retirar os catéteres umbilicais assim que não forem necessários. Os catéteres venosos umbilicais, se utilizados com técnica asséptica, não devem permanecer no local por um período superior a 14 dias.

***Categoria II***

## PLANO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO

Plano de sessão				
<b>TEMA:</b> Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares		<b>Formandos:</b> Membros do núcleo executivo da Comissão de Controlo de Infecção da ULS de Matosinhos		
<b>Módulo:</b> Divulgação				
<b>Objetivo geral:</b> Divulgar a atualização da norma sobre a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares				<b>Duração do módulo:</b> 1h
<b>Objetivos específicos:</b>				<b>Data:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que os formandos adquirem conhecimento sobre as novas recomendações emanadas pelo CDC em 2011;</li> <li>• Que os formandos adquirem conhecimento sobre a evolução das recomendações.</li> </ul>				<b>Duração:</b> 1h
Assuntos a abordar	Atividades a desenvolver	Orientação metodológica	Recursos pedagógicos	Tempo
Introdução	Exposição de conceitos.	Método expositivo	Projetor multimédia	5 min
Divulgação das recomendações para os catéteres venosos centrais incluindo catéteres centrais de inserção periférica, de hemodiálise e arteriais pulmonares	Exposição de conceitos.	Método expositivo	Projetor multimédia	15 min
Divulgação das recomendações para catéter arterial periférico e dispositivos de monitorização da pressão.	Exposição de conceitos.	Método expositivo	Projetor multimédia	10 min
Divulgação das recomendações para os catéteres venosos periféricos	Exposição de conceitos.	Método expositivo	Projetor multimédia	10 min
Divulgação das recomendações para os catéteres umbilicais.	Exposição de conceitos.	Método expositivo	Projetor multimédia	5 min
Conclusão e período de discussão	Exposição de conceitos e debate	Método interrogativo	Projetor multimédia	15 min




  
**Comissão de Controlo de Infecção**

**Prevenção da Infecção associada a dispositivos intravasculares**

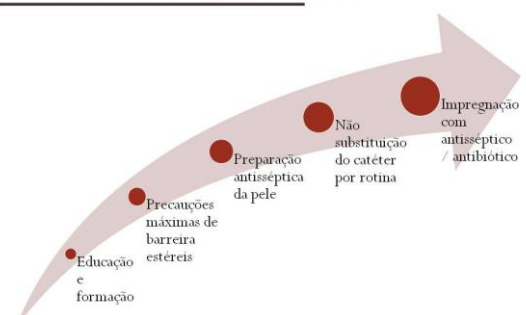
**Tutoras:** Sr.ª Enf.ª Fernanda Vieira  
**Discentes:** Luísa Machado  
 Marina Andrade

Porto, Junho 2011

Referências

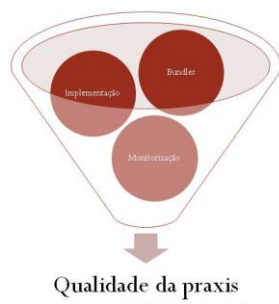
- “Recomendação para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares”, publicada no Programa Nacional de Controlo de Infecção em 2006, pela DGS.
- “Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections”, emanada pelo CDC em 2011

REDFLAGS da Guideline



Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CDC 2011

Objectivo da Guideline



Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CDC 2011

Recomendações

Venosas centrais (PICC, hemodiálise e arteriais pulmonares)	Arteriais periféricos e sistemas de monitorização de pressão
<b>Catéteres</b>	
Venosos periféricos	Umbilicais (arteriais e venosos)

Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CDC 2011

Níveis de intervenção

Seleção do catéter	Seleção do local de inserção do catéter	Técnica asséptica na inserção do catéter
Manutenção do catéter intravascular	Profilaxia antibiótica	Anticoagulantes
Substituição do catéter	Substituição de sistemas e outras conexões	

Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CDC 2011

Classificação das categorias

IA	• Medidas fortemente recomendadas e fortemente suportadas
IB	• Medidas fortemente recomendadas, suportadas por alguns estudos e limitada evidência baseada na prática
IC	• Exigidas pela regulamentação do estado ou instituição, regras ou normas.
II	• Sugeridas para implementação e suportadas por estudos clínicos ou epidemiológicos e raciocínios teóricos
QNR	• Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

Educação, formação e recrutamento

Educação dos profissionais <b>IA</b>	Auditorias sistemáticas <b>IA</b>
Certificação de competência <b>IA</b>	Rácio enfermeiro - doente em UCI <b>IB</b>

## RECOMENDAÇÕES PARA OS CATÉTERES VENOSOS CENTRAIS INCLUINDO CATÉTERES CENTRAIS DE INSERÇÃO PERIFÉRICA, DE HEMODIÁLISE E ARTERIAIS PULMONARES

### Seleção do catéter

CV em função da finalidade e duração de utilização; complicações infecciosas e não infecciosas e da experiência de quem executa a técnica. **IB**

CVC com número mínimo de acessos ou lúmens. **IB**

Sem recomendação para reservar um lúmen de um CVC exclusivamente para a administrar nutrição parentérica. **QNR**

Guia de Prevenção de Infeções Colúmbio-Ribeiro, 2011

### Seleção do catéter

Orientação com ultra-som na colocação de CVC. **IB**

CVC impregnados com cloro-hexidina / sulfadiazina de prata ou minociclina / rifampicina. **IA**

Fístula ou prótese para o acesso permanente para diálise. **IA**

Guia de Prevenção de Infeções Colúmbio-Ribeiro, 2011

### Seleção do catéter

Dispositivos totalmente implantáveis se acesso vascular de longa duração. (i.e. >30 dias). **II**

CVC com cuff para diálise se acesso temporário prolongado (i.e. >3 semanas).

Recomendação para a Prevenção de Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares, FNCL DGI, 2006

### Seleção do local de inserção do catéter

Ponderar o risco/benefício da colocação de CVC. **IA**

Evitar usar a veia femoral para acesso de CVC, em doentes adultos. **IA**

CVC não tunelizado, utilizar a veia subclávia em vez da jugular e femoral. **IB**

Em doentes em hemodiálise e em doentes com doença renal avançada, não utilizar a veia subclávia para evitar a sua estenose. **IA**

Guia de Prevenção de Infeções Colúmbio-Ribeiro, 2011

### Técnica asséptica na inserção do Catéter

\* Higienização das mãos antes e após a palpação do local de punção, bem como antes e depois da inserção, substituição ou manutenção do catéter. A palpação do local de inserção não deve ser realizada após a aplicação do antisséptico, a menos que seja mantida uma técnica asséptica. **IB**

\* Técnica asséptica para a inserção e cuidados aos catéteres intravasculares. **IB**

Novas luvas estéreis antes de manusear o novo catéter quando as trocas são realizadas com fio-guia. **II**

\* Luvas limpas ou estéreis na realização do penso ao catéter intravascular. **IC**

Guia de Prevenção de Infeções Colúmbio-Ribeiro, 2011

### Técnica asséptica na inserção do Catéter

Precauções máximas de barreiras estéreis, incluindo a utilização de um barrete, máscara, bata estéril, luvas estéreis e campos grandes estéreis, para a inserção de CVCs, PICCs, ou troca com fio-guia. **IB**

Campo estéril para proteger o catéter de artéria pulmonar durante a inserção. **IB**

Preparação antisséptica da pele com uma preparação de cloro-hexidina > 0,5% com álcool antes da inserção do CVC e durante as trocas dos pensos. Se houver contra-indicação para a cloro-hexidina, pode ser utilizado tintura de iodo, um iodóforo ou álcool a 70%. **IA**

\* Aguardar que os antissépticos sequem antes da colocação do catéter. **IB**

Guia de Prevenção de Infeções Colúmbio-Ribeiro, 2011

### Técnica asséptica na inserção do Catéter

\* Não aplicar solventes orgânicos na pele antes de inserir os catéteres ou nas mudanças de penso. **IA**

\* Se a tricotomia, com *clipper* cirúrgico.

\* Não executar por rotina desbridamento como método de inserção de catéteres em artérias e veias. **IA**

Recomendação para a Prevenção de Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares, FNCL DGI, 2006

### Manutenção do catéter intravascular

- \* Compressa estéril ou um penso transparente, semipermeável esterilizado para cobrir o local do catéter. **IA**
- \* Se o doente apresentar diaforese, com hemorragia ou drenagem do local da punção, usar uma compressa até a resolução da situação. **II**
- \* Substituir o penso do catéter caso este esteja húmido, solto ou visivelmente sujo. **IB**
- \* Não usar pomadas ou cremes antibióticos tópicos no local de inserção, com excepção de catéters de diálise. **IB**
- \* Não mergulhar o local do catéter ou o catéter em água. O banho é permitido se for protegido o catéter e as conexões (por exemplo, proceder à protecção com uma cobertura impermeável durante o banho). **IB**

Guia de Prevenção de Infeções Colónias-Relatadas (ICR), CDC, 2011

### Manutenção do catéter intravascular

- Substituir os pensos com compressas do local de inserção do CVC de curto prazo a cada 2 dias. **II**
- Substituir os pensos transparentes do local de inserção do CVC de curto prazo pelo menos a cada 7 dias, excepto nos doentes pediátricos, nos quais o risco para a retirada do catéter pode superar os benefícios de trocar o penso. **IB**
- Substituir os pensos transparentes do local de inserção do CVC tunelizado ou implantado não mais do que uma vez por semana (a menos que o penso esteja sujo ou solto), até que o local de inserção cicatrize. **II**
- \* Os cuidados ao catéter compatíveis com o material do catéter. **IB**
- Campo esterilizado para todos os catéters de artéria pulmonar. **IB**

Guia de Prevenção de Infeções Colónias-Relatadas (ICR), CDC, 2011

### Manutenção do catéter intravascular

- \* Compressa impregnada em cloro-hexidina para revestir os catéters temporários de curto prazo em doentes com mais de 2 meses de idade, se a taxa de infecção associada aos catéters não diminuir, apesar da adopção de medidas básicas de prevenção. **IB**
- \* Monitorar visualmente o local do catéter quando trocar o penso ou regularmente por palpação através do penso. Se o doente apresentar sensibilidade no local de inserção, febre sem fonte óbvia ou outras manifestações sugestivas de infecção local ou na corrente sanguínea, o penso deve ser removido para permitir um exame aprofundado do local. **IB**
- \* Encorajar os doentes a relatar todas as mudanças no local do catéter ou qualquer novo desconforto. **II**
- \* Limpeza diária da pele com cloro-hexidina 2%. **II**
- \* Dispositivo sem sutura para fixação do catéter. **II**

Guia de Prevenção de Infeções Colónias-Relatadas (ICR), CDC, 2011

### Manutenção do catéter intravascular

\* Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados. **IB**

\* Não realizar por rotina culturas das pontas do cateter. Justifica-se ser feito apenas em situações específicas ou de suspeita de infecção associada a CVC. **IA**

\* Realizar VE relacionada com as infecções associadas ao CVC nas UCI adultos e neonatais, conforme as indicações do PNCI.

Recomendação para a Prevenção de Infeções Associadas aos Dispositivos Intravasculares, PNCI, DGI, 2004

### Profilaxia antibiótica

- \* Não administrar rotineiramente profilaxia antimicrobiana sistémica antes da inserção ou durante o uso de um catéter intravasculares. **IB**
- \* Pomada antisséptica de iodo ou bacitracina / gramicidina / polimixina B no local de saída do catéter de hemodialise após a inserção do catéter e no final de cada sessão de diálise. **IB**
- \* Solução de bloqueio profilático antimicrobiano nos doentes portadores de longo prazo com antecedentes de infecção sanguínea associada a catéters, independentemente da adesão máxima ideal da técnica asséptica. **II**

Guia de Prevenção de Infeções Colónias-Relatadas (ICR), CDC, 2011

### Anticoagulantes

\* Não usar rotineiramente terapia anticoagulante **II**

Guia de Prevenção de Infeções Colónias-Relatadas (ICR), CDC, 2011

### Substituição do catéter

- Não substituir rotineiramente CVC, PICC, catéters de hemodialise ou catéters da artéria pulmonar. **IB**
- \* Retirar imediatamente o catéter intravascular logo que deixe de ser necessário. **IA**
- Não remover CVCs ou PICCs com base somente na febre. Usar juízo crítico sobre a relevância de remover o catéter se a infecção é evidenciada em outro lugar ou se suspeitar de febre sem causa infecciosa. **II**
- Não trocar por rotina os CVC não tunelizados através do fio-guia. **IB**

Guia de Prevenção de Infeções Colónias-Relatadas (ICR), CDC, 2011

### Substituição do catéter

- Não usar o fio-guia para substituir um catéter não tunelizado com suspeita de infecção. **IB**
- Substituir o catéter não tunelizado e não funcionante recorrendo ao fio-guia se não houver evidência de infecção. **IB**
- Usar novas luvas estéreis antes de manusear o novo catéter quando as trocas são realizadas com fio-guia. **II**
- \* Quando a adesão à técnica asséptica não pode ser garantida substituir o catéter o mais rapidamente possível, dentro de 48 horas. **IB**

Guia de Prevenção de Infeções Colónias-Relatadas (ICR), CDC, 2011

### Substituição de sistemas e outras conexões

- \* Em doentes que não receberam sangue, hemoderivados ou emulsões lipídicas, substituir os conjuntos de administração contínua, incluindo conjuntos secundários e dispositivos adicionais, a intervalos superiores a 96 horas e inferiores a 7 dias. **IA**
- \* Substituir os sistemas utilizados para administrar sangue, hemoderivados, ou emulsões lipídicas no prazo de 24 horas após o início da perfusão. **IB**
- \* Substituir os sistemas utilizados para administrar infusões de propofol a cada 6 ou 12 horas, quando o frasco é alterado, conforme recomendação do fabricante. **IA**
- \* Assegurar que todos os componentes do sistema são compatíveis para minimizar vazamentos e quebras no sistema. **II**

Guidelines for Prevention of Healthcare-Associated Infections\*, CDC, 2011

### Substituição de sistemas e outras conexões

- \* Desinfetar e friccionar a porta de acesso com um adequado antisséptico (cloro-hexidina, iodopovidona, um iodoformo ou álcool 70%) e utilizar somente dispositivos estéreis para a sua conexão de modo a minimizar o risco de contaminação. **IA**
- \* Sempre que aceder ao sistema IV, usar um sistema sem agulha. **IC**
- \* Válvula de separação do septo pode ser preferida sobre algumas válvulas mecânicas devido ao aumento do risco de infecção destas últimas. **II**
- \* Trocar os conectores sem agulha no mínimo a cada 72 horas ou de acordo com as recomendações do fabricante, para reduzir a taxa de infecção. **II**

Guidelines for Prevention of Healthcare-Associated Infections\*, CDC, 2011

### Substituição de sistemas e outras conexões

- \* Não utilizar por rotina filtros. **IA**
- \* Completar as infusões dos fluidos de nutrição parentérica contendo lípidos em 24 horas. **IB**
- \* Completar as emulsões lipídicas em 12 horas quando administradas isoladamente. Se o volume a administrar requer mais tempo este deve estar completo em 24 horas. **IB**
- \* Completar as infusões de sangue e derivados em 4 horas desde o início da perfusão. **II**

Recomendações para a Prevenção de Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares; FHCJ, DGS, 2016.

### RECOMENDAÇÕES PARA CATÉTER ARTERIAL PERÍFERICO E DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO

### Seleção do sistema de monitorização da pressão



Utilizar sempre que possível transdutores descartáveis em vez que reutilizáveis. **IB**

Guidelines for Prevention of Healthcare-Associated Infections\*, CDC, 2011

### Seleção do local de inserção do catéter

Em adultos, é preferível puncionar a artéria radial, braquial ou pediosa sobre a artéria femoral ou axilar. **IB**

Em crianças, a artéria braquial não deve ser utilizada. É preferível puncionar a artéria radial, pediosa e tibial posterior sobre a artéria femoral ou axilar. **II**

Guidelines for Prevention of Healthcare-Associated Infections\*, CDC, 2011

### Técnica asséptica na inserção do catéter

Barreiras de protecção	Precauções máximas de barreira	Preparação da pele
Durante a inserção utilizar no mínimo um barrete, uma máscara, luvas estéreis e um pano esterilizado com janela. <b>IB</b>	Durante a inserção do catéter na artéria axilar ou femoral, deve ser utilizado as máximas precauções de barreiras estéreis. <b>II</b>	Preparar a pele com uma preparação de cloro-hexidina > 0,5% com álcool antes da inserção do catéter e durante as trocas dos pensos. Se houver contra-indicação para a cloro-hexidina, pode ser utilizado tintura de iodo, um iodoformo ou álcool a 70%. <b>IA</b>

Guidelines for Prevention of Healthcare-Associated Infections\*, CDC, 2011

### Substituição do catéter e transdutor

Substituição catéter	Substituição transdutor	Esterilização transdutor
Não substituir rotineiramente catéters arteriais. Realizar somente quando houver indicação clínica. <b>II</b>	Substituir transdutores descartáveis ou reutilizáveis, a cada 96 horas, assim como os restantes componentes do sistema. <b>IB</b>	Esterilizar os transdutores reutilizáveis de acordo com as instruções do fabricante. <b>IA</b>

Guidelines for Prevention of Healthcare-Associated Infections\*, CDC, 2011

### Manutenção do catéter intravascular



- Retirar o catéter arterial, logo que não seja necessário. **II**
- Manter todos os componentes do sistema de monitorização da pressão estéreis. **IA**
- Minimizar o número de manipulações e entradas no sistema de monitorização da pressão. Usar um sistema fechado flush, em vez de um sistema aberto, para manter a permeabilidade dos cateteres de monitorização da pressão. **II**
- Quando o sistema de monitorização da pressão possui um diafragma, em vez de uma torneira, este deve ser desinfectado com um antisséptico apropriado antes de entrar no sistema. **IA**
- Não administrar soluções que contenham dextrose ou fluidos de nutrição parentérica através do circuito de monitorização da pressão. **IA**

Guia de Prevenção de Infeções Relacionadas à Assistência de Saúde, CDC, 2011

### RECOMENDAÇÕES PARA OS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

### Catéter Venoso Periférico

Seleccionar em função da finalidade e duração de utilização; complicações infecciosas e não infecciosas e experiência de quem vai executar a técnica. **IB**

Usar catéter de linhas média ou catéter central de inserção periférica quando terapia superior a seis dias. **II** (anterior **IB**)

Guia de Prevenção de Infeções Relacionadas à Assistência de Saúde, CDC, 2011

### Seleção do local de inserção do cateter

Em adultos preferir o membro superior ao membro inferior. Trocar um catéter colocado no membro inferior para o membro superior logo que possível. **II** (anterior **IA**)

Em criança, os locais podem ser os membros superiores, inferiores e o couro cabeludo. **II**

Evitar uso de agulhas de aço para administração de fluidos. **IA**

Guia de Prevenção de Infeções Relacionadas à Assistência de Saúde, CDC, 2011

### Técnica asséptica na inserção do Catéter

\* Luvas limpas ou estéreis na realização do penso ao catéter intravascular. **IC**

Preparar a pele com anti-séptico antes da inserção do catéter. **IB**

\* Higienização das mãos antes e após a palpção do local de punção, bem como antes e depois da inserção, substituição ou manutenção do catéter. A palpção do local de inserção não deve ser realizada após a aplicação do anti-séptico, a menos que seja mantida uma técnica asséptica. **IB**

\* Técnica asséptica para a inserção e cuidados dos cateteres intravasculares. **IB**

Guia de Prevenção de Infeções Relacionadas à Assistência de Saúde, CDC, 2011

### Manutenção do catéter intravascular

\* Substituir o penso do catéter caso este esteja húmido, solto ou visivelmente sujo. **IB**

\* Se o doente apresentar diaforese, com hemorragia ou drenagem do local da punção, usar uma compressa até a resolução da situação. **II**

\* Os cuidados ao catéter compatíveis com o material do catéter. **IB**

\* Monitorar visualmente o local do catéter quando trocar o penso ou regularmente por palpção através do penso. Se o doente apresentar sensibilidade no local de inserção, febre sem fonte óbvia ou outras manifestações sugestivas de infecção local ou na corrente sanguínea, o penso deve ser removido para permitir um exame aprofundado do local. **IB**

\* Encorajar os doentes a relatar todas as mudanças no local do catéter ou qualquer novo desconforto. **II**

Guia de Prevenção de Infeções Relacionadas à Assistência de Saúde, CDC, 2011

### Profilaxia antibiótica

\*

- Não administrar rotineiramente profilaxia antimicrobiana sistémica antes da inserção ou durante o uso de um cateteres intravasculares. **IB**

Guia de Prevenção de Infeções Relacionadas à Assistência de Saúde, CDC, 2011

### Anticoagulantes

- \* Não usar rotineiramente terapia anticoagulante **II**

Guia de Prevenção de Infeções Relacionadas à Assistência de Saúde, CDC, 2011

### Substituição do catéter

Em adultos, substituir o catéter às 72-96 horas. **IB**

Em crianças, substituir apenas quando necessário. **IB**

Avaliar o local de inserção do catéter. Caso seja opaco só deve ser removido caso haja sinais de infecção associada ao catéter. **II**

\* Retirar imediatamente o catéter intravascular logo que deixe de ser necessário. **IB (anterior IA)**

Guia de Prevenção de Infecções Relacionadas a Dispositivos Médicos, CDC 2011

## RECOMENDAÇÕES PARA OS CATÉTERES UMBILICAIS

### Catéteres Umbilicais

Fazer a desinfecção do local de punção com anti-séptico. Podem ser usadas soluções iodadas, contudo não usar tintura de iodo. **IB**

Não usar antibióticos tópicos nos locais de inserção para evitar potenciar as infecções fúngicas e a resistência antimicrobiana. **IA**

Podem ser substituídos caso não estejam funcionantes desde que não haja contra-indicação e que respeita a duração total do cateterismo. **II**

Guia de Prevenção de Infecções Relacionadas a Dispositivos Médicos, CDC 2011

### Catéteres arteriais umbilicais

#### Substituição

Caso haja infecção, insuficiência vascular ou trombose retirar e não substituir os catéteres. **II**

#### Heparinizar

Adicionar heparina (0,25-0,1u/ml) ao fluido a infundir. **IB**

#### Duração

Retirar os catéteres assim que possível. Não devem permanecer no local mais do que 5 dias. **II**

Guia de Prevenção de Infecções Relacionadas a Dispositivos Médicos, CDC 2011

### Catéteres venosos Umbilicais

Caso haja infecção ou trombose retirar e não substituir os catéteres. **II**

Retirar os catéteres assim que possível. Não devem permanecer no local mais do que 14 dias. **II**

Guia de Prevenção de Infecções Relacionadas a Dispositivos Médicos, CDC 2011

## Artigos de suporte

FIM

## Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares

**Avaliação da Apresentação****Escala:** 1 – Muito fraco; 2 – Fraco; 3 – Satisfaz; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

<b>AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO</b>					
<b>1-ORGANIZAÇÃO GERAL DA APRESENTAÇÃO</b>					
A metodologia utilizada foi eficaz.	1	2	3	4	5
O tempo atribuído ao tema foi adequado.	1	2	3	4	5
<b>2-MATÉRIAS/CONTEÚDOS</b>					
Despertaram interesse e motivação.	1	2	3	4	5
Foram de compreensão acessível.	1	2	3	4	5
Estiveram bem organizados e sistematizados.	1	2	3	4	5
Foram completos e suficientes.	1	2	3	4	5
<b>AVALIAÇÃO DOS FORMADORES</b>					
<b>3- APTIDÕES TÉCNICAS</b>					
Utilizaram uma linguagem clara e adequada.	1	2	3	4	5
Tinham bons conhecimentos teórico-práticos.	1	2	3	4	5
Transmitiram bem os seus conhecimentos.	1	2	3	4	5
<b>4- DISPONIBILIDADE</b>					
Disponível para esclarecer dúvidas.	1	2	3	4	5
Relacionamento bom com o grupo de formandos.	1	2	3	4	5
<b>5- COMPORTAMENTO</b>					
Conseguiram despertar interesse dos formandos.	1	2	3	4	5
<b>AVALIAÇÃO GLOBAL</b>					
Avaliação Global da Apresentação.	1	2	3	4	5

Obrigado

Luísa Machado/Marina Andrade

## TRATAMENTO DE DADOS DA AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

N	ITEM AVALIADO	Bom (n)	Muito Bom (n)	Observações
	<b>1-ORGANIZAÇÃO GERAL DA APRESENTAÇÃO</b>			
3	A metodologia utilizada foi eficaz.	1	2	66,7% consideraram Muito Bom no que respeita à metodologia eficaz.
3	O tempo atribuído ao tema foi adequado.	1	2	66,7% consideraram Muito Bom em relação à adequação do tempo atribuído.
	<b>2-MATÉRIAS/CONTEÚDOS</b>			
3	Despertaram interesse e motivação.	1	2	66,7% consideraram Muito Bom relativamente ao interesse e motivação para os conteúdos.
3	Foram de compreensão acessível.	1	2	66,7% consideraram Muito Bom quanto à compreensão acessível dos conteúdos.
3	Estiveram bem organizados e sistematizados.	0	3	100% consideraram Muito Bom a organização e sistematização dos conteúdos.
3	Foram completos e suficientes.	0	3	100% consideraram Muito Bom quanto aos conteúdos serem completos e suficientes.
	<b>3- APTIDÕES TÉCNICAS</b>			
3	Utilizaram uma linguagem clara e adequada.	1	2	66,7% consideraram Muito Bom quanto à linguagem utilizada.
3	Tinham bons conhecimentos teórico-práticos.	0	3	100% consideraram Muito Bom quanto aos conhecimentos teórico-práticos.
3	Transmitiram bem os seus conhecimentos.	0	3	100% consideraram Muito Bom quanto à transmissão dos conhecimentos.
	<b>4- DISPONIBILIDADE</b>			
3	Disponível para esclarecer dúvidas.	0	3	100% consideraram Muito Bom quanto à disponibilidade para esclarecer dúvidas.
3	Relacionamento bom com o grupo de formandos.	0	3	100% consideraram Muito Bom no que concerne ao bom relacionamento com o grupo.
	<b>5- COMPORTAMENTO</b>			
3	Conseguiram despertar interesse dos formandos.	0	3	100% consideraram Muito Bom relativamente ao interesse do grupo.
	<b>AVALIAÇÃO GLOBAL</b>			
3	Avaliação Global da Apresentação.	0	3	100% consideraram Muito Bom a avaliação global da apresentação.

Tabela I - Avaliação da Apresentação sobre Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares

### TRATAMENTO DE DADOS DA AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

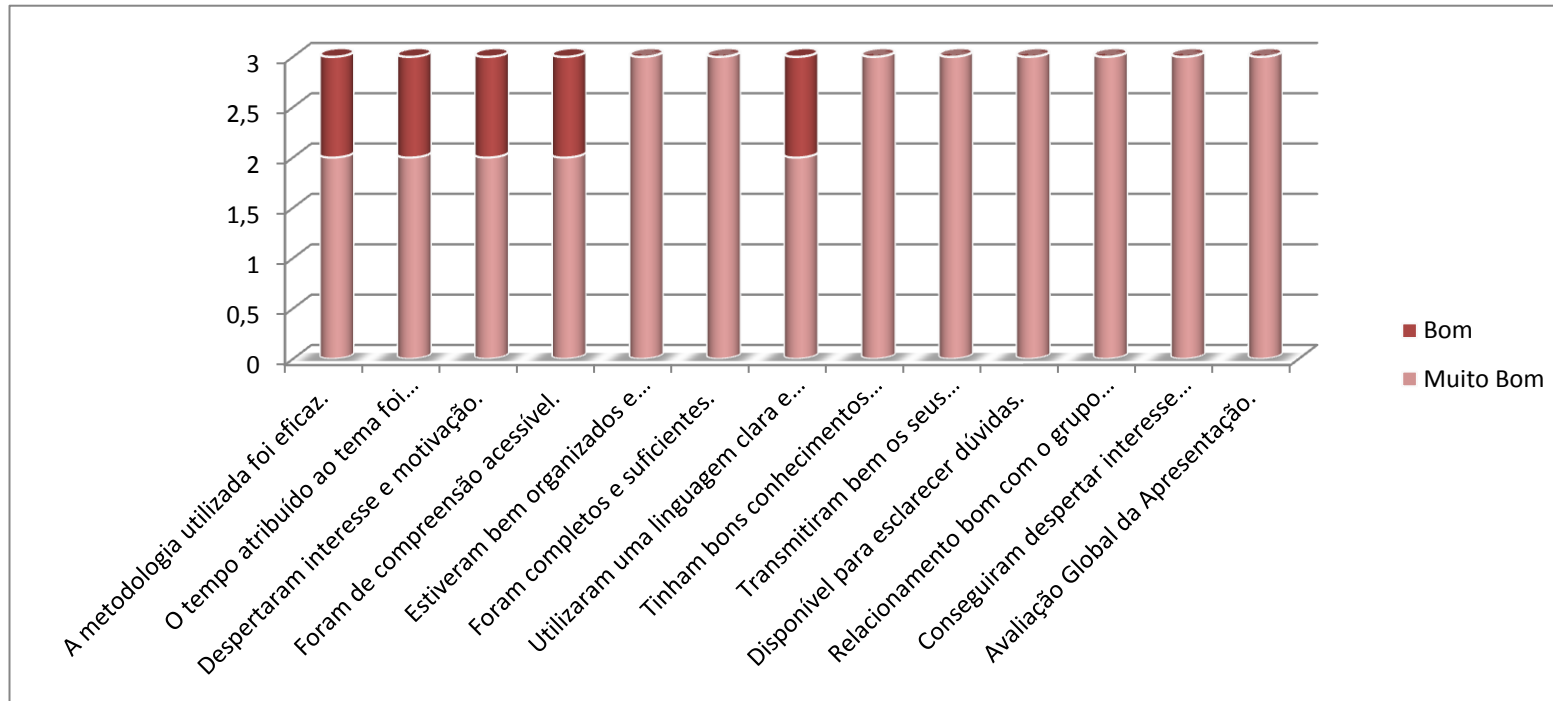


Gráfico I - Avaliação da Apresentação sobre Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares



# [Anexo III]

## **Acreditação de Idoneidade Formativa de Contextos de Prática Clínica**

### **Avaliação da sessão de ação de formação**

**Porto, Abril de 2012**



**[Acreditação de Idoneidade Formativa  
em Contextos de Prática Clínica]**

**Serviço de Medicina Intensiva**

**Alunos: Luísa Machado;**

**Vera Alves;**

**Sofia Silva**

**Sob orientação de: Mestre Amélia Ferreira**

**Porto, Novembro de 2011**



## **SIGLAS**

**CPC**- Contexto de Prática Clínica

**DIF** – Desenvolvimento de Idoneidade Formativa;

**DPT** - Desenvolvimento Profissional Tutelado;

**EI** – Estrutura de Idoneidades;

**EOE** – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros;

**EPT** - Exercício Profissional Tutelado;

**OE** – Ordem dos Enfermeiros;

**RIFCPC** – Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.



## ÍNDICE

0-INTRODUÇÃO.....	7
1-ENQUADRAMENTO.....	9
2-PRINCÍPIOS E CONCEITOS.....	9
3-ESTRUTURA DE IDONEIDADES.....	10
4-ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA – FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO .....	10
4.1- CANDIDATURA.....	11
4.2- RECONHECIMENTO .....	11
4.3- ACREDITAÇÃO.....	12
4.4- RENOVAÇÃO E ACREDITAÇÃO.....	13
5-CONCLUSÃO.....	15
6-BIBLIOGRAFIA .....	17



## 0- INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no desenvolvimento do Módulo de Estágio II – SMI, integrado no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, a ser desenvolvido no SMI do HPH entre 03 de Outubro de 2011 e 26 de Novembro de 2011.

A temática desta formação é *“Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica - Estrutura de Idoneidades: Conceção, processos, etapas e funcionamento”*.

A escolha deste tema teve a ver, principalmente, com o facto de termos identificado algum défice de informação relativamente a este tema, por parte dos enfermeiros do SMI e, também, por termos tido conhecimento, após conversa informal com a enfermeira-chefe deste serviço, que esta tem como objetivo futuro candidatar o SMI à Acreditação de Idoneidade Formativa.

De acordo com o Caderno temático da OE confirmação *“... da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica é requisito obrigatório para o desenvolvimento da Prática Tutelada em Enfermagem (PTE)”*.

Nesta formação vamos proceder à divulgação do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, fazendo referência à *check-list* relativa ao Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Isto irá permitir identificar em que áreas/critérios o SMI precisa investir no imediato e no tempo adiante para a obtenção da acreditação da idoneidade formativa e respetiva renovação.

No seguimento da escolha da temática em causa, esta formação tem como objetivo geral dotar os formandos de conhecimentos sobre Idoneidade Formativa, definindo-se como objetivos específicos para o final da formação que os mesmos sejam capazes de identificar:

- A estrutura do processo de reconhecimento de acreditação de idoneidade formativa;
- Os critérios de candidatura de reconhecimento de acreditação de idoneidade formativa para contextos de prática clínica.

De forma global, o trabalho foi elaborado recorrendo ao método descritivo. Optou-se por fazer uma nota introdutória onde é feita uma breve introdução ao tema que irá ser abordado, ao objetivo geral e aos objetivos específicos desta formação, seguindo-se uma abordagem teórica aos conteúdos pretendidos e que serão abordados na formação.

Para a avaliação da metodologia utilizada e da pertinência desta formação, foi elaborada uma ficha de avaliação (Anexo A).

Esta formação irá ser apresentada após as passagens de turno, de forma informal, aos colegas e terá a duração aproximada de 20 minutos. Para esta apresentação foi construída uma apresentação em PowerPoint (Anexo B). A planificação da ação de formação (Anexo C) foi elaborada de acordo com o tempo disponibilizado pelo serviço para a apresentação.

Para a elaboração deste trabalho foi feita pesquisa bibliográfica e recorreu-se também ao uso de browsers de pesquisa na internet.

## **I- ENQUADRAMENTO**

É desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros (OE) “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”<sup>1</sup>

O Sistema de Certificação de Competências considera um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT) para a atribuição do título de enfermeiro, bem como um período de avaliação dos processos formativos e de certificação de competências numa área clínica de especialização, para a atribuição do título de enfermeiro especialista. Para tal, o Conselho de Enfermagem entende que deve acontecer igualmente num período de prática tutelada a que denominou de Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT).

O EPT e DPT devem desenvolver-se:

1. No quadro de um modelo de supervisão clínica, que a OE define;
2. No contexto de prática clínica de Idoneidade Formativa reconhecida e acreditada pela OE;
3. Com o acompanhamento de um supervisor clínico, certificado pela OE, de acordo com um perfil de competências específico que apresenta.

## **2- PRINCÍPIOS E CONCEITOS**

A idoneidade formativa dos contextos de prática clínica tem a ver com existência verificada e reconhecida de um conjunto de características que estes detêm, propícios à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, bem como à supervisão clínica em PTE.

A determinação da capacidade formativa para EPT e DPT depende de dois processos da responsabilidade da OE:

- 1- Ac creditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica;
- 2- Certificação de Competências do Supervisor de PTE.

---

<sup>1</sup> Número 1 do Artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) alterado e republicado pela Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro.

“ A Ac creditação é de unidades prestadoras de cuidados e não de departamentos ou instituições, considerando-se (para o efeito) a existência de critérios obrigatórios e critérios de excelência. Os critérios são comuns para a verificação da idoneidade formativa de todos os contextos e, neles, para EPT e para DPT”.<sup>2</sup>

### **3- ESTRUTURA DE IDONEIDADES**

Segundo o Caderno Temático por nós utilizado para a realização deste trabalho, “... A Estrutura de Idoneidades (EI) é uma estrutura profissionalizada da OE constituída por um Coordenador Nacional da Estrutura, nomeado pelo Conselho Diretivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem, e 5 núcleos regionais, a funcionar junto das secções regionais.”

### **4- ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA – FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO**

De acordo com o nº1, do artigo 3º do RIFCPC, “... O processo de ac creditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica estrutura-se na candidatura, no reconhecimento, na ac creditação e na renovação da ac creditação”.

---

<sup>2</sup> Conforme preâmbulo do RIFCPC

#### **4.1- CANDIDATURA**

O processo de candidatura é efetuado em plataforma digital e em formulários disponibilizados pela EI.

Fazem parte do processo de candidatura:

- Um requerimento com identificação do CPC, como unidade de cuidados e da instituição prestadora de cuidados de saúde em que se insere e explicitação dos fins da acreditação a que se candidata (EPT e/ou DPT);
- Caracterização do CPC relativamente a cada dimensão e indicadores mencionados no Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos CPC;
- Carta de Motivos, assinada pela chefia de Enfermagem do CPC candidato;
- A declaração de concordância assinada pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde da qual o CPC faz parte.

Quando a candidatura é submetida a validação é enviado um e-mail para o endereço eletrónico indicado pelo CPC candidato. O sistema cria um processo individual e informa (via e-mail) o CPC candidato sobre a forma de consulta do processo individual e estado da candidatura. Cada vez que a candidatura avançar no circuito ou forem sendo colmatadas situações em falha, o sistema envia informação atualizada via e-mail.

Se após pedido de novos elementos para validação não houver, no prazo de 15 dias úteis, nenhuma resposta/contacto por parte do CPC candidato, a candidatura será cancelada e eliminada do sistema, ficando apenas o histórico da situação.

#### **4.2- RECONHECIMENTO**

O reconhecimento da idoneidade formativa baseia-se na avaliação e verificação das condições determinadas no Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos CPC, no contexto do candidato.

Após aceitação da candidatura e num prazo de 15 dias úteis, a EI contacta o CPC candidato no sentido de agendar auditoria de reconhecimento para efeitos de acreditação da idoneidade formativa.

A EI desloca-se ao CPC e conduz a auditoria da qual resulta um relatório de reconhecimento. Esse relatório integra uma proposta de acreditação que a EI coloca à análise da Comissão de Certificação de Competências.

### **4.3- ACREDITAÇÃO**

A Comissão de Certificação de Competências decide sobre «acreditação» ou «não acreditação» da idoneidade formativa do CPC para EPT e/ou para DPT. Esta decisão tem de ser fundamentada em mérito (quanto às razões que levaram à decisão) e de direito (com referência às normas jurídicas da lei e dos regulamentos que a suportam).

Caso a decisão da Comissão de Certificação de Competências for pela «acreditação», a EI, levando a efeito o decidido, emite a correspondente chancela de acreditação (com validade de 3 anos) e contabiliza o CPC em termos de capacidade formativa.

Se a decisão da Comissão de Certificação de Competências for de «não acreditação», a EI informa disso o CPC dando-lhe a possibilidade deste pedir, no prazo de 15 dias úteis, o Plano Orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa (DIF).

No caso de o CPC não solicitar este plano, o processo de candidatura é arquivado, esperando nessa fase até 6 meses por novas informações por parte do CPC. Se ao fim deste tempo o CPC não contactar a EI para informar sobre o desenvolvimento da sua idoneidade formativa, este é eliminado do sistema. Se o CPC pretender iniciar novo processo de candidatura, tal só será possível passado 1 ano da eliminação da candidatura anterior.

Se o CPC pedir plano orientador para DIF, este é definido e fornecido. Depois de entregue esse plano é acordado entre a EI e o CPC um período de tempo ou cronograma para desenvolvimento das condições de idoneidade formativa (em falta) indispensáveis à acreditação.

#### **4.4- RENOVAÇÃO E ACREDITAÇÃO**

O CPC cuja acreditação da idoneidade formativa esteja no terceiro ano de validade deve requerer à Comissão de Certificação de Competências, via EI, renovação da acreditação.

Este requerimento é feito através de plataforma digital, num formulário próprio disponibilizado pela EI. Neste requerimento apenas se deve acrescentar aquilo que de novo ou diferente existe em relação a cada dimensão/critério/indicador do referencial.

A EI poderá pedir ao CPC elementos adicionais. Se após pedido de novos elementos não houver, em 15 dias úteis, qualquer resposta por parte do CPC, o pedido de renovação de acreditação é cancelado e eliminado do sistema.

No caso de o CPC afirmar preencher os critérios e indicadores de cada dimensão do referencial de avaliação da idoneidade formativa dos CPC considerados obrigatórios pelo Conselho de Enfermagem, a EI, no prazo de 15 dias úteis, contacta o CPC para agendamento de reconhecimento da idoneidade formativa para efeitos de renovação da acreditação.

Se no pedido de renovação, o CPC declarar não preencher os critérios considerados obrigatórios para a nova etapa de aplicação progressiva do referencial de avaliação da idoneidade formativa, é-lhe dada a possibilidade de solicitar plano orientador para o DIF.

Se a decisão for pela renovação, é emitida nova chancela de acreditação nos termos que forem definidos pela Comissão de Certificação de Competências, com validade de 3 anos a contar da data de expiração da chancela anterior.



## 5- CONCLUSÃO

Após a realização desta ação de formação podemos concluir que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados. O tema foi considerado pertinente e de uma forma global os participantes apreciaram a formação, atribuindo uma boa classificação.

Sendo este um tema muito abrangente e pouco o tempo cedido para a sua apresentação, sentimos alguma dificuldade na síntese dos conteúdos.

A apresentação da *check-list* referente às condições que o SMI apresenta para futura candidatura à “Acreditação de Idoneidade Formativa em Contextos de Prática Clínica”, gerou alguma discussão e reflexão por parte dos participantes, o que foi positivo, pois desta forma foi possível esclarecer as dúvidas existentes relativas a esta temática.



## 6- BIBLIOGRAFIA

- Caderno Temático – *Ac creditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Estrutura de Idoneidades: Conceção, processos, etapas e funcionamento*. Ordem dos Enfermeiros. Janeiro de 2011;
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª Série – nº47 – 8 de Março de 2011: Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Regulamento nº167/2011.



<p>Universidade Católica Portuguesa Curso de pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica</p> <p><b>Ac creditação de Idoneidade Formativa</b></p> <p><b>Contextos de Prática Clínica</b></p> <p>Luisa Machado; Sofia Silva; Vera Alves;</p> <p>Porto, Novembro de 2011</p>	<p>OBJECTIVOS</p> <p>No final da sessão pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar a estrutura do processo de reconhecimento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica;</li> <li>○ Identificar os critérios de candidatura para reconhecimento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica.</li> </ul>
<p>ENQUADRAMENTO</p> <p><i>«promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do <b>exercício da profissão de enfermeiro</b>, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional» (Estatutos da Ordem dos Enfermeiros)</i></p>	<p>ENQUADRAMENTO</p> <p>É competência do Conselho de Enfermagem definir critérios para a determinação de idoneidade formativa com vista a garantir qualidade da Prática Tutelada em Enfermagem (PTE):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exercício Profissional Tutelado ↳ ATRIBUIÇÃO DO TÍTULO DE ENFERMEIRO</li> <li>○ Desenvolvimento Profissional Tutelado ↳ ATRIBUIÇÃO DO TÍTULO DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</li> </ul>
<p>ENQUADRAMENTO</p> <p><i>«A <b>verificação da idoneidade</b> formativa dos contextos de prática clínica é <b>requisito obrigatório</b> para o desenvolvimento de PTE.» (Regulamento da Idoneidade Formativa de Contextos de Prática Clínica)</i></p>	<p>ENQUADRAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modelo de Supervisão Clínica que a Ordem dos Enfermeiros (OE) define;</li> <li>○ Contexto de prática clínica (CPC) – serviço – de idoneidade formativa reconhecida e acreditada pela OE;</li> <li>○ Supervisor Clínico – orientador – certificado pela OE.</li> </ul>
<p>PRINCÍPIOS E CONCEITOS</p> <p>Para obtenção de acreditação de <b>idoneidade formativa</b> é necessário um conjunto de <b>características verificadas e reconhecidas</b>, dos contextos de prática clínica e dos supervisores clínicos, que são <b>favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados</b>.</p> <p><b>Depende:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Acreditação dos contextos de prática clínica;</li> <li>◆ Certificação de competências do supervisor clínico.</li> </ul>	<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>O processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica estrutura-se na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidatura;</li> <li>• Reconhecimento;</li> <li>• Acreditação;</li> <li>• Renovação da acreditação.</li> </ul>

<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>o <b>Candidatura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de candidatura:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Requerimento – EPT ou DPT (e em que área);</li> <li>o Caracterização de cada dimensão e indicadores do Referencial de Avaliação – critérios;</li> <li>o Carta de Motivos;</li> <li>o Declaração de concordância do órgão de gestão da instituição;</li> </ul> </li> <li>• via plataforma digital;</li> </ul>	<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>o <b>Candidatura</b></p> <p><i>Se CPC declarar os:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>critérios</i></li> <li>• <i>Indicadores</i></li> </ul> <p><i>de cada dimensão do Referencial de Avaliação</i></p> <p>↳ o <b>Candidatura aceite</b></p>
<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>o <b>Reconhecimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação das condições estabelecidas no Referencial de Avaliação;</li> </ul> <p>↳ Auditoria</p> <p>↳ Relatório que integra proposta de acreditação</p>	<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>o <b>Acreditação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo analisado pela Comissão de Certificação de Competências;</li> </ul> <p>↳ o <b>ACREDITAÇÃO</b></p> <p>↳ Emissão da chancela de acreditação com validade de 3 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Não acreditação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano Orientador para o Desenvolvimento de Idoneidade Formativa</li> </ul> </li> </ul>
<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>o <b>Renovação da Acreditação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O CPC que se encontre no 3 ano de validade deve requerer a renovação da acreditação.</li> </ul> <p>↳ Deve acrescentar somente que de novo ou diferente existe em relação ao Referencial de Avaliação.</p>	<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>o <b>Renovação da Acreditação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação das condições estabelecidas no Referencial de Avaliação para renovação;</li> </ul> <p>↳ Auditoria</p> <p>↳ Relatório de reconhecimento e proposta de renovação</p> <p><b>Renovação válida por 3 anos</b></p>
<p>FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO</p> <p>Se durante o período de validade de acreditação se registarem <b>alterações no CPC que possam comprometer as suas condições</b> de idoneidade formativa para a Prática Tutelada em Enfermagem</p> <p>↳ <b>comunicar</b> à Comissão de Certificação de Competências.”</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>1.1. Existência de um <b>enquadramento conceptual</b> de referência para o Exercício Profissional de Enfermagem;</p> <p>1.1.1. Que exista um <b>quadro de referência</b> que considere o REPE;</p> <p>1.1.2 Que o quadro de referência plasme o <b>Código Deontológico dos Enfermeiros</b>;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>1.1.1 Que o quadro de referência contemple o enquadramento conceptual dos <b>Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</b></p>

<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>1.2. Existência de um <b>Plano de Actividades de Enfermagem</b>;</p> <p>1.2.1. <b>Participação informal</b> dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>1.2.1. <b>Participação formal</b> dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>2.1. Existência de dispositivos que permitam a <b>implementação e monitorização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</b>;</p> <p>2.1.1. <b>Formação</b> realizada a pelo menos <b>10%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>2.1.1. <b>Formação</b> realizada a pelo menos <b>20%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.1.2. Evidência de designação de <b>elemento dinamizador dos PQCE</b>.</p>
<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>2.2. A Existência de dispositivos que permitam uma <b>análise regular das práticas e a correcção dos desvios</b>, caso se verifiquem;</p> <p>2.2.1. Existência de <b>sistemas de registos de eventos-sentinelas</b>;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>2.2.3 Existência de uma <b>responsável pela gestão do risco</b> no contexto.</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>2.3. Existência de <b>procedimentos de segurança</b> documentados e actualizados;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>2.3.1 <b>Controlo</b> e monitorização de <b>infecção</b> associada aos cuidados de saúde;</p> <p>2.3.2 <b>Triagem de resíduos</b>;</p> <p>2.3.4 <b>Armazenamento dos stocks</b>.</p>
<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>2.4. Evidência da <b>adequação dos equipamentos</b> e demais <b>recursos materiais</b> às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem;</p> <p>2.4.1. Evidência da <b>avaliação da qualidade</b> dos produtos;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>2.4.1 Evidência da <b>avaliação da qualidade</b> dos produtos e sua <b>adequação</b> às necessidades dos serviços;</p> <p>2.4.2. Evidência de <b>manutenção e calibragem</b> regular dos equipamentos.</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>3.1. A existência de um <b>Sistema de Informação em Enfermagem (SIE)</b>;</p> <p>3.1.1. Existência de um <b>SIE</b> que incorpore entre outros dados, os <b>diagnósticos de Enfermagem</b> do cliente, as <b>intervenções de Enfermagem</b> e os <b>resultados</b> sensíveis às intervenções de Enfermagem obtidos pelo cliente;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>3.1.3. Existência de um <b>SIE</b> que utilize <b>linguagem classificada - CIPE</b>.</p>
<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>3.2. <b>Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE)</b> de acordo com as <b>directrizes da OE</b> para a sua certificação;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>3.2.1. <b>SIE</b> que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais <b>requisitos técnico-funcionais</b>.</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p>4.1. Existência de dispositivos que <b>avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros</b>;</p> <p>4.1.1. Estabelecida forma de <b>avaliação da satisfação dos enfermeiros</b>;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>4.1.1. Estabelecida <b>forma regular</b> de avaliação da satisfação dos enfermeiros.</p>

<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p><b>5.1 Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem:</b></p> <p>5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades de cuidados de Enfermagem, especificamente <b>cálculos de dotação</b> de pessoal;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>5.1.2. Propostas para a <b>adequação do número</b> de enfermeiros em <b>função dos resultados da avaliação das necessidades</b> em cuidados de Enfermagem.</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p><b>5.3 Escalas de trabalho adequadas;</b></p> <p>5.3.1. Existência de um <b>modelo de organização de escalas de trabalho</b> que cumpra as disposições legais;</p> <p><b>5.4 Ter recursos humanos para PTE;</b></p> <p>5.4.1. Ter pelo menos 2 <b>supervisores clínicos</b> certificados pela OE;</p> <p>5.4.2. Respeito pelo <b>rácio supervisor/número de enfermeiros</b> do Contexto de Prática Clínica.</p>
<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p><b>6.1. A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade;</b></p> <p>6.1.1. Existência de <b>enfermeiro responsável</b> pela coordenação da <b>formação em serviço</b>;</p> <p>6.1.2. Existência de um <b>plano anual de formação</b> que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros;</p> <p>6.1.3. Existência de <b>relatório de formação</b>, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>6.1.4. Existência de <b>critérios explícitos para a seleção</b> de enfermeiros enquanto <b>formadores</b> (interna e externamente) e enquanto <b>formandos</b> (interna e externamente).</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p><b>6.2. Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço;</b></p> <p>6.2.3. Existência de <b>planos de integração</b> de enfermeiros no serviço;</p> <p><b>Excelência</b></p> <p>6.2.1. Existência de <b>recursos de suporte</b> informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet, biblioteca, estudos relevantes e actuais).</p>
<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p><b>7.1. Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem promotora de qualidade;</b></p> <p>7.1.1. Evidência de <b>metodologias de organização</b> de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos <b>PQCE</b>, tais como: metodologias de implementação, guias orientadores de boas práticas (GOBP), procedimentos, normas, etc;</p> <p>7.1.3. Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de <b>cooperação entre supervisor e supervisorando</b>;</p>	<p>REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO</p> <p><b>7.1. Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem promotora de qualidade;</b></p> <p><b>Excelência</b></p> <p>7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos <b>PQCE</b>, nomeadamente: <b>metodologias de implementação, guias orientadores de boas práticas (GOBP), procedimentos, normas</b>, ou outros;</p> <p>7.1.2. Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma <b>prestação de cuidados global e segura</b>.</p>
<p>BIBLIOGRAFIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Caderno Temático – <i>Ac creditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Estrutura de Idoneidades: Concepção, processos, etapas e funcionamento</i>. Ordem dos Enfermeiros. Janeiro de 2011;</li> <li>○ Estatutos da Ordem dos Enfermeiros</li> <li>○ Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica</li> </ul>	<p>AVALIAÇÃO</p> <p style="text-align: center;"><b>Avaliação da sessão</b></p>

### Avaliação da Ação de Formação

Esta ficha é facultativa, anónima e confidencial. Destina-se a recolher opiniões dos formandos relativamente a ação de formação. Assinale, por isso, com toda franqueza e com o cuidado e objetividade possíveis, os pontos que traduzem a sua efetiva opinião. Tópicos omissos ou dúvidas poderá explicá-los no capítulo das observações.

<b>Local</b>	Unidade Local de Saúde de Matosinhos	<b>Serviço</b>	SMI
<b>Data</b>	8 e 9 de Novembro de 2011	<b>Duração</b>	20 Minutos
<b>Tema</b>	<b><u>Ac creditação da Idoneidade Formativa dos CPC – Estrutura de Idoneidades: Conceção, processos, etapas e funcionamento</u></b>		
<b>Formadoras</b>	Luísa Machado, Sofia Silva e Vera Alves		

Considerando a escala de 1 a 5, em que 1 (Muito Insuficiente), 2 (Insuficiente), 3 (Suficiente), 4 (Bom) e 5 (Muito Bom), assinale cada questão com uma cruz a opção pretendida:

	1	2	3	4	5
1. Pertinência do tema abordado;					
2. Clareza e objetividade do assunto;					
3. Metodologia utilizada;					
4. Tempo disponibilizado;					
5. Relacionamento com os formandos;					
6. Documentação e materiais disponibilizados;					
7. Apreciação global da ação de formação;					

#### Sugestões e Críticas

Tem alguma sugestão adicional sobre o módulo/desempenho do formador?

---

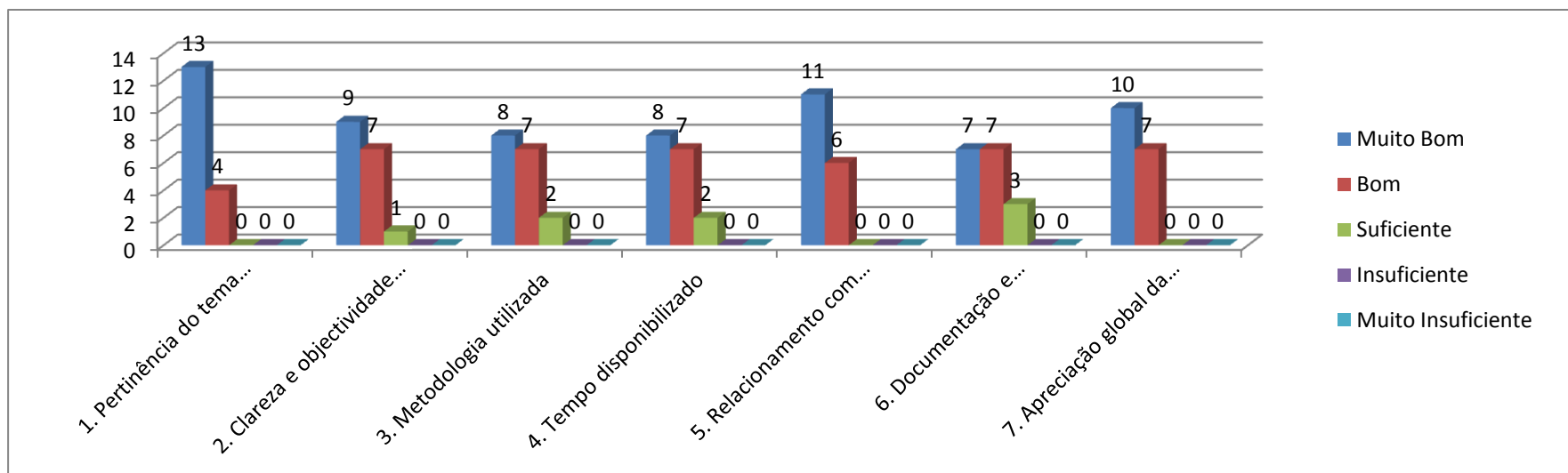


---

Obrigada pela vossa atenção e disponibilidade!

### Avaliação da ação de formação - Ac creditação de Idoneidade Formativa de Contextos de Prática Clínica

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Muito Insuficiente
<b>1. Pertinência do tema abordado</b>	13	4	0	0	0
<b>2. Clareza e objetividade do assunto</b>	9	7	1	0	0
<b>3. Metodologia utilizada</b>	8	7	2	0	0
<b>4. Tempo disponibilizado</b>	8	7	2	0	0
<b>5. Relacionamento com os formandos</b>	11	6	0	0	0
<b>6. Documentação e materiais disponibilizados</b>	7	7	3	0	0
<b>7. Apreciação global da ação de formação</b>	10	7	0	0	0



# [Anexo IV]

## **Diagnóstico de Situação em Controlo de Infeção no Serviço de Urgência**

**Porto, Abril de 2012**



**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **Diagnóstico de Situação de Controlo de Infeção - Relatório**

**Estudantes:**

**Liliana Isabel Gonçalves Pereira**

**Luísa Maria Mendes Marques Machado**

**Enfermeiros Tutores: Sandra Domingues e Tiago Barros,**

**Orientação: Mestre Patrícia Coelho e Mestre Amélia Ferreira**

**Porto, Fevereiro 2012**



## **Abreviaturas**

HPH – Hospital Pedro Hispano

MRSA – *Staphilococcus Aureus Resistente à Meticilina*

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

SPSS - *Statistic Programme for Social Sciences*

SU – Serviço de Urgência



## Índice

0. Introdução.....	7
1. Caracterização do Fenómeno.....	9
2. Tratamento de dados e análise crítica.....	11
3. Resolução do questionário .....	17
4. Conclusão .....	23
5. Referências Bibliográficas .....	25



## 0.Introdução

O presente documento surge no âmbito do Módulo I – Serviço de Urgência da disciplina Estágio do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. O Diagnóstico de Situação aqui apresentado foi efetuado sob orientação dos Enfermeiros Especialistas Sandra Gonçalves e Tiago Barros e debruça-se sobre o Controlo de Infeção do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.

O desenvolvimento deste documento surge da constatação da incorreta triagem de resíduos hospitalares, bem como de dúvidas sobre princípios básicos de Controlo de Infeção, nomeadamente prevenção e controlo da colonização por *Staphilococcus Aureus Resistente à Meticilina* (MRSA) por parte dos enfermeiros do Serviço de urgência. Desta verificação advém a necessidade de fazer um diagnóstico de conhecimentos para determinar se estas práticas menos corretas incorrem de falta de formação e se for o caso em que áreas específicas.

Assim, o objetivo principal deste trabalho foi o diagnóstico de conhecimentos em controlo de infeção no Serviço de Urgência (SU). Para tal foi desenvolvido um instrumento de diagnóstico de conhecimentos, realizado a aplicação deste aos enfermeiros do SU, efetuado o tratamento dos dados recolhidos e a sua análise crítica.

O presente documento compreende, no primeiro capítulo, uma abordagem breve ao controlo de infeção hospitalar. Num segundo capítulo surge a apresentação e tratamento de dados dos resultados do questionário de diagnóstico de conhecimentos aplicado, bem como análise dos mesmos. O terceiro capítulo apresenta a resolução do questionário.

A principal dificuldade encontrada foi a falta de adesão por parte da equipa no preenchimento do instrumento de diagnóstico. Para colmatar esta dificuldade o Enfermeiro responsável pelo serviço fez um apelo aos colegas no sentido de cooperarem neste trabalho. Outra das estratégias utilizadas foi a ida mais frequente ao SU, mesmo fora do horário de trabalho dos orientadores, para solicitar aos colegas a colaboração no diagnóstico de situação.



## 1. Caracterização do Fenómeno

A prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde é uma das preocupações mais emergentes na saúde em Portugal.

De acordo com a Direção Geral de Saúde, pode definir-se Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como “... *uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.*”

*O mesmo organismo acrescenta ainda que as IACS “... assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.”<sup>3</sup>*

Tendo em consideração que enquanto elementos externos ao SU, observamos frequentemente os enfermeiros na sua prática clínica quotidiana e que dessa observação consideramos haver várias lacunas nesta temática e decidimos fazer um trabalho no âmbito da prevenção e controlo de infeção no sentido de confirmar ou não esta nossa perceção.

Para tal iniciamos a construção de um documento de colheita de dados, um questionário de conhecimentos para diagnóstico que remetemos para o Anexo I, foi realizado.

A decisão dos conteúdos a avaliar foi decidida com base na observação feita, tendo também em conta as políticas da instituição Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e a realidade do SU.

Assim decidimos abordar os Princípios Básicos de prevenção e controlo de Infeção hospitalar, que como próprio nome indica são a pedra angular da temática. A triagem

---

<sup>3</sup> DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa, 2007

de resíduos, da nossa observação era a área mais problemática, daí termos decidido incluir este tema.

A inclusão de questões relacionadas com a Estratégia Global de controlo de MRSA deveu-se ao facto de frequentemente sentirmos que a equipa tinha dúvidas quanto à sua aplicação. Além disso este microrganismo multirresistente é foco da atenção das Comissões de Controlo de Infeção em todo mundo, uma vez que “O MRSA é, hoje em dia, o microrganismo patogénico multirresistente mais frequentemente isolado nos hospitais em muitas partes do mundo”<sup>4</sup>

A estratégia global de controlo de MRSA no Hospital Pedro Hispano (HPH) foi revista, tendo sido publicada uma nova versão do documento dias antes ao início da aplicação dos questionários, contudo, de acordo com a nossa perceção, os enfermeiros não se tinham integrado desta estratégia recente.

Assim, e perante os resultados dos dados recolhidos iremos tentar perceber se a não aplicação de boas práticas em controlo de infeção se devem à falta de conhecimentos. Pretendemos comunicar os resultados ao Enfermeiro responsável do SU para que este tome diligências para a melhoria da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde no SU.

---

<sup>4</sup> EARSS(2006) *European Antimicrobial Resistance –Surveillance System Annual Report 2005*, Netherlands Institute for Public Health and the Environment. Acessível em [www.rivm.nl/earss/result/monitoring\\_reports/](http://www.rivm.nl/earss/result/monitoring_reports/)

## 2. Tratamento de dados e análise crítica

O tratamento de dados do diagnóstico de conhecimentos em controlo de infeção aplicado aos enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano foi efetuado recorrendo-se ao programa *Statistic Programme for Social Sciences* (SPSS). Relativamente à amostra da população que respondeu ao questionário aplicado, estes foram 37 enfermeiros, dos quais 13 enfermeiros do sexo masculino, 21 enfermeiros do sexo feminino e 3 pessoas que não responderam à questão; distribuídos por grupos etários de acordo com a tabela:

	Número de Enfermeiros
Entre 20 e 30 anos	10
Entre 31 e 40 anos	19
Entre 41 e 50 anos	5
Não respondeu	3

Tabela I – Idade dos Enfermeiros

O tratamento e análise dos dados foram efetuados através da verificação da resposta - correta ou errada - às questões colocadas. Relativamente à questão 1 referente à triagem de resíduos, apresentam-se os dados numa única tabela e num único gráfico:

	Resposta Errada	Resposta Correta	Total
<b>Invólucros de material esterilizado</b>	22	15	37
<b>Ampolas de medicação</b>	9	28	37
<b>Hermeticamente fechados sem medicação</b>	13	22	35
<b>Hermeticamente fechados com medicação</b>	22	14	36
<b>Sistemas de perfusão utilizados na administração de soros</b>	11	26	37
<b>Equipamento de Proteção Individual sem fluídos orgânicos</b>	10	27	37
<b>Copo de plástico sem água</b>	15	22	37
<b>Fraldas com fezes e urina</b>	11	26	37
<b>Fraldas com fezes de utente com suspeita de <i>Clostridium difficile</i></b>	8	29	37
<b>Fraldas com melenas</b>	5	32	37
<b>Gessos de fraturas fechadas</b>	7	30	37

Tabela II – Respostas relativas à Triagem de Resíduos

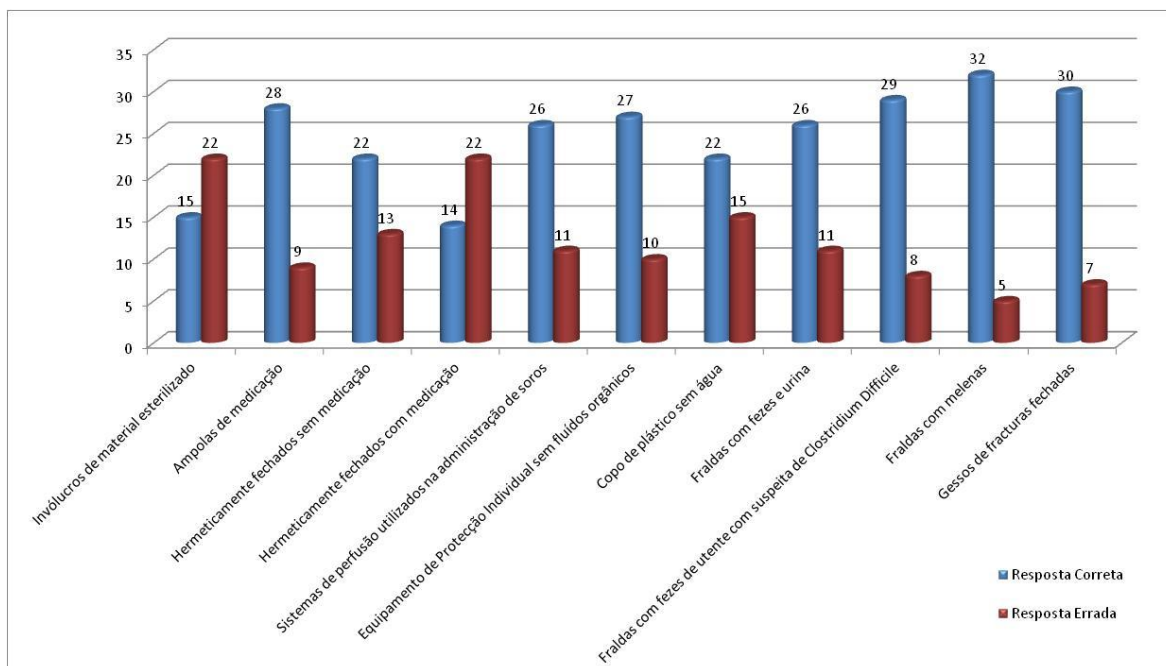


Gráfico I – Respostas relativas à Triagem de Resíduos

Destes dados destaca-se que em geral os itens avaliados têm um maior número de respostas corretas. Contudo, os itens “Invólucros de material esterilizado” e “Hermeticamente fechados com medicação”, apresentam um elevado número de respostas erradas.

No que concerne às questões de classificação de valor lógico direccionadas para os princípios básicos de prevenção e controlo de infeção e de estratégica global de prevenção e controlo de MRSA, nas tabelas e gráficos seguintes apresentam-se os resultados obtidos:

- É necessário realizar um rastreio de colonização nasal de MRSA a um utente residente numa instituição que foi admitido na Urgência deste Hospital.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	2
Resposta Correta	35

Tabela III – Respostas - questão 2.1

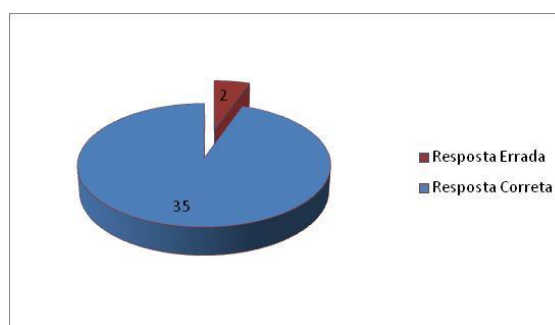


Gráfico II – Respostas – questão 2.1

- O rastreio de colonização nasal de MRSA é necessário ser efetuado a um utente, oriundo da comunidade, que permaneceu no serviço de urgência de outro hospital durante 6 horas.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	3
Resposta Correta	33

Tabela IV – Respostas - questão 2.2

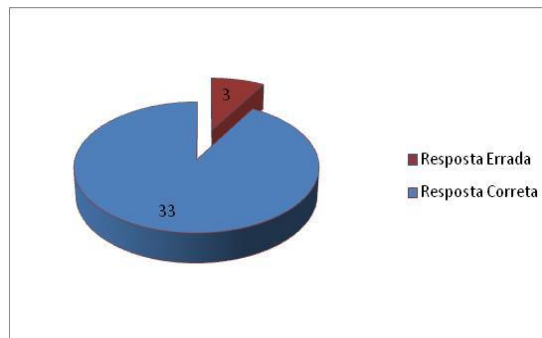


Gráfico III – Respostas – questão 2.2

- Não é necessário realizar o rastreio de colonização nasal de MRSA a um utente com antecedentes de MRSA, uma vez que já se sabe que é positivo.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	10
Resposta Correta	27

Tabela V – Respostas - questão 2.3

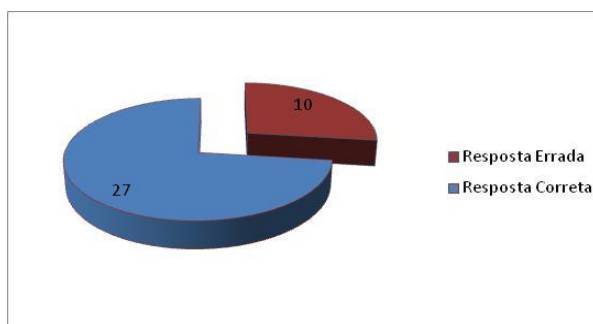


Gráfico IV – Respostas – questão 2.3

As questões que se seguem tiveram o mesmo número de respostas, bem como o mesmo número de respostas erradas e corretas, pelo que se apresenta uma só tabela/gráfico.

- A lavagem das mãos deve ser efetuada somente após os cuidados de higiene ao doente.
- O uso das luvas de palhaço dispensa a higienização das mãos e dispensa a troca das luvas de exame de doente para doente.
- A troca de farda é essencial quando esta apresenta sangue.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	0
Resposta Correta	37

Tabela VI – Respostas - questão 2.4, 2.5 e 2.6

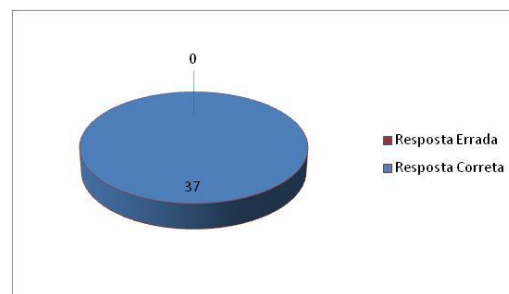


Gráfico V – Respostas – questão 2.4, 2.5 e 2.6

- As luvas de exame protegem os profissionais de saúde quando existe contato com fluidos orgânicos, pele não íntegra e membranas mucosas.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	9
Resposta Correta	28

Tabela VII – Respostas - questão 2.7

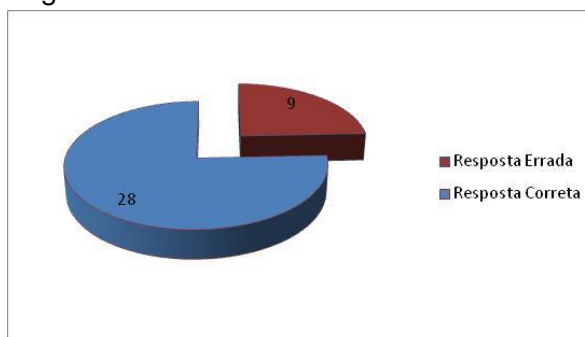


Gráfico VI – Respostas – questão 2.7

- Os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são: antes do contato com o doente; antes de procedimentos invasivos; após exposição a fluidos orgânicos; após contato com o doente; e após contato com o ambiente envolvente do doente.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	2
Resposta Correta	34

Tabela VIII – Respostas - questão 2.8

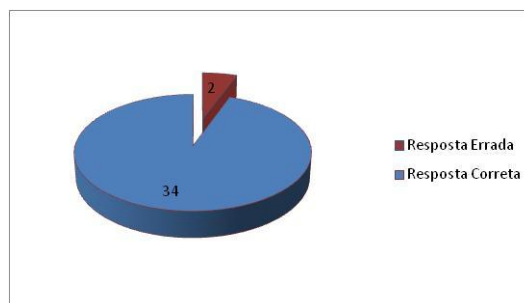


Gráfico VII – Respostas – questão 2.8

- É dispensável o rastreio de colonização nasal de MRSA a um utente, oriundo da comunidade, que permaneceu mais de 24 horas noutra hospital.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	18
Resposta Correta	19

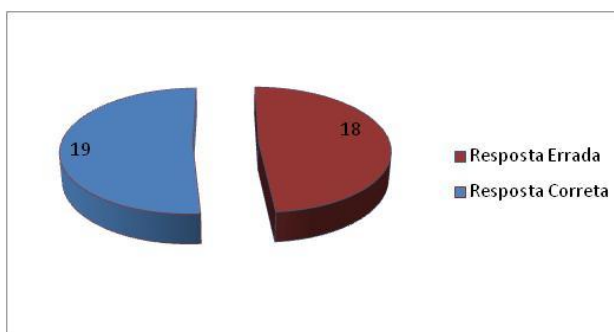


Tabela IX – Respostas - questão 2.9

Gráfico VIII – Respostas – questão 2.9

- O isolamento de contato só é aplicado ao utente, após o resultado positivo do rastreio de colonização nasal de MRSA.

	N.º de Respostas
Resposta Errada	1
Resposta Correta	36

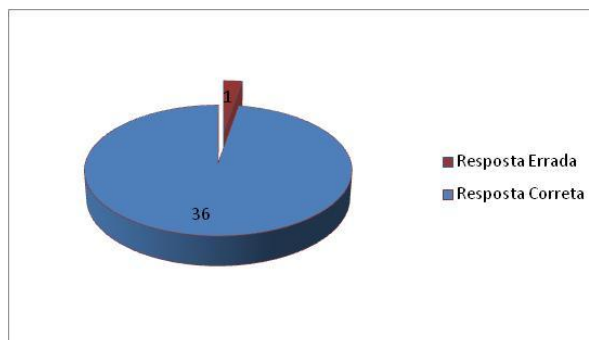


Tabela X – Respostas - questão 2.10

Gráfico IX – Respostas – questão 2.10

Analisando sucintamente dos dados apresentados é de referir que o número de respostas corretas é superior ao número de respostas erradas, contudo, e sabendo-se *à priori* que habitualmente os profissionais tem um nível de conhecimentos mais elevado do que a adesão a comportamentos na prática clínica, consideramos que é necessário continuar a trabalhar a prevenção e controlo de infeção com a equipa de enfermagem.

É também de denotar que no que concerne aos princípios básicos de prevenção e controlo de infeção o número de respostas erradas é reduzido, contudo na estratégia global de controlo de MRSA esta tendência reverte-se, salientando-se que na triagem

de resíduos hospitalares e algumas das questões avaliadas chegam a ter mais respostas erradas do que respostas corretas, nomeadamente no que respeita aos invólucros de material esterilizado e aos hermeticamente fechados com medicação.

### 3. Resolução do questionário

No sentido de tornar este trabalho mais pedagógico, assim como esclarecer algumas dúvidas que surgiram no preenchimento do questionário aplicado, foi acrescentado o presente capítulo a este trabalho, posteriormente à sua realização.

#### Resolução do questionário

- **Questão 1**

	Ecoponto	Grupo I/II (saco preto)	Grupo III (saco branco)	Grupo IV (saco vermelho)	Grupo IV Corto-perfurantes
Invólucros de material esterilizado	<b>X</b>				
Ampolas de medicação					<b>X</b>
Frascos Hermeticamente Fechados sem medicação		<b>X</b>			
Frascos Hermeticamente Fechados com vestígios medicação			<b>X</b>		
Sistemas de perfusão utilizados na administração de Soros			<b>X</b>		
Equipamento de Proteção Individual sem fluídos orgânicos		<b>X</b>			
Copos de plástico sem água	<b>X</b>				
Fraldas com fezes e urina		<b>X</b>			
Fralda com fezes de utente com suspeita de <i>Clostridium difficile</i>			<b>X</b>		
Fraldas com melenas			<b>X</b>		
Gessos de Fraturas Fechadas		<b>X</b>			

Tabela XI – Resolução da questão 1 do questionário

A triagem dos resíduos hospitalares é legislada pelo Decreto Lei 242/96, contudo, e atendendo ao facto de este documento ser pouco específico, devem sempre seguir-se as orientações da Comissão de Controlo de Infeção e da SUCH (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais) – empresa responsável pelo transporte e tratamento de resíduos hospitalares da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Assim, todos os resíduos equiparados ao lixo doméstico devem ser triados da mesma forma. Portanto, os invólucros de material esterilizado, o equipamento de proteção individual, os copos de plástico, as fraldas sem conteúdo contaminado e o gesso devem ser descartados para o ecoponto, se tiverem critérios para reciclagem, ou para o grupo I e II (saco preto).

No grupo I e II (saco preto) devem ser colocados os frascos hermeticamente fechados sem medicação. Apesar de serem compostos por vidro, não é necessário serem colocados no contentor de corto-perfurantes. Contudo, estes frascos são fabricados com um teor de chumbo elevado relativamente ao vidro comum no sentido de os tornar mais resistentes, evitando que se partam facilmente. Por este motivo não podem ser reciclados, sendo descartados no grupo I e II (saco preto).

As ampolas de medicação, uma vez que possuem arestas passíveis de provocar lesões na pele devem ser colocadas no grupo IV, nomeadamente no contentor de corto-perfurantes.

O material contaminado ou com suspeita de contaminação deve ser eliminado no grupo III (saco branco), nomeadamente os sistemas de perfusão, e fraldas com fezes de utente com suspeita de *Clostridium difficile* e fraldas com melenas.

Segundo orientação da Comissão de Controlo de Infeção e da SUCH, os hermeticamente fechados com medicação também devem ser rejeitados no grupo III (saco branco), uma vez que pela presença de fármacos não são equiparados aos resíduos domésticos; contudo, não são citostáticos, não devendo por isso ser rejeitados no grupo IV (saco vermelho).

- **Questão 2**

**É necessário realizar um rastreio de colonização nasal de *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) a um utente residente numa instituição que foi admitido na Urgência deste Hospital.**

Verdadeiro. De acordo com a Estratégia Global para controlo de MRSA, todas as pessoas institucionalizadas devem realizar o controlo de colonização nasal.

**O rastreio de colonização nasal de MRSA é necessário ser efetuado a um utente, oriundo da comunidade, que permaneceu no serviço de urgência de outro hospital durante 6 horas.**

Falso. De acordo com a Estratégia Global para controlo de MRSA, o rastreio de colonização nasal deve ser feito a todos os doentes transferidos de outras instituições com internamento por um período superior a 24h.

**Não é necessário realizar o rastreio de colonização nasal de MRSA a um utente com antecedentes de MRSA, uma vez que já se sabe que é positivo.**

Falso. Só é dispensado o rastreio, assumindo-se que a colonização é positiva a doentes com rastreio de colonização de MRSA positivo anteriormente e que tenham permanecido na comunidade por um período inferior a um mês. Por conseguinte, nos utentes com colonização de MRSA que tiveram alta há mais de um mês ou cuja informação é omissa deve realizar-se novo controlo de colonização.

**A lavagem das mãos deve ser efetuada somente após os cuidados de higiene ao doente.**

Falso. A lavagem das mãos deve ser realizada sempre que necessária e pelo menos nos 5 momentos recomendados.

**O uso das luvas de palhaço dispensa a higienização das mãos e dispensa a troca das luvas de exame de doente para doente.**

Falso. O uso de luvas de palhaço não dispensa a higienização das mãos, que deverá ser feita pelos menos dos 5 momentos recomendados.

**As luvas de exame protegem os profissionais de saúde quando existe contacto com fluidos orgânicos, pele não íntegra e membranas mucosas.**

Verdadeiro. O uso de luvas de exame protege os profissionais, contudo deve ter-se em atenção que não evita a infeção cruzada.

**Os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são: antes do contacto com o doente; antes de procedimentos invasivos; após exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o doente; e após contacto com o ambiente envolvente do doente.**

Verdadeiro. Para além da higienização nos 5 momentos recomendados, os profissionais de saúde devam higienizar as mãos sempre que considerarem necessário.

**A troca de farda é essencial quando esta apresenta sangue.**

Verdadeiro. A farda dos profissionais deve ser trocada sempre que se apresentar suja e/ou entrar em contacto com fluidos orgânicos.

**É dispensável o rastreio de colonização nasal de MRSA a um utente, oriundo da comunidade, que permaneceu mais de 24 horas noutra hospital.**

Falso. Tal como referido anteriormente, o rastreio de colonização nasal deve ser feito a todos os doentes transferidos de outras instituições com internamento por um período superior a 24h.

**O isolamento de contato só é aplicado ao utente, após o resultado positivo do rastreio de colonização nasal de MRSA.**

Falso. De acordo com a Estratégia Global para controlo de MRSA, enquanto se aguarda pelo resultado do controlo de colonização os doentes devem permanecer em isolamento de contacto.



## 4. Conclusão

Com a elaboração deste trabalho podemos afirmar que atingimos com sucesso os objetivos a que nos tínhamos proposto, nomeadamente o de fazer um diagnóstico de conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde.

Deste trabalho retira-se que de facto um dos motivos para as lacunas, em prevenção e controlo de infeção, observada na prática quotidiana é a falta de conhecimentos na área e desconhecimento das políticas da instituição.

Apesar de em conversas informais com a equipa várias vezes termos ouvido que os enfermeiros detinham conhecimento mas que a razão para tal comportamentos era a falta de motivação para o tema e o ritmo de trabalho que impera naquele serviço, pelos resultados que apresentamos a falta de domínio de conhecimentos em prevenção e controlo de infeção é um problema a considerar.

Assim, e no sentido de contribuirmos para a melhoria dos cuidados prestados, apresentaremos este trabalho ao Enfermeiros responsável e à Enfermeira elo de ligação. Apesar da elaboração escrita deste trabalho só estar terminado agora, em conversas com os dois enfermeiros supra citados, informamo-los dos resultados que tínhamos já tratados em SPSS.

Apraz-nos dizer que estes já tomaram providências, em conjunto com a Diretora do Serviço de Urgência, e que estes estão a organizar um ciclo de formação formal e obrigatória para todos os profissionais a exercer funções no Serviço de Urgência.



## 5. Referências Bibliográficas

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. 2007
- EARSS(2006) *European Antimicrobial Resistance –Surveillance System Annual Report 2005*, Netherlands Institute for Public Health and the Environment. Acessível em [www.rivm.nl/earss/result/monitoring\\_reports/](http://www.rivm.nl/earss/result/monitoring_reports/)



## Questionário de Diagnóstico de Situação de Controlo de Infeção

Este questionário foi desenvolvido pelas alunas Liliana Pereira e Luísa Machado no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Este tem como objetivo a elaboração do diagnóstico de situação de Controlo de Infeção no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Este instrumento permitirá identificar necessidades formativas nesta área, para permitir planear a formação e o desenvolvimento de boas práticas.

As suas respostas são anónimas e os dados recolhidos confidenciais, sendo usados apenas para o fim supra explicado. A duração do preenchimento do questionário será de aproximadamente 3 minutos e a cada pergunta apenas corresponde uma resposta correta.

<b>Idade:</b>	20-30 [ ]	30-40 [ ]	40-50 [ ]	50-60 [ ]
<b>Género:</b>	Masculino [ ]	Feminino [ ]		

1. Considere os resíduos na tabela e identifique assinalando com um (X) qual o local de depósito para eliminação:

	Ecoponto	Grupo I/II (saco preto)	Grupo III (saco branco)	Grupo IV (saco vermelho)	Grupo IV Corto-perfurantes
Invólucros de material esterilizado					
Ampolas de medicação					
Frascos Hermeticamente Fechados sem medicação					
Frascos Hermeticamente Fechados com vestígios medicação					
Sistemas de perfusão utilizados na administração de Soros					
Equipamento de Proteção Individual sem fluídos orgânicos					
Copos de plástico sem água					
Fraldas com fezes e urina					
Fralda com fezes de utente com suspeita de <i>Clostridium difficile</i>					
Fraldas com melenas					
Gessos de Fraturas Fechadas					

**2. Classifique o valor lógico das seguintes frases, assinalando respetivamente as questões com Verdadeiro (V) ou Falso (F):**

- É necessário realizar um rastreio de colonização nasal de *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) a um utente residente numa instituição que foi admitido na Urgência deste Hospital.
- O rastreio de colonização nasal de MRSA é necessário ser efetuado a um utente, oriundo da comunidade, que permaneceu no serviço de urgência de outro hospital durante 6 horas.
- Não é necessário realizar o rastreio de colonização nasal de MRSA a um utente com antecedentes de MRSA, uma vez que já se sabe que é positivo.
- A lavagem das mãos deve ser efetuada somente após os cuidados de higiene ao doente.
- O uso das luvas de palhaço dispensa a higienização das mãos e dispensa a troca das luvas de exame de doente para doente.
- As luvas de exame protegem os profissionais de saúde quando existe contato com fluidos orgânicos, pele não íntegra e membranas mucosas.
- Os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são: antes do contato com o doente; antes de procedimentos invasivos; após exposição a fluidos orgânicos; após contato com o doente; e após contato com o ambiente envolvente do doente.
- A troca de farda é essencial quando esta apresenta sangue.
- É dispensável o rastreio de colonização nasal de MRSA a um utente, oriundo da comunidade, que permaneceu mais de 24 horas noutra hospital.
- O isolamento de contato só é aplicado ao utente, após o resultado positivo do rastreio de colonização nasal de MRSA.

**3. A sua opinião é importante. Indique-nos questões/temas que ache pertinente para uma futura formação, no âmbito do controlo de infeção.**

**Agradecemos a sua colaboração!**

# [Anexo V]

## **Projeto de Estudo de Investigação**

### **Pedido de Autorização formal do Estudo de Investigação**

**Porto, Abril de 2012**



# Projeto de Estudo

O presente documento apresenta um projeto de estudo de investigação no âmbito da disciplina Estágio do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Uma vez que o Estágio se encontra dividido em três módulos, o estudo será elaborado atendendo a esta característica.

Desta forma, durante o Módulo III, que decorre no presente período - de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011 - desenvolverei a conceção metodológica do estudo, isto é, o Projeto de estudo, Instrumento de Colheita de dados; Pedidos de autorização formal ao Serviço onde decorrerá o estudo e o Pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital Pedro Hispano.

No decorrer do Módulo I irei proceder à colheita de dados e informatização/análise dos mesmos. Esta fase está compreendida entre 03 de Outubro e 26 de Novembro de 2011. Por análise dos dados (nesta fase do estudo) entende-se o tratamento dos dados estatísticos, sendo o relatório de apresentação e discussão de resultados elaborado no Módulo II que decorre de 28 de Novembro de 2011 a 14 de Fevereiro de 2012.

## **Área do Estudo**

- ✓ Infecção do local cirúrgico.

De acordo com o Manual de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano, infecção nosocomial é *“toda a infecção que ocorre como consequência do internamento no*

*hospital ou dum tratamento aí recebido, podendo manifestar-se durante o tratamento ou após a alta”<sup>5</sup>.*

A infeção do local cirúrgico (ILC) é uma das quatro infeções nosocomiais mais frequente, e segundo as Recomendações para prevenção da infeção do local cirúrgico do Plano Nacional de Controlo de Infeção, é o tipo de infeção mais detetada nos serviços de cirurgia.

A infeção do local cirúrgico pode ser definida como “*exsudado purulento à volta da ferida ou na inserção do dreno ou celulite invasiva a partir da ferida e infeções profundas de órgão ou espaço.*”<sup>6</sup> de acordo com a Comissão de Controlo de Infeção do Hospital Pedro Hispano.

À semelhança com o panorama nacional, no Hospital Pedro Hispano, a infeção do local cirúrgico é uma das infeções nosocomiais mais frequente. De acordo com o estudo de prevalência desenvolvido pela Comissão de Controlo de Infeção, em 2009 estas representavam 6,8% das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e tendo decrescido a sua prevalência em 2010 para 5,5% das IACS.

No sentido de prevenir e controlar a ILC a Comissão de Controlo de Infeção emitiu um documento de procedimento/instrução intitulado “*Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*”. Esta norma contém diretrizes que devem ser cumpridas por todos os profissionais e apresenta um conjunto de medidas de controlo e prevenção do local cirúrgico.

Contudo, nem sempre os grupos profissionais cumprem as normas e procedimentos preconizados, sendo influenciados no seu dia-a-dia pelas características do doente e por especificidades pessoais.

---

<sup>5</sup> Comissão de Controlo de Infeção. Manual de Controlo de Infeção; Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, 2003

<sup>6</sup> Comissão de Controlo de Infeção. Comunicação sobre Infeção do Local Cirúrgico. Acção de Formação “Controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde”, Maio de 2011

Desta forma, neste estudo proponho-me a calcular a taxa de infeção do Local cirúrgico e a taxa de adesão às normas e procedimentos propostos na norma supra citada.

Neste estudo serão incluídos os doentes de cirurgia programada, uma vez que nos doentes submetidos a cirurgia de urgência por vezes não há oportunidade de aplicar as diretrizes recomendadas.

Desta forma, este estudo propõe-se verificar a relação entre a infeção de local cirúrgico e a adesão ao conjunto de medidas de controlo e prevenção do local cirúrgico em vigor no Hospital Pedro Hispano.

A investigação será aplicada no Serviço de Ortopedia e Traumatologia, uma vez que desenvolvo exercício profissional neste serviço e que a infeção em Ortopedia é uma preocupação pessoal, nomeadamente a infeção protésica, pela dificuldade de tratamento e pelas consequências e sequelas que dela advém. As cirurgias programadas mais frequentes são as artroplastias da anca e as artroplastias do joelho, pelo que o estudo será desenvolvido em doentes submetidos a artroplastias nestes locais. As taxas de infeção do local cirúrgico associadas a estas cirurgias são desconhecidas, contudo pela prática diária julga-se serem aquelas com taxa mais elevada.

### **Tema/Título**

- ✓ Infeção do local cirúrgico: Procedimentos de controlo e prevenção da infeção do local cirúrgico em cirurgias programadas de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.

### **Questões de Investigação**

- ✓ Qual a taxa de infeção do local cirúrgico dos doentes submetidos a cirurgia programada de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano?;
- ✓ Qual a taxa de adesão aos procedimentos descritos na norma de prevenção e controlo da infeção associada ao local cirúrgico da ULSM em doentes

submetidos a cirurgia programada de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano?;

- ✓ Qual a relação entre a taxa de infeção do local cirúrgico e a taxa de adesão aos procedimentos de prevenção e controlo da infeção associada ao local cirúrgico para doentes submetidos a cirurgia programada de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano?.

### **Objetivo Geral**

- ✓ Saber a taxa de infeção do local cirúrgico dos doentes submetidos a cirurgia programada de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano;
- ✓ Saber a taxa de adesão às medidas e procedimentos descritos na norma de prevenção e controlo da infeção associada ao local cirúrgico da ULSM para doentes submetidos a cirurgia programada de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano;
- ✓ Saber a relação entre a taxa de infeção do local cirúrgico e a taxa de adesão aos procedimentos de prevenção e controlo da infeção associada ao local cirúrgico para doentes submetidos a cirurgia programada de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.

## Metodologia de investigação

Neste estudo de investigação será utilizada metodologia quantitativa. Segundo Fortin, “O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”<sup>7</sup>

O estudo será descritivo transversal, uma vez que pretende descrever a incidência de infeção do local cirúrgico, assim como descrever a exposição a determinados fatores – adesão a medidas e procedimentos descritos na norma de “Prevenção do Local Cirúrgico” da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

A taxa de infeção do local cirúrgico será calculada através da razão entre o número de casos de doentes com infeção do local cirúrgico submetidos a artroplastia da anca e artroplastia do joelho e o número total de doentes submetidos a intervenção cirúrgica de artroplastia da anca e artroplastia do joelho. Ou seja:

$$\text{Taxa de ILC} = n^{\circ} \text{ de casos de ILC} / n^{\circ} \text{ doentes submetidos a intervenção cirúrgica} \times 100$$

A taxa de adesão às medidas e procedimentos descritos na norma de prevenção da ILC será calculado atendendo à razão entre as medidas e procedimentos adotados e as oportunidades para adoção dessas medidas. Ou seja:

$$\text{Taxa de adesão} = n^{\circ} \text{ de medidas e procedimentos adotados} / n^{\circ} \text{ de oportunidades para adoção de medidas e procedimentos} \times 100$$

Uma vez que a adesão às medidas e procedimentos descritos na norma de prevenção e controlo da ILC se trata de um comportamento adotado será utilizado a Observação Direta como método de colheita de dados uma vez que segundo FORTIN “Os investigadores interessados em estudar o comportamento das pessoas não têm muitas opções na forma de colher dados: ou pedem aos sujeitos que digam o que fazem num

---

<sup>7</sup> FORTIN, Marie-Fabienne - O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

*dada situação, por meio da observação ligada à entrevista, ou observam o que os sujeitos fazem por meio da observação direta.*”<sup>8</sup>

Para tal será construído um documento de *check-list* que refletirá as medidas e procedimentos aconselhados na norma supra referida e onde se registre a adesão ou não aos mesmos.

A recolha de dados decorrerá de 03 de Outubro de 2011 a 26 de Novembro de 2011 uma vez que essas são as datas em que decorre o Módulo I da disciplina Estágio.

O documento “*Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*” é dirigido a todos os profissionais de saúde da ULSM, contudo no que concerne às medidas a adotar no serviço de internamento estas referem-se a medidas desenvolvidas por enfermeiros e/ou a ser supervisionadas por estes. Desta forma, a Observação direta decorrerá sobre este grupo profissional.

### **Privacidade e Confidencialidade dos dados**

No processo de recolha de dados, a cada instrumento de colheita de dados de cada doente será atribuído um número de ordem. Será constituída uma base de dados, em ficheiro único e acessível apenas através de *password* que relaciona o número de ordem com o número do processo do doente da ULSM. Esta identificação é necessária, uma vez que a recolha de dados decorre durante vários dias do internamento.

Após o término do estudo e após comunicação dos resultados, o ficheiro contendo o número de processo em associação ao número de ordem do instrumento de colheita de dados será eliminado.

O documento de Consentimento Informado, que contém o nome do doente e o número de processo da ULSM, será anexo ao processo da ULSM de forma a garantir que apenas

---

<sup>8</sup> FORTIN, Marie-Fabienne - O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

o investigador, durante o período de internamento do doente, tenha acesso simultâneo à identificação e aos dados recolhidos.

Após a alta do doente, o processo do doente é arquivado, pelo que apenas seria possível a sua identificação com autorização expressa do Conselho de Administração da ULSM, desta forma minimiza-se a possibilidade de quebra na confidencialidade dos dados.

A participação no estudo é voluntária, pelo que o doente será convidado a participar sendo pedida autorização para colher os dados necessários. O doente pode abandonar o estudo a qualquer momento; para tal deverá demonstrar essa vontade ao investigador.

As informações recolhidas serão apenas do conhecimento do investigador e seus orientadores. Os resultados estatísticos da investigação poderão ser divulgados à comunidade científica através da publicação de artigo e será divulgada aos profissionais do Serviço de Ortopedia e Traumatologia envolvidos no estudo, assim como às entidades de gestão e comissões de assessoria da ULSM.

### **Limitações do estudo**

A infeção associada a colocação de prótese entende-se como aquela que pode ocorrer até um ano após a cirurgia em causa. Ao fazer apenas a recolha e estudo de dados neste período – 2 meses, irei calcular apenas as taxas ILC referentes a este período e não a taxa de ILC total, dado que não avaliarei os doentes decorrido um ano após a artroplastia.



## Consentimento Informado

### **Infeção do local cirúrgico: Procedimentos de controlo e prevenção da infeção do local cirúrgico em cirurgias programadas de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.**

No âmbito do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-cirúrgica pretendo desenvolver um estudo com o objetivo de calcular as taxas de infeção associadas ao local cirúrgico e as taxas de adesão das medidas propostas no documento “Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” do Manual da Qualidade da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Neste estudo o investigador fará recolha de dados através de Observação direta pelo que não tem qualquer intervenção sobre as medidas e procedimentos implementados.

A colheita de dados decorrerá entre 03 de Outubro e 26 de Novembro de 2011, durante o internamento no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.

Os dados recolhidos serão privados e confidenciais, pelo que serão usados única e exclusivamente para fins do estudo proposto.

É reservado ao doente o direito de abandonar o estudo a qualquer momento. Para tal, apenas lhe é pedido que comunique ao investigador essa vontade.

O investigador, Luísa Machado, estará disponível para esclarecer dúvidas a qualquer momento do estudo através do email lumarr@gmail.com.

Eu, \_\_\_\_\_,  
utente com número de processo da ULSM \_\_\_\_\_, autorizo a recolha e tratamento de dados no âmbito supra citado após me ter sido explicado as condições e as finalidades do estudo que me é proposto.

Matosinhos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011,

---



## Check-list de Observação do estudo:

**“Infeção do local cirúrgico: Procedimentos de controlo e prevenção da infeção do local cirúrgico em cirurgias programadas de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.”**

Número de Ordem da check-list: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Feminino/Masculino

Cirurgia: Artroplastia da Anca /Artroplastia do Joelho      Data da cirurgia: \_\_\_\_\_

Presença de Dreno: Sim/Não      Número de drenos: \_\_\_\_\_

Troca de frasco de drenagem: Sim/Não      Quantas vezes: \_\_\_\_\_

Profilaxia Antibiótica: Sim/Não      Antibiótico usado: \_\_\_\_\_

Tempo de administração prévio à cirurgia: \_\_\_\_\_

Infeção do Local cirúrgico: Sim/Não      Data da deteção da ILC: \_\_\_\_\_

Se sim, tipo de Infeção do Local cirúrgico: \_\_\_\_\_

Microrganismo isolado: \_\_\_\_\_

### Presença de Fatores Intrínsecos:

- Diabetes;
- Tabagismo;
- Terapêutica com esteróides;
- Estado nutricional extremo;
- Transfusões sanguíneas;
- Outras infeções;
- Outra cirurgia no mesmo local;
- Infeção prévia no mesmo local.

### Preparação do doente no ambulatório

Medida/procedimento	Sim	Não
Identificar e tratar as infeções antes das cirurgias eletivas		
Controlo da Diabetes		
Controlo do Tabagismo		
Instruir o doente acerca da higiene pré-operatória, verbalmente		
Instruir o doente acerca da higiene pré-operatória, por escrito		
Banho no domicílio até 24h do internamento		
Higiene do couro cabeludo até 24h do internamento		
Higiene oral até 12h do internamento		

### Pré-operatório no internamento

Medida/procedimento	Sim	Não
Evitar pré-operatório prolongado (superior a 24h)		
Unhas das mãos limpas e curtas		
Unhas das mãos sem esmalte		
Unhas dos pés limpas e curtas		
Unhas dos pés sem esmalte		
Higiene oral até 12h antes da cirurgia		
Higiene oral com colutório à base de clorohexidina		
Barbeado		
Maquilhagem		
Perfume		
Prótese (dentária e auditiva)		
Jóias ou adornos		
Mudança da roupa da cama		

### Banho

- ✓ Na véspera de manhã: Sim/Não
  - Com anti-séptico: Sim/Não
  - Higiene do couro cabeludo: Sim/Não

- ✓ Na véspera à noite: Sim/Não
  - Com anti-séptico: Sim/Não
  - Higiene do couro cabeludo: Sim/Não
- ✓ No dia da cirurgia: Sim/Não
  - Com anti-séptico: Sim/Não
  - Higiene do couro cabeludo: Sim/Não
  - Até 2h antes da cirurgia: Sim/Não

*Tricotomia*

- ✓ Sim/Não/Não necessária
- ✓ Feita pelo profissional de saúde: Sim/Não
- ✓ Área reduzida: Sim/Não
- ✓ Extensão do penso tida em conta: Sim/Não
- ✓ Imediatamente antes da cirurgia (30 min antes de descer para o BO): Sim/Não
- ✓ Com: Máquina de tricotomia/Lâmina de barbear/Outros

**Pós-operatório no internamento**

<b>Medida/procedimento</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Penso executado antes das primeiras 48h		
Penso impermeável até às primeiras 48h		
Penso mantido seco nas primeiras 48h		
Higienização das mãos antes da execução do penso		
Higienização das mãos após a execução do penso		
Uso de técnica asséptica na execução do penso		
Utiliza SF para lavar a ferida cirúrgica		
Usa anti-séptico na ferida cirúrgica		
Penso de drenos separado do penso da ferida cirúrgica		
Manutenção do sistema fechado das drenagens		
Ensino acerca dos cuidados após alta		

## Pedido de Autorização

Matosinhos, 25 de Maio de 2011

Exmo. Sra. Enfermeira Margarida Filipe,

Enfermeira Diretora do Hospital Pedro Hispano

No âmbito do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-cirúrgica pretendo desenvolver um estudo intitulado **Infeção do local cirúrgico: Procedimentos de controlo e prevenção da infeção do local cirúrgico em cirurgias programadas de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano**. Em anexo junto documento de Projeto de Estudo de Investigação.

Por este motivo, venho por este meio pedir autorização a V. Ex. para a realização deste estudo no referido serviço, através da recolha de dados no período compreendido entre 03 de Outubro e 26 de Novembro de 2011.

Atenciosamente,

---

Luísa Machado

## Parecer da Coordenadora da CCI



Parecer sobre projecto de estudo de investigação no âmbito da disciplina Estágio do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica da aluna Luísa Machado, intitulado “ **Infecção do local cirúrgico. Procedimentos de controlo e prevenção da infecção do local cirúrgico em cirurgias programadas de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.** “

Trata-se de um trabalho de grande actualidade e interesse científico no estudo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Reveste-se de particular importância para a ULSM, dado que de momento não estamos a realizar Vigilância Epidemiológica nestas cirurgias, assim este estudo poderá proporcionar-nos dados de incidência de Infecção do Local Cirúrgico (ILC) que actualmente desconhecemos. Por outro lado permitirá aferir a aplicabilidade da norma de prevenção da ILC.

Por estas razões, e como coordenadora da CCI da ULSM, penso que este trabalho será útil para a instituição, nomeadamente induzindo melhoria de cuidados aos doentes alvo do estudo.

Matosinhos, 21/5/2011

  
ISABEL NEVES  
COORDENADORA  
Comissão Controlo Infecção



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, epe  
Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora da Hora  
Geral :: 22 939 10 00 | Administração :: 22 939 18 50 | Fax Admin. :: 22 939 16 54  
Email :: ca@ulsm.min-saude.pt

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, epe | Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora da Hora | Contribuinte n.º 506 361 390 | Capital Social 29 930 000 €

www.ulsm.pt

## Parecer do Conselho de Administração da ULSM

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS  HOSPITAL PEDRO HISPANO	<b>INFORMAÇÃO</b>	Nº 061/CE/SR  Data: 07-06-2011
--	-------------------	--------------------------------------

Para: Enf. Margarida Filipe – Enf. Directora  
De: Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

### DESPACHO / DELIBERAÇÃO

*Autorizada nos termos do pedido*  
27-06-2011

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE  
Dr. VICTOR HERDEIRO

<i>[Signature]</i> Dr. AMARO FERREIRA Presidente	<i>[Signature]</i> Dr.ª LUCIANA MONTEIRO Vogal Executiva
<i>[Signature]</i> D. FERNANDO ROSA Director Clínico	<i>[Signature]</i> Enf.ª MARGARIDA FILIPE Enfermeira Directora

### PARECER

ULSM 08/06/11 18675EN1

# [Anexo VI]

## **Comunicação de Resultados do Estudo de Investigação**

**Porto, Abril de 2012**



**Comunicação de Resultados do  
Estudo de Investigação  
Infeção do Local Cirúrgico**



## Índice

0. Introdução .....	5
1. Introdução ao tema .....	7
2. Resultados e Tratamento de Dados .....	9
2.1 Caracterização da Amostra .....	9
2.2 Ato cirúrgico e Infecção cirúrgica .....	11
2.3 Fatores Intrínsecos .....	14
2.4 Período pré-operatório .....	16
2.5 Período pós-operatório .....	26
3. Discussão de Resultados .....	31
4. Conclusão .....	33
5. Referências Bibliográficas .....	35

Anexos



## 0. Introdução

O presente documento surge no âmbito do Estudo de Investigação efetuado na disciplina Estágio do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. O Estudo de Investigação foi orientado pela Mestre Amélia Dias Ferreira e intitula-se “Infeção do local cirúrgico: Procedimentos de controlo e prevenção da infeção do local cirúrgico em cirurgias programadas de artroplastia da anca e artroplastia do joelho no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.”

O presente trabalho foi elaborado com o intuito de mostrar e discutir os resultados do Estudo de Investigação efetuado, fazendo uma breve introdução temática, apresentando os resultados obtidos e respetiva discussão, sendo um anexo ao capítulo “Estudo de Investigação – Competências de Investigação” do Relatório de Especialidade redigido no âmbito do Curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O trabalho de Comunicação de Resultados de um Estudo de Investigação tem por base todo o processo do referido Estudo, nomeadamente a conceção metodológica e a recolha e tratamento de dados. Apesar deste documento ser o fruto último do trabalho, o seu desenvolvimento compreende etapas de grande exigências. Assim, todo o processo de desenvolvimento do Estudo de Investigação encontra-se espelhado no Relatório de Especialidade.

A estrutura do presente trabalho foi escolhida no sentido de se assemelhar aos capítulos de um artigo científico, uma vez que este é o modo de comunicação de resultados por excelência. Segundo FORTIN (1999) *“O artigo não tem por objetivo demonstrar as competências de investigação, mas dar a conhecer a contribuição que o estudo traz ao conhecimento. A maior parte dos artigos científicos, concentram-se sobretudo nos métodos, nos resultados e na discussão, após uma breve apresentação do problema de investigação.”* Por conseguinte, o presente documento centra-se nos resultados e respetiva discussão, uma vez que a apresentação do problema de investigação e dos métodos já foi explorada no Relatório de Especialidade.



## 1. Introdução ao tema

A infeção do local cirúrgico é uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Estas, tal como o nome indica que tem origem nos cuidados prestados ao indivíduo. Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde “*A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.*”.

Importa também referir que o CDC em 2008 refere-se a estas como “*uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina O risco de infeção está relacionado com fatores intrínsecos (do doente e da própria cirurgia), aspetos da preparação pré-operatória e fatores intra e pós operatórios (ou toxinas). Deve ser evidente que a infeção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar.*” Através da sua própria definição retira-se que estas são sensíveis aos cuidados prestados, não só no sentido do procedimento executado, mas também ao ambiente onde esses cuidados decorrem.

A área da prevenção e controlo da Infeção ainda foi muito pouco explorada em Portugal, iniciando-se agora um movimento de reflexão e tomada de consciência sobre a temática.

A infeção do local cirúrgico surge neste contexto como a infeção associada aos cuidados de saúde mais evidente, uma vez que ocorre no local onde foi executado um procedimento médico. Todavia, segundo o Instituto Nacional Ricardo Jorge, 2004. a infeção do local cirúrgico é uma das IACS mais frequentes.

De entre os fatores intrínsecos que potenciam o risco de infeção há alguns a ter mais em atenção. Contudo, há que ter em consideração alguns fatores de risco intrínsecos ao doente. De acordo com o documento de Recomendações para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico publicado pelo Instituto Nacional Ricardo Jorge em 2004, para a Infeção do Local Cirúrgico “*há a referir a diabetes, o tabagismo, a terapêutica com esteróides, o estado nutricional e as transfusões de sangue.*”

Para além dos fatores intrínsecos há outras condicionantes relacionadas com a prestação de cuidados a ter em consideração, tal como refere do documento supra citado “*Na preparação pré-operatória do doente, o duche com anti-séptico, a tricotomia, a desinfeção das mãos do*

*cirurgião e da restante equipa cirúrgica, a atitude perante o pessoal infectado ou colonizado, a profilaxia antibiótica e a duração do internamento pré-operatório”*

Apesar da consciencialização dos inúmeros intervenientes no aparecimento de uma infeção, e segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção “*Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.*”. Este facto acarreta uma responsabilização acrescida aos profissionais de saúde.

Consciente desta responsabilização, trabalhei a norma emanada pela Comissão de Controlo de Infeção que inclui nas suas recomendações medidas para gerir os intervenientes na infeção do local cirúrgico.

Ainda relativamente aos fatores e condicionantes a ter em atenção para a prevenção e controlo de infeção muito havia a explorar, contudo, parece-me mais importante centrar-me no meu estudo do que fazer comunicação de conteúdos da literatura.

## 2. Resultados e Tratamento de Dados

No presente item apresentam-se os dados relativos à aplicação da *Check-list* de observação do Estudo de Investigação sobre Infeção do Local Cirúrgico.

De acordo, com FORTIN (1999) “*A apresentação dos resultados sob a forma de ilustrações e de quadros é um excelente meio de fornecer uma informação clara e concisa.*”. Desta forma, decidi apresentar os dados em tabelas, fazendo apenas uma pequena referência aos valores que se destacam. Dispus o capítulo que agora inicio em subcapítulos por forma a facilitar a leitura do documento.

O Tratamento de Dados foi efetuado com recurso ao *Statistic Program for Social Sciences*, pelo que as tabelas expostas são importadas desta ferramenta de tratamento de dados quantitativos. Relativamente à leitura destas tabelas lembra-se que a coluna “*Frequency*” refere-se ao valor absoluto do dado recolhido, “*Percent*” refere-se à percentagem relativamente ao número de respostas obtidas nessa variável, “*Valid Percent*” é a percentagem relativamente ao número de respostas obtidas quando retirado os casos não aplicáveis ou de ausência de resposta – “*Missings*”. O código “99” refere-se às situações de “*Missings*”. Na coluna “*Cumulative Percent*” encontram-se as percentagens cumulativas em relação às diferentes opções de cada variável.

### 2.1 Caracterização da Amostra

A amostra sobre a qual foram recolhidos dados era constituída por 23 indivíduos submetidos a artroplastia da anca ou artroplastia do joelho, em regime de cirurgia programada, no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Hispano.

De seguida apresentam-se dados relativamente à sua caracterização:

**Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	13	56,5	56,5	56,5
	Masculino	10	43,5	43,5	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Tabela I – Sexo dos indivíduos

A amostra foi constituída por 13 mulheres e 10 homens.

**Idade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	47	1	4,3	4,3	4,3
	55	1	4,3	4,3	8,7
	57	1	4,3	4,3	13,0
	58	1	4,3	4,3	17,4
	60	2	8,7	8,7	26,1
	63	3	13,0	13,0	39,1
	64	1	4,3	4,3	43,5
	65	2	8,7	8,7	52,2
	67	1	4,3	4,3	56,5
	68	1	4,3	4,3	60,9
	69	1	4,3	4,3	65,2
	70	3	13,0	13,0	78,3
	72	1	4,3	4,3	82,6
	74	2	8,7	8,7	91,3
	75	1	4,3	4,3	95,7
	77	1	4,3	4,3	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Tabela II – Idade dos indivíduos

A faixa etária predominante é a dos 61 aos 65 anos com 8 indivíduos, enquanto até aos 60 anos apenas apresentam 4 indivíduos, 8 indivíduos na faixa etária dos 66 aos 70 e com mais de 71 anos há 5 indivíduos.

### Cirurgia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Artroplastia da Anca	10	43,5	43,5	43,5
Artroplastia do Joelho	13	56,5	56,5	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela III – Cirurgia dos indivíduos

Do total dos indivíduos 13 foram submetidos a artroplastia do joelho, enquanto que 10 pessoas foram sujeitas a artroplastia da anca.

## 2.2 Ato cirúrgico e Infecção cirúrgica

Neste subcapítulo apresentam-se observações intrínsecas ao ato cirúrgico.

Apesar na troca de drenos poder ser efetuado no serviço de internamento inclui-se neste capítulo uma vez que os restantes aspetos relacionados com os drenos enquadram-se no contexto cirúrgico.

Ainda deste capítulo consta um dos dados mais relevantes do Estudo – a Infecção do local cirúrgico. Devido aos resultados obtidos – 0% de infecção - não se apresentam os restantes dados relativos à infecção do local cirúrgica uma vez que não são aplicáveis.

### Dreno

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	100,0	100,0	100,0

Tabela IV – Presença de drenos

Foram colocados drenos em todos os doentes intervencionados.

**Número de Drenos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	17	73,9	73,9	73,9
2	6	26,1	26,1	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela V – Número de drenos

Foi colocado um dreno a 17 doentes e foram colocados dois drenos a 6 doentes.

**Troca do frasco de Drenagem**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	5	21,7	25,0	25,0
Sim	15	65,2	75,0	100,0
Total	20	87,0	100,0	
Missing 99	3	13,0		
Total	23	100,0		

Tabela VI – Troca do frasco de drenagem

Foram trocados os frascos de drenagem a 15 doentes. Junto a 3 doentes não foi possível recolher a informação.

**Número de vezes de troca do frasco de drenagem**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	26,1	42,9	42,9
2	2	8,7	14,3	57,1
3	5	21,7	35,7	92,9
4	1	4,3	7,1	100,0
Total	14	60,9	100,0	
Missing 99	9	39,1		
Total	23	100,0		

Tabela V – Número de troca do frasco de drenagem

Relativamente à quantidade de vez em que os frascos de drenagem foram trocados a moda é 1 vez. Não foi possível recolher a informação em relação a 9 doentes.

**Profilaxia antibiótica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	78,3	100,0	100,0
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela VI – Uso de Profilaxia Antibiótica

Nos indivíduos relativamente aos quais foi possível recolher informação verifica-se 100% de profilaxia antibiótica.

**Antibiótico**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cefazolina	17	73,9	94,4	94,4
	Ciprofloxacina	1	4,3	5,6	100,0
	Total	18	78,3	100,0	
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela VII – Antibiótico utilizado

Dos indivíduos que se sabe terem efetuado profilaxia antibiótica 94,4% foi com Cefazolina.

**Antibioterapia administrada até 2h antes da cirurgia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	2	8,7	11,1	11,1
	Sim	16	69,6	88,9	100,0
	Total	18	78,3	100,0	
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela VIII – Uso de antibioterapia até 2h antes à cirurgia

Em 69,6% dos indivíduos foi administrada antibioterapia desde as duas horas precedentes até ao momento da incisão cirúrgica.

### Infeção do Local Cirúrgico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela IX – Infeção do Local Cirúrgico

Nenhum dos doentes constituintes da amostra do presente estudo apresentou infeção do local cirúrgico.

## 2.3 Fatores Intrínsecos

De seguida expõem-se os resultados referentes aos fatores intrínsecos que sugerem predisposição à infeção do local cirúrgico.

### Diabetes Melitus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	19	82,6	82,6	82,6
Sim	4	17,4	17,4	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela X – Doentes com Diabetes Melitus

Da amostra, 4 doentes tinham Diabetes Melitus.

### Tabagismo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	22	95,7	95,7	95,7
Sim	1	4,3	4,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XI – Doentes com hábitos tabágicos

Apenas 1 doente apresentava hábitos tabágicos.

### Terapêutica com Esteroides

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	21	91,3	91,3	91,3
	Sim	2	8,7	8,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Tabela XII – Doentes a fazerem terapêutica com esteroides

Nos dados recolhidos verifica-se que 2 indivíduos faziam terapêutica com esteroides.

### Estado Nutricional Extremo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	20	87,0	87,0	87,0
	Sim	3	13,0	13,0	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Tabela XIII – Doentes com estado nutricional extremo.

Dos indivíduos, 3 apresentavam estado nutricional extremo – obesidade ou magreza.

### Transfusão Sanguínea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	18	78,3	78,3	78,3
	Sim	5	21,7	21,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Tabela XIV – Doentes submetidos a transfusão sanguínea.

No intra ou pós-operatório 5 sujeitos foram submetidos a transfusão sanguínea.

### Outras Infeções

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	21	91,3	91,3	91,3
	Sim	2	8,7	8,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Tabela XV – Doentes com outras infeções.

No momento da admissão ao serviço, 2 doentes apresentavam infeções adquiridas no contexto domiciliário.

**Outra Cirurgia no mesmo Local**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	19	82,6	82,6	82,6
Sim	4	17,4	17,4	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XVI – Doentes com antecedentes de cirurgia no mesmo local.

Os doentes com antecedentes cirúrgicos no mesmo local da cirurgia realizada eram 4.

**Infeção Previa no mesmo Local**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XVII – Doentes com infeção prévia no mesmo local.

Nenhum dos indivíduos tinha desenvolvido ao longo da vida uma infeção no local intervencionado.

## 2.4 Período pré-operatório

Nesta alínea apresentam-se os dados recolhidos referentes ao período pré-operatório.

**Infeções Tratadas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,7	100,0	100,0
Missing 99	21	91,3		
Total	23	100,0		

Tabela XVIII – Tratamento das Infeções presentes.

Não foram tratadas as infeções em ambos os doentes com infeções domiciliárias.

**Controlo da Diabetes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	2	8,7	50,0	50,0
	Sim	2	8,7	50,0	100,0
	Total	4	17,4	100,0	
Missing	99	19	82,6		
Total		23	100,0		

Tabela XIX – Controlo da Diabetes.

Em 2 doentes os valores de glicemia capilar estavam controlados, contrariamente a 2 indivíduos que não tinham a Diabetes controlada no pré-operatório.

**Controlo do Tabagismo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	1	4,3	100,0	100,0
Missing	99	22	95,7		
Total		23	100,0		

Tabela XX – Controlo do Tabagismo.

O doente fumador não abandonou os hábitos tabágicos.

**Instrução verbal sobre Higiene Pré-operatória no domicílio**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	21	91,3	91,3	91,3
	Sim	2	8,7	8,7	100,0
Total		23	100,0	100,0	

Tabela XXI – Instrução verbal sobre Higiene Pré-operatória no domicílio

Dos inquiridos, 2 pessoas afirmam ter recebido instruções verbais sobre higiene pré-operatória no domicílio.

**Instrução escrita sobre Higiene Pré-operatória no domicílio**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XXII – Instrução verbal sobre Higiene Pré-operatória no domicílio.

Nenhum dos indivíduos recebeu instruções escritas sobre higiene pré-operatória no domicílio.

**Banho até 24h antes do Internamento**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XXIII – Banho antes do Internamento.

Todos os indivíduos afirmam ter tomado banho nas 24 horas antecedentes ao internamento.

**Higiene do Couro cabeludo até 24h antes do Internamento**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,7	8,7	8,7
Sim	21	91,3	91,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXIV – Higiene do couro cabeludo antes do Internamento.

91,3% dos indivíduos afirma ter higienizado o couro cabeludo nas 24 horas antecedentes ao internamento.

**Higiene Oral 12h antes do Internamento**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	3	13,0	13,0	13,0
Sim	20	87,0	87,0	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXV – Higiene Oral antes do Internamento.

Dos inquiridos, 20 refere ter feito higiene oral nas 12 horas precedentes ao internamento.

**Evitar um Pré-Operatório Prolongado**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	1	4,3	4,3	4,3
Sim	22	95,7	95,7	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXVI – Pré-operatório prologando

Um dos doentes teve internado por um período superior a 24 horas antes da intervenção cirúrgica.

**Unhas das Mãos Limpas e Curtas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	5	21,7	21,7	21,7
Sim	18	78,3	78,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXVII – Unhas das mãos limpas e curtas

21,7% dos indivíduos não apresentava unhas das mãos limpas e curtas.

**Unhas das Mãos Sem Esmalte**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,7	8,7	8,7
Sim	21	91,3	91,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXVIII – Unhas das mãos sem esmalte

2 pessoas apresentavam esmalte nas unhas das mãos no pré-operatório.

**Unhas dos Pés Limpas e Curtas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	3	13,0	13,0	13,0
Sim	20	87,0	87,0	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXIX – Unhas dos pés limpas e curtas

13% dos indivíduos não apresentava unhas dos pés limpas e curtas.

**Unhas dos Pés Sem Esmalte**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	3	13,0	13,0	13,0
Sim	20	87,0	87,0	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXX – Unhas dos pés sem esmalte

3 doentes apresentavam esmalte nas unhas dos pés.

### Higiene Oral 12h antes da Cirurgia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	11	47,8	47,8	47,8
Sim	12	52,2	52,2	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela XXXI – Higiene Oral 12h antes da cirurgia

Apenas 52,2% dos indivíduos afirmam ter realizado higiene oral nas 12 horas antecedentes à cirurgia.

### Higiene Oral com Clorohexidina

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XXXII – Higiene Oral 12h antes da cirurgia com clorohexidina

Nenhuma das pessoas realizou higiene oral com clorohexidina

### Barbeado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	5	21,7	50,0	50,0
Sim	5	21,7	50,0	100,0
Total	10	43,5	100,0	
Missing 99	13	56,5		
Total	23	100,0		

Tabela XXXIII – Barbeado

Dos homens, 5 barbearam-se, enquanto 5 não se barbearam no pré-operatório.

### Produtos na Pele

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XXXIV – Colocação de produtos na pele

Nenhum dos indivíduos aplicou produtos na pele (cremes, desodorizantes...).

**Perfume**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XXXV – Colocação de Perfume

Nenhum dos indivíduos aplicou perfume.

**Prótese Dentária ou Auditiva**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	14	60,9	100,0	100,0
Missing 99	9	39,1		
Total	23	100,0		

Tabela XXXVI – Prótese Dentária ou Auditiva

Das 14 pessoas que usam prótese dentária ou auditiva, nenhuma as levou para o Bloco Operatório.

**Joias ou Adornos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XXXVII – Joias e Adornos

Nenhum dos inquiridos levou joias ou adornos para o Bloco Operatório.

**Mudança de Roupa da Cama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XXXVIII – Mudança de Roupa da Cama

A mudança de roupa da cama foi efetuada em todos os doentes.

**Banho na Véspera de Manhã**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	100,0	100,0	100,0

Tabela IXL – Banho na véspera de manhã

Todas as pessoas que participaram no estudo tomaram banho na véspera de manhã em relação ao dia da cirurgia.

**Banho na Véspera de Manhã com antisséptico**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela XL – Banho na véspera de manhã com antisséptico

Os sujeitos não utilizaram produto antisséptico para a higienização na véspera de manhã.

**Higiene do couro cabeludo na Véspera de Manhã**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	3	13,0	13,0	13,0
Sim	20	87,0	87,0	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela L – Higiene do couro cabeludo na véspera de manhã

13% dos indivíduos não higienizou o couro cabeludo na véspera de manhã em relação à cirurgia

**Banho na Véspera à Noite**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	100,0	100,0	100,0

Tabela LI – Banho na véspera à noite

Nenhum dos indivíduos que participou no estudo tomou banho na véspera à noite em relação à cirurgia. Por conseguinte as observações decorrentes destas não são apresentadas uma vez que não se aplicam.

**Banho no Dia da Cirurgia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	100,0	100,0	100,0

Tabela LII – Banho no dia da cirurgia

Todos os doentes intervencionados tomaram banho no dia da cirurgia.

**Banho no Dia da Cirurgia com antissético**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	8	34,8	40,0	40,0
Sim	12	52,2	60,0	100,0
Total	20	87,0	100,0	
Missing 99	3	13,0		
Total	23	100,0		

Tabela LIII – Banho no dia da cirurgia com antissético

Apenas 52,2% tomaram banho com antissético.

**Higiene do couro cabeludo no dia da cirurgia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	6	26,1	26,1	26,1
Sim	17	73,9	73,9	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tabela LIV – Higiene do couro cabeludo no dia da cirurgia

26,1% dos doentes não higienizaram o cabelo no dia da cirurgia

**Banho no Dia da Cirurgia até 2h da intervenção**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	8	34,8	38,1	38,1
Sim	13	56,5	61,9	100,0
Total	21	91,3	100,0	
Missing 99	2	8,7		
Total	23	100,0		

Tabela LV – Banho no Dia da Cirurgia até 2h da intervenção

56,5% tomaram banho nas 2 horas precedentes à intervenção cirúrgica

**Tricotomia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	78,3	81,8	81,8
	Não necessária	4	17,4	18,2	100,0
	Total	22	95,7	100,0	
Missing	99	1	4,3		
Total		23	100,0		

Tabela LV I– Tricotomia

Em 4 doentes a tricotomia não foi necessária.

**Tricotomia realizada pelo Profissional de Saúde**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	5	21,7	27,8	27,8
	Sim	13	56,5	72,2	100,0
	Total	18	78,3	100,0	
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela LVII – Tricotomia realizado pelo profissional de saúde

Em 21,7% dos casos não foi realizada pelo profissional de saúde.

**Tricotomia em Área Reduzida**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	9	39,1	50,0	50,0
	Sim	9	39,1	50,0	100,0
	Total	18	78,3	100,0	
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela LVIII – Tricotomia em área reduzida

Em 9 situações a tricotomia não foi efetuada em área reduzida.

**Tricotomia tendo em atenção a Extensão do Penso**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	6	26,1	33,3	33,3
	Sim	12	52,2	66,7	100,0
	Total	18	78,3	100,0	
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela LVIII – Tricotomia em área reduzida

A extensão do penso foi tida em consideração em 52,2% dos casos.

**Tricotomia realizada 30 minutos previamente à Cirurgia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	15	65,2	83,3	83,3
	Sim	3	13,0	16,7	100,0
	Total	18	78,3	100,0	
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela LIX – Tricotomia realizada 30 minutos previamente à Cirurgia

Foi possível a realização da tricotomia 30 minutos antes da ida do doente para o Bloco Operatório por 3 vezes.

**Tricotomia - instrumento**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Máquina de tricotomia	7	30,4	38,9	38,9
	Lâmina de barbear	9	39,1	50,0	88,9
	Outros	2	8,7	11,1	100,0
	Total	18	78,3	100,0	
Missing	99	5	21,7		
Total		23	100,0		

Tabela LX – Tricotomia - instrumento

A tricotomia foi realizada com lâmina de barbear em 9 indivíduos e apenas 7 com máquina de tricotomia.

## 2.5 Período pós-operatório

Neste subcapítulo encontram-se os dados recolhidos referentes ao período pós-operatório.

### Penso efetuado antes das primeiras 48h

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	19	82,6	90,5	90,5
	Sim	2	8,7	9,5	100,0
	Total	21	91,3	100,0	
Missing	99	2	8,7		
Total		23	100,0		

Tabela LXI – Penso efetuado antes das primeiras 48h

Foi executado penso à ferida cirúrgica em 2 situações antes de completar 48h da intervenção cirúrgica.

### Penso - Impermeável

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	22	95,7	100,0	100,0
Missing	99	1	4,3		
Total		23	100,0		

Tabela LXII – Penso - impermeável

O penso cirúrgico feito no Bloco Operatório não era impermeável em nenhum dos casos do estudo.

### Penso manteve-se seco nas primeiras 48h

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	2	8,7	9,1	9,1
	Sim	20	87,0	90,9	100,0
	Total	22	95,7	100,0	
Missing	99	1	4,3		
Total		23	100,0		

Tabela LXIII – Penso manteve-se seco nas primeiras 48h

Em 2 indivíduos o penso não se manteve seco nas primeiras 48h.

**Higienização das Mãos Antes da realização do Penso**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	91,3	100,0	100,0
Missing	99	2	8,7		
Total		23	100,0		

Tabela LXIV – Higienização das Mãos Antes da realização do Penso

Em todos os pensos efetuados abrangidos por este estudo, o enfermeiro higienizou as mãos antes da sua execução.

**Higienização das Mãos Após a realização do Penso**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	91,3	100,0	100,0
Missing	99	2	8,7		
Total		23	100,0		

Tabela LXV – Higienização das Mãos Após a realização do Penso

A higienização das mãos foi realizada após a execução dos pensos em todas as situações observadas

**Execução do Penso com Técnica Asséptica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	91,3	100,0	100,0
Missing	99	2	8,7		
Total		23	100,0		

Tabela LXVI – Técnica asséptica na realização do Penso

A utilização de técnica asséptica ocorreu em 100% das situações em que há registo deste comportamento.

**Penso com Soro Fisiológico**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	91,3	100,0	100,0
Missing	99	2	8,7		
Total		23	100,0		

Tabela LXVII – Penso com Soro Fisiológico

Foi utilizado Soro fisiológico na execução do penso de 21 doentes.

**Penso com Antissético**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	5	21,7	38,5	38,5
	Sim	8	34,8	61,5	100,0
	Total	13	56,5	100,0	
Missing	99	10	43,5		
Total		23	100,0		

Tabela LXVIII – Penso com Antissético

Dos procedimentos em que se tem informação, foi utilizado antissético em 61,5% das feridas cirúrgicas e não foi usado em 38,5%

**Penso do Dreno Separado do penso da Ferida cirúrgica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	3	13,0	14,3	14,3
	Sim	18	78,3	85,7	100,0
	Total	21	91,3	100,0	
Missing	99	2	8,7		
Total		23	100,0		

Tabela LXIX – Penso do Dreno Separado do penso da Ferida cirúrgica

Em 3 situações o penso do dreno não se encontrava individualizado em relação ao penso da ferida cirúrgica.

**Manutenção do Sistema Fechado de Drenagens**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	15	65,2	100,0	100,0
Missing	99	8	34,8		
Total		23	100,0		

Tabela LXX – Manutenção do Sistema Fechado de Drenagens

A manutenção do sistema de drenagens fechado foi quebrada em 15 doentes.

**Ensinos aos Cuidados com o Penso**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	2	8,7	12,5	12,5
	Sim	14	60,9	87,5	100,0
	Total	16	69,6	100,0	
Missing	99	7	30,4		
Total		23	100,0		

Tabela LXXI – Ensinos aos cuidados com o penso

Não foram realizados ensinos sobre os cuidados a ter com o penso da ferida cirúrgica a 2 indivíduos.



### 3. Discussão de Resultados

A discussão de Resultados do Estudo de Investigação, em primeira instancia tem que passar pela constatação de ter taxa de 0% de infecção nos indivíduos constituintes da amostra. Este resultado compromete toda a discussão à luz do Projeto de Estudo de Investigação efetuado.

Assim e considerando que de acordo com o definido em Projeto de Estudo, este estudo “*pretende descrever a incidência de infecção do local cirúrgico, assim como descrever a exposição a determinados fatores*”, constata-se que tal análise é inviabilizada. Contudo, importa tecer algumas considerações sobre as condições de realização do estudo e sobre alguns resultados obtidos.

Em primeiro lugar é preciso lembrar que este estudo foi delineado, em Maio de 2011, com base numa norma de prevenção e controlo de infecção do local cirúrgico que se encontrava a aguardar aprovação do Conselho de Administração do Hospital Pedro Hispano para ser aplicada nos serviços. Apesar da autorização formal do Conselho de Administração, este apenas aprovou a referida norma em Janeiro de 2012.

Desta forma, aquando da recolha de dados o Serviço onde este trabalho foi feito utilizava a versão anterior da norma. Contudo, a essência do documento é a mesma com exceção de dois aspetos que foram acrescentados: de acordo com a norma publicada em Janeiro de 2011, os doentes submetidos a colocação de próteses deveriam tomar três banhos com cloro-hexidina, na véspera da cirurgia de manhã, na véspera da cirurgia à noite e no dia da cirurgia cerca de 2h antes da intervenção. O outro ponto introduzido foi a indicação para se finalizar a higiene oral dos doentes com colutório à base de cloro-hexidina.

Posto isto, é possível referir e refletir sobre alguns dados, excluindo as duas situações supra referidas pelo já descrito:

- Apesar baixa incidência de doentes com fatores de risco intrínsecos, os que apresentavam esse fator no acolhimento, mantiveram a características sem que tivesse sido alvo de alguma intervenção no sentido de minimizar esse fator de risco;
- No que concerne à higiene as faneras – unhas e barba - em conjunto com a higiene oral são frequentemente descuradas.
- Na norma em vigor no serviço já compreendia o uso de solução de cloro-hexidina para o banho, contudo, houve doentes que não usarem este produto de preparação pré-operatória;

- A tricotomia é outro fator de preocupação. Esta deve ser feita pelo profissional de saúde, com equipamento próprio – máquina de tricotomia – e tendo em consideração o penso da ferida cirúrgica previsto.

Destas considerações podemos verificar que as lacunas mais frequentes advêm da insuficiente supervisão dos cuidados de higiene dos doentes, sendo aspetos – à exceção do controlo dos fatores intrínsecos – da responsabilidade da equipa de enfermagem.

Após a recolha de dados, relativamente a este trabalho, poderia ser interessante trabalho com os enfermeiros as motivações para esta falha na gestão de cuidados de higiene, desenvolvendo estratégias facilitadoras para a prática clínica.

Da leitura destes resultados fica a dúvida se a ausência de infeções do local cirúrgico espelha a realidade do serviço ou se é fruto do acaso.

Não me conseguindo alhear do facto de exercer funções no Serviço de Ortopedia e Traumatologia, transmito a perceção de que os dados transmitem a realidade do serviço, contudo, sem dados mensuráveis que suporte a minha sensibilidade.

Ainda no campo hipotético, penso que a maior incidência de infeções do local cirúrgico são em doentes de trauma grave e em doentes com cirurgias de repetição no mesmo local num curto período de tempo.

Por conseguinte, fica como sugestão de continuidade do trabalho o desenvolvimento de um estudo que englobe todos os doentes e não apenas os em regime de cirurgia programa no sentido de confirmar ou refutar esta hipótese.

Ainda na continuidade do trabalho que desenvolvi pode fazer-se um estudo comparativo tendo em consideração a aplicação da nova versão da norma de prevenção e controlo de infeção em detrimento da anterior.

## 4. Conclusão

No final da elaboração deste Projeto considero ter atingido os objetivos inicialmente propostos para a sua execução, contudo, reconheço que poderia ter explorado mais o documento.

A motivação de elaborar um Estudo de Investigação rege-se pela vontade em descobrir resposta às questões colocadas na sua conceção metodológica. Uma vez que a taxa de infeção foi de 0% senti que o trabalho ficou aquém das minhas expectativas, não tendo contribuído para o estado da arte de forma significativa, apesar da consciência que os dados recolhidos poderão ser um ótimo ponto de partida para a realização de estudos experimentais.

Importa também referir que o Estudo desenvolvido potenciou a discussão e reflexão sobre prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde no Serviço onde os dados foram recolhidos.

Este facto é motivo de regozijo, pois a alteração de hábitos e rotinas muitas vezes enraizadas há anos faz-se através da discussão temática e da consciencialização das pessoas.

Produzir conhecimento científico sem aplicabilidade prática ou não ser capaz de fazer chegar até aos enfermeiros que prestam cuidados no dia-a-dia é uma tarefa em vão. Assim, apesar de não ter produzido conhecimento científico este projeto foi promotor de prática baseada na evidência, o que por si só já é um passo importante.



## 5. Referências Bibliográficas

INSTITUTO NACIONAL RICARDO JORGE. 2004. Recomendações para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico;

FORTIN, M. 1999. O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização. Loures. Lusociência;

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa.