



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
**CATÓLICA** | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

Por Vera Lúcia Dias Rodrigues

Lisboa, Abril de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

Por Vera Lúcia Dias Rodrigues

Sob a orientação da Sra. Professora Patrícia Pontífice

Lisboa, Abril de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial aos meus pais, por tudo que fizeram por mim. Obrigada pela educação, suporte e por tudo...

Sandra, tens sido a minha companheira e amiga desde 2005. Obrigada por tudo.

A todos os meus colegas e chefes que me facilitaram as trocas para conseguir conciliar com o percurso académico. Desculpem alguma intolerância minha.

Obrigada aos meus amigos por toda a paciência e verdadeira amizade.

Professora Doutora Helena José pela sua ajuda e compreensão.

Professora Patrícia Pontífice pelo acompanhamento e orientação final.

Susana Neto, por tudo que me transmitiste e pelo crescimento que me proporcionaste.

Paula Almeida, que apesar da curta orientação, foi um exemplo como pessoa e profissional. A minha homenagem.

Sónia Albano, pela sua dedicação e orientação.

E a ti que serás sempre o meu exemplo.

## RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, estão definidos três módulos práticos que tem como objectivo *“desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico”*. (Regulamento Geral, UCP- ICS/ESPS, Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, p.8).

Os respectivos módulos de estágio foram desenvolvidos da seguinte forma cronológica: **Módulo I, Serviço de Urgência, realizado no Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria**, onde delineei os seguintes objectivos, prestar cuidados especializados à pessoa/família em situação emergente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica na sala de reanimação e promover a prevenção e controlo das infeções cruzadas, atuando no âmbito das precauções básicas; **Módulo III, de Opção - realizado na Comissão de Infecção Hospitalar Centro Hospitalar Lisboa Norte, pólo Hospital Pulido Valente**. Onde foram delineados os seguintes objectivos: desenvolver competências na área da prevenção e do controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Comissão de Controlo de Infecção; Promover as boas práticas ao doente algaliado, no contexto de trabalho, para prevenir a infecção urinária; Promover boas práticas na avaliação da pressão intra abdominal; **Modulo II, de Cuidados Intensivos/Intermédios** foi-me creditado pela minha experiencia profissional na área.

Este relatório tem como objectivo transmitir toda a caminhada realizada ao longo deste percurso prático. Toda a reflexão sobre a prática ajuda os conhecimentos já adquiridos a crescerem e fazem mudar comportamentos. Pretende ser explícito, de como foram dados todos os passos para atingir os objectivos delineados, aborda também as dificuldades e os obstáculos que levaram a quedas e os posteriores levantes para continuar o árduo caminho.

Para complementar este relatório o primeiro capítulo insere uma revisão sistemática da literatura sobre o meu tema principal e que me serviu de fio condutor, a Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar.

## **ABSTRACT**

As part of the Master Program of Professional Nature in the area of Specialization in Medical Surgical Nursing, are defined three practical modules which aims to "develop skills for advanced nursing care to adult and elderly patients with severe disease, and is especially directed to assistance to the patient in critical condition." (General Regulations, UCP-ICS / ESPS, Masters in Nursing of professional nature, p.8).

The respective training modules were developed as follows in chronological order:

**Module I**, Emergency Services, held at North Lisbon Hospital Centre - Hospital de Santa Maria, where he outlined the following objectives, to provide specialized care to the person/family experiencing the situation emerging complex processes of critical illness and / or organ failure in the resuscitation room and promote the prevention and control of infections crossed, acting under the basic precautions.

**Module III**, Option - held in the Committee of Hospital Infection Hospital Center Lisbon North - Hospital Pulido Valente. Where were outlined the following objectives: to develop skills in the area of prevention and control of infection associated with health care, under the assistance of the nurse specialist in medical-surgical nursing, the Commission infection control; Promoting good practice to patient with catheter, in the workplace, to prevent urinary infection; promote good practice in the evaluation of intra-abdominal pressure.

**Module II**, Intensive Care / Intermediate was credited me for my professional experience in the area.

This report is intended to convey any walk held along this route practical. Every reflection on practice helps knowledge already acquired to grow and make change behaviors. Aims to be explicit about how the steps were taken to achieve the objectives, the difficulties and obstacles that lead to falls and subsequent uprisings to continue the hard way.

To complement this report the first chapter inserts a systematic review of literature on my main theme and that became my guiding principle, the Prevention and Control of Hospital Infection.

## **SIGLAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS**

AO – Assistentes Operacionais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção.

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS – Direção Geral de Saúde.

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

EMC – Enfermagem Médico – Cirúrgica.

EPI's – Equipamentos de Proteção Individuais.

HPV – Hospital Pulido Valente

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

IH – Infeção Hospitalar

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PNCI – Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SMI-UCIP-HPV-CHLN – Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.

UCP- ICS/ESPS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde.

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – World Health Organization

<b>ÍNDICE</b>	<b>P.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b>	13
<b>2. DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO</b>	25
2.1. MODULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	27
2.2. MODULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO	39
<b>3. CONCLUSÃO</b>	45
<b>4. BIBLIOGRAFIA</b>	47
<b>ANEXOS</b>	52
ANEXO Nº 1 - Pedido de autorização para realização do estudo	53
ANEXO Nº 2 - Autorização para realização do estudo	55
<b>APÊNDICES</b>	57
APÊNDICE Nº 1 - Diagnóstico de situação aplicado no SU	58
APÊNDICE Nº 2 - Acção de formação no SU	61
APÊNDICE Nº 3 - Resultados dos questionários aplicados no final da formação do Apêndice Nº 2	69
APÊNDICE Nº 4 - Folheto – Cuidados na manutenção da algaliação permanente no domicílio	72
APÊNDICE Nº 5 - Grelhas de observação	75
APÊNDICE Nº 6 - Acção de formação no SMI-UCIP-HPV	85
APÊNDICE Nº 7 - Artigo - A relação da prática com a teoria sobre dispositivos urinários no SMI-UCIP-HPV-CHLN	108
APÊNDICE Nº 8 - Resultados dos questionários aplicados no final da formação do Apêndice Nº 6	115

<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	<b>P.</b>
Quadro 1 – <i>Critérios de inclusão e exclusão de estudos primários.</i>	15
Quadro 2 – <i>Características gerais dos estudos constituintes da amostra bibliográfica</i>	17
Quadro 3 – <i>Achados dos estudos constituintes da amostra bibliográfica</i>	18

## INTRODUÇÃO

Com a evolução das espécies, as pessoas, o ambiente, os seus conceitos, valores e crenças também mudaram e evoluíram. A atualidade surpreende-nos com uma panóplia de novas ciências e tecnologias às quais as disciplinas tiveram que se adaptar e também evoluir com a aquisição de novos conhecimentos. A enfermagem não é exceção e em 1854 com Florence Nightingale, a pioneira da enfermagem moderna, deu os seus grandes primeiros passos. Na atualidade temos outra realidade, outra visão e perspetiva sobre esta arte que se tornou uma disciplina e profissão. Como disciplina, a enfermagem, foi marcada durante a sua evolução por correntes de pensamento que assentam nos conceitos de pessoa, saúde, cuidados de enfermagem e ambiente. Estes pressupostos foram vistos e abordados de diferentes maneiras alterando os paradigmas. O paradigma da transformação é caracterizado pela sua abertura para o mundo e levou a novas conceções da disciplina de enfermagem, modificando a perspetiva da prestação de cuidados. Acompanha também todo este crescimento uma sociedade mais exigente, com mais conhecimentos e com mais questões. Para ser enfermeiro especialista e conseguir dar resposta a estas exigências impostas e ter a finalidade de satisfazer as necessidades da pessoa/família, os enfermeiros, no decurso da sua atividade profissional, apostam na formação com objetivo de melhorar a sua competência profissional. Segundo a OE (2010, p.2) o enfermeiro especialista é aquele que apresenta *“um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”*

No âmbito do curso de mestrado de natureza profissional na área de especialização em EMC, estão definidos três módulos práticos que tem como objetivo *“desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico”*. (Regulamento Geral, UCP- ICS/ESPS, Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, p.8).

O presente relatório pretende refletir todo o percurso e trabalho desenvolvido durante os módulos práticos, enquadrando-o com teóricas e autores pertinentes aos temas abordados. Insere também uma revisão sistemática da literatura, no ponto 1, sobre a temática prevenção e controlo da infeção hospitalar.

A realização desta revisão sistemática da literatura surge com a necessidade de identificar quais os fatores que influenciam o enfermeiro no controlo e prevenção da infeção hospitalar.

A questão de partida é a seguinte: Que fatores influenciam o comportamento dos enfermeiros no controlo e prevenção da Infeção Hospitalar na sua prestação de cuidados diária ao doente/família?

Esta questão surge no âmbito de compreender melhor como é que o enfermeiro engloba na sua prática diária de cuidados a prevenção e controlo da infeção hospitalar.

Este fenómeno é de extrema importância para a disciplina de enfermagem visto ser um fator que promove uma prestação de cuidados de excelência e seguros. Foi com este objetivo que promovi a minha pesquisa com base na evidência científica.

Os módulos de estágio vão ser descritos de forma cronológica de realização no ponto 2. O módulo I, Serviço de Urgência, foi realizado no CHLN – HSM, no período de 23 de abril a 23 de junho. A minha escolha recaiu no CHLN pois é aqui que exerço funções e como tal pretendo conhecer outras realidades dentro da instituição. A escolha deste campo de estágio deve-se a este SU ter uma elevada afluência de doentes e com isso aumentar o número de experiências enquanto aluna de especialidade MC. A afluência de doentes, por vezes, é superior à sua capacidade de resposta. Em média, são admitidos no SU entre 500 a 600 doentes por dia. Este número é o resultado dos doentes que pertencem à área de residência mais os restantes doentes que necessitam ser transferidos dos hospitais distritais, por estes não possuírem as valências necessárias para o cuidar. (CHLN, 2008)

Módulo III, de Opção - realizado na CCI do CHLN, pólo HPV entre 20 de setembro a 10 de novembro de 2012. Esta escolha provém do meu interesse pessoal por esta área e da necessidade de aprofundar e adquirir novos conhecimentos sobre o controlo de infeção. Mais uma vez optei pela instituição onde exerço funções, com o objetivo de conhecer a dinâmica da CCI do CHLN. Sendo futuramente uma mais valia, para o serviço onde desempenho funções, SMI -UCIP-HPV, tornando-me um elemento de referência nesta área e assumindo o cargo de futuro elo de ligação com a CCI.

Módulo II, de Cuidados Intensivos/Intermédios, o qual foi creditado pela minha experiência profissional nesta área. Desde que iniciei funções, em 2005, que presto cuidados neste contexto. ao abrigo do Decreto-lei N.º 74/2006 de 24 de março no Artigo 45 alínea c), *“reconhecem, através da atribuição de créditos, a experiência profissional e a formação pós-secundária.”*

Durante a minha prática fui vivenciando um leque variado de situações que possibilitaram uma análise e reflexão crítica das mesmas, o que permite um aprofundamento do conhecimento já adquirido com base na evidência científica e posteriormente um crescimento pessoal e profissional na evolução do saber cuidar.



# 1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

## **Enquadramento do problema**

A infeção hospitalar é uma problemática que afeta doentes, profissionais e instituições de saúde, sendo visto na atualidade como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Considero desta forma, no contexto do doente crítico, a abordagem deste tema pertinente. O objetivo é no sentido de conseguir perceber como atuam os enfermeiros no seu quotidiano para reduzir as taxas de infeção, pois tal como nos refere (Botelho, 1998), a ausência de infeção e outras complicações que possam resultar dos cuidados prestados pelos enfermeiros são um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

A OMS reconheceu a IH como uma preocupação mundial devido ao seu impacto negativo nos doentes, profissionais e instituições de saúde nos países, desenvolvidos e subdesenvolvidos. Estas infeções são um grande problema para a segurança dos doentes, assim como uma complicação nos seus cuidados. Além do mais, as IACS contribuem para a morte e para incapacitação dos doentes, promovem a resistência microbiana aos antibióticos e geram custos adicionais aos doentes/família.

A Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar têm sido uma temática muito importante e bastante debatida em todo o percurso histórico da enfermagem. A pioneira da enfermagem moderna, Florence Nightingale, iniciou na guerra da Crimeia em 1854, os primeiros passos sobre esta temática tão importante e que na atualidade se mantem no centro das atenções. As IACS assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo.

A infeção é uma complicação dos cuidados de saúde, em grande parte evitável e tem um impacto importante no doente e nos serviços de saúde (Wilson, 2003). Cerca de 30% das infeções nosocomiais são evitáveis pelo que devemos atuar e perceber quais as estratégias e caminhos que devemos seguir para diminuir ou mesmo eliminar esta percentagem. Na globalidade, 32,2 em cada 100 doentes estudados tinham uma ou mais infeções nosocomiais, correspondendo a uma prevalência global de infeção de 34,2% (Pina, 2010).

Afunilando as diversas áreas de prestação de cuidados para as unidades de cuidados intensivos, um em cada quatro doentes tem risco elevado de adquirir uma IACS (DGS, 2007). As IACS dificultam o tratamento adequado dos doentes e é uma causa de morbilidade e mortalidade. Assume também um papel acrescido de recursos materiais e humanos (DGS, 2007). A DGS refere que as IACS são um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade da prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes, bem como a sua segurança e dos profissionais.

Os enfermeiros têm um papel preponderante na Prevenção e Controlo das IACS, contribuindo de forma determinante para uma maior segurança e qualidade nos cuidados a realizar ao doente/família em situação crítica.

Na atualidade os enfermeiros são o grupo profissional que passam mais horas junto dos doentes, na prestação de cuidados diretos, como tal assumem o papel fundamental na prevenção e controlo das infeções.

Na sua conduta os enfermeiros devem assumir que cada doente está potencialmente infetado ou colonizado, pelo que a implementação de medidas como as precauções básicas é a estratégia primária para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos hospitalares entre doentes e profissionais de saúde.

### **Questão de investigação**

Com a finalidade de conseguir compreender e adquirir um conhecimento mais alargado sobre a problemática em causa, procurei dar resposta à seguinte questão: **Que fatores influenciam o comportamento dos enfermeiros no controlo e prevenção da Infeção Hospitalar na sua prestação de cuidados diária ao doente/família?**

Assim através desta RSL procuro também dar resposta a outras questões secundárias: Quais as representações e os conhecimentos científicos que o enfermeiro possui sobre a infeção hospitalar e que influencie na sua prestação de cuidados? Qual a abordagem que os enfermeiros têm na prevenção e controlo da infeção hospitalar e como atuam na sua prevenção? Partindo destas questões, sigo para a apresentação dos aspetos metodológicos e os resultados encontrados.

### **Considerações metodológicas**

Esta RSL tem como principal objetivo recolher o máximo de informação pertinente com base na evidência científica e identificar quais os fatores que influenciam o comportamento dos enfermeiros na prestação de cuidados, esclarecendo quais as representações que os enfermeiros da atualidade têm sobre este tema e como atuam na sua prática.

Através de um processo de procura, seleção, organização e síntese de estudos primários de abordagem qualitativa sobre o fenómeno anteriormente descrito, e partindo do conhecimento científico deles retirado, procuro com este trabalho clarificar e compreender os pressupostos conceptuais e práticos inerentes ao fenómeno.

Para além das expectativas pessoais pretendo também contribuir para o progresso da enfermagem com as conclusões desta RSL.

Para a formulação da questão de investigação e para a seleção dos artigos desta RSL foi utilizado o método designado PICOS (participantes, intervenção, comparadores, resultados (*outcomes*) e desenho (ou tipo de estudo), Systematic Reviews (2009). Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos primários também foram previamente definidos, os quais estão descritos no Quadro 1. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com elaboração apenas de metasumário.

Quadro 1 – *Crítérios de inclusão e exclusão de estudos primários.*

<b>Crítérios de inclusão</b>	<b>Crítérios de exclusão</b>
Os participantes serem apenas enfermeiros.	Artigos pagos.
Publicado entre junho 2007 e dezembro de 2012.	Teses e revisões sistemáticas da literatura.
Apresentar informação ao nível dos parâmetros considerados imprescindíveis de analisar: Participantes (P), Intervenções (I), Resultados (O) e Tipo de Estudo (S), ano, país e autor(es).	Estudos desenvolvidos com metodologia quantitativa
Full texto	

Existem múltiplos artigos que foram excluídos devido aos participantes incluírem enfermeiros mas não de forma exclusiva. Sobre esta temática também existem múltiplos artigos que constituem revisões sistemáticas da literatura, o que também foi um critério de exclusão.

Querendo objetivar quais os fatores que influenciem o comportamento do enfermeiro na prevenção e controlo da infeção hospitalar, múltiplos estudos com as palavras-chave no assunto foram excluídos, por se dirigirem à especificidade de algum micro-organismo ou onde o foco do problema não tivesse conteúdo. Inicialmente comecei a pesquisa a partir de 2008 com o objetivo de alcançar informação atual, mas posteriormente tive de alargar o período temporal para conseguir encontrar o conteúdo pretendido.

## **Estratégia de pesquisa**

A pesquisa foi realizada em bases de dados bibliográficas on-line nacionais e internacionais, entre novembro e dezembro de 2012 utilizando a língua portuguesa e inglesa, no espaço cronológico entre 2007 a 2012. Os termos de busca foram prevenção e controlo da infeção hospitalar, infeção hospitalar, enfermagem, prevention and control of hospital infection, nursing, hospital infection, cross infection. Os termos foram pesquisados no campo assunto ou abstract. A busca eletrónica foi feita nas seguintes bases de dados com os respetivos resultados entre parêntesis: Biblioteca de conhecimento on-line (173); Biblioteca Virtual em Saúde/LILACS, (2); Cochrane Library (1); EBSCO (CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE with full text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Mediclatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; ERIC; NHS Economic Evaluation Database; Regional Business News; Business Source Complete) (150).

## **Processo de constituição de amostra**

Esta revisão sistemática da literatura foi realizada apenas por um único revisor, a autora e tem presente que o grau de envolvimento e a forma como o autor olha o fenómeno pode induzir alguma subjetividade, neste sentido tive sempre presente a relevância da coerência e contextualização do fenómeno.

A opção pela abordagem preferencialmente qualitativa, com diferentes metodologias justificou-se neste estudo dado que o método qualitativo recai na aquisição de maior informação, pois há uma exploração mais profunda dos fenómenos. O tamanho da amostra é relativo, pois considero que a riqueza de conteúdo é o critério mais importante. A amostra inicial foi constituída por 326 estudos. Após a sua análise e leitura do resumo foram excluídos artigos repetidos, teses, RSL estudos que os participantes não fossem unicamente enfermeiros. Aceitaram-se apenas quatro artigos para esta RSL, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – *Características gerais dos estudos constituintes da amostra bibliográfica*

<b>Estudos Primários</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções e método de análise</b>
Moura, M. E. B. et al. (2008) – Infecção Hospitalar no Olhar de Enfermeiros Portugueses: Representações Sociais. Texto Contexto Enferm, 17(4), Outubro-Dezembro, p. 743-749 Brasil	Apreender as representações sociais sobre IH dos enfermeiros portugueses	35 Enfermeiros com mais de 2 anos de experiência profissional na área hospitalar.	Representações sociais sobre infecção hospitalar dos enfermeiros portugueses. Realizadas entrevistas. Estudo Exploratório (Análise de conteúdo)
Santos, A. M. R. et al. (2008) – As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Julho-agosto, 61(4), p.441-446. Brasil	Apreender as representações sociais das IH a partir da percepção dos enfermeiros e perceber como estas influenciam a sua prática de cuidados.	Enfermeiros em contexto hospitalar	Representações sociais das infecções hospitalares a partir da percepção dos enfermeiros. Qualitativo (entrevistas semiestruturadas)
Luo, Y. et al. (2010). – Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. International Journal of Infectious Diseases 14 p.1106–1114. China	Avaliar o cumprimento das enfermeiras com as precauções padrão e analisar os fatores que afetam o seu incumprimento.	1500 Enfermeiros com mais de um ano de experiência, de 18 hospitais na China	Qualitativo (Questionários)
Delahanty K., M. et al. (2007). Nursing2007 Infection control survey report. Vol.43, junho, Nº6, p.28-37. United States	O objetivo foi identificar as percepções dos enfermeiros sobre as normas de controlo das IH e as guidelines em utilização nos seus respetivos locais de trabalho.	3278 Enfermeiros dos EUA e Canada	Qualitativo (Questionários de 43 perguntas)

### **Análise, síntese e transformação dos achados**

Com a finalidade de identificar o conteúdo relevante e extrair os dados centrais de cada estudo primário, cada artigo foi lido várias vezes, com a finalidade de identificar, analisar e interpretar o desenho e os achados de cada um deles. Estes são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – *Achados dos estudos constituintes da amostra bibliográfica*

Estudos	Achados
Moura, M. E. B. et al. (2008) – Infecção hospitalar no olhar de enfermeiros portugueses: representações sociais.	<p><b>Definição de IH;</b> Risco a que os doentes e profissionais estão expostos no meio hospitalar, pela resistência dos micro-organismos e uso indiscriminado de antibióticos. Tal situação requer procedimentos de isolamento de doentes e lavagem das mãos. A higienização das mãos é uma prática prioritária, pois é o isolamento mais importante.</p> <p><b>Praticas dos enfermeiros frente a IH;</b> Um grupo de profissionais apresenta atitude de conformação com a problemática, enquanto outros enfermeiros tinham o objetivo de realizar uma prestação de cuidados eficaz e segura com a ambição de mudança de comportamentos e atitudes. Existe um uso inadequado e generalizado de procedimentos invasivos, estes para além de exporem o doente a um maior risco de infecção também dependem dos cuidados de assepsia utilizados pelos profissionais. <b>Perceção dos enfermeiros sobre os gestores na infecção hospitalar:</b> Há uma grande preocupação dos profissionais devido às condições que lhe são proporcionadas para a prestação de cuidados. Preconiza-se a formação permanente dos profissionais de saúde com o intuito de estimular a perceção do risco e a eficácia das medidas de prevenção da IH. As ações de formação devem ser dirigidas por uma equipa interessada, motivada e com os conhecimentos necessários e atualizados na evidência científica, com o objetivo final de mudar comportamentos dos enfermeiros e melhorar a qualidade na prestação de cuidados no âmbito da prevenção da IH.</p>
Santos, A. M. R. et al. (2008) – As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem.	<p>A prestação de cuidados está relacionada com a subjetividade individual, valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos, envolvendo a interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico. O enfermeiro é o principal prestador de cuidados diretos ao doente. <b>Conceito de IH:</b> qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar. É uma contaminação adquirida no hospital através da incorreta higienização dos materiais ou equipamentos hospitalares. <b>Condições de trabalho versus controlo de infecção:</b> As condições de trabalho são influenciadas pela estrutura organizacional e estrutural, interferindo diretamente nas práticas de enfermagem. A qualidade da estrutura física, os recursos materiais e humanos são fatores importantes para a prevenção e controlo das IH. <b>Comportamentos:</b> Para mudar comportamentos deve-se conhecer quais as representações sociais e os conhecimentos que os enfermeiros têm sobre a prevenção e controlo das IH, para depois poder planear uma ação de formação para colmatar essas falhas. Os enfermeiros referem a importância de programas permanentes de treino. A formação dos profissionais deve ser uma medida na prevenção das IH. <b>Sentimentos:</b> os enfermeiros referem a falta de consciência, comodismo dos seus pares nas ações erradas que cometem. Desvalorizam ações como a higiene das mãos e uso de EPI's, apesar de saberem a sua importância não as cumprem.</p>
Luo, Y. et al. (2010). – Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China.	<p>As precauções padrão foram a inconformidade encontrada com taxa mais baixa de adesão. Os fatores que mais afetam a adesão das precauções básicas são: treino das precauções padrão; o conhecimento, a graduação do profissional, presença de cortopunçantes em caixas de esposable, a autoeficácia geral, o grau de exposição ao risco, e o serviço onde presta funções. O desconhecimento do conceito e das precauções básicas são os motivos para o seu incumprimento. Para se conseguir colmatar esta falha os profissionais de saúde, (98,2% dos enfermeiros inquiridos), aceitam frequentar ações de formação. O conhecimento das precauções básicas teve um elevado impacto na sua adesão. O treino das precauções básicas deve ser reforçado com ações de formação e os EPI devem ser suficientes com o objetivo de reduzir as IH, proteger a saúde dos doentes e da equipa. Apenas metade dos inquiridos tinha conhecimento das precauções básicas.</p>
Delahanty K., M. et al. (2007). Nursing2007 Infection control survey report.	<p>A atualização constante dos enfermeiros das normas, diretrizes e guidelines vigentes é uma mais valia na prevenção e controlo das infeções hospitalares, as quais devem ser seguidas escrupulosamente. O campo do controlo da infeção evoluiu com rápidas mudanças, daí a importância da atualização do conhecimento sobre IH. Ao respeitar as normas, diretrizes e políticas de controlo da IH a evidência é clara na proteção dos doentes. 96% dos entrevistados concordaram que as precauções básicas reduzem as taxas de infeção. Apenas 59% informaram que suas instalações têm normas ou um grupo padrão de estratégias e intervenções para prevenir as infeções hospitalares. A experiência dos enfermeiros não está diretamente relacionado com os conhecimentos.</p>

## **Apresentação, Análise e Discussão dos Achados**

Procurando dar resposta à questão principal: **Que fatores influenciam o comportamento dos enfermeiros no controlo e prevenção da Infecção Hospitalar na sua prestação de cuidados diária ao doente/família?** Assim através desta RSL procuro também dar resposta a outras questões secundárias: Quais as representações e os conhecimentos científicos que o enfermeiro possui sobre a infecção hospitalar e que influencie na sua prestação de cuidados? Qual a abordagem que os enfermeiros têm na prevenção e controlo da infecção hospitalar e como atuam na sua prevenção? Foram analisados quatro artigos, os quais apresentam informações relevantes para a resposta à questão de partida desta pesquisa.

Moura et al. (2008), descreve no seu estudo que os enfermeiros consideram IH como o risco a que os doentes e profissionais estão expostos no meio hospitalar, pela resistência dos micro-organismos e uso indiscriminado de antibióticos. A causa da infecção está apenas aqui associada a estes fatores. Santos et al. (2008) reconheceu no seu estudo que os enfermeiros descrevem IH como qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar. É uma contaminação adquirida no hospital através da incorreta higienização dos materiais ou equipamentos hospitalares. A falta de conhecimento sobre o tema é uma problemática logo detetada no início da leitura dos artigos. Partindo do conceito inicial, uma IACS é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados em qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde, e que também pode afetar os profissionais de saúde, (DGS, 2007).

Moura et al. (2008) descreve as práticas dos enfermeiros frente ao controlo de infecção hospitalar, referindo que um grupo de profissionais apresenta atitude de conformação com a problemática, enquanto outros enfermeiros tinham o objetivo de realizar uma prestação de cuidados eficaz e segura com a ambição de mudança de comportamentos e atitudes. Definem que as atitudes devem ser cuidadosas e responsáveis, apesar da falta de material. Referem existir um uso inadequado e generalizado de procedimentos invasivos, os quais para além de exporem o doente a um maior risco de infecção também dependem dos cuidados de assepsia utilizados pelos profissionais. Referem-se aqui dois problemas, o primeiro corresponde ao uso abusivo de técnicas invasivas sem ponderar métodos alternativos. O segundo problema corresponde ao desconhecimento dos enfermeiros das normas de prevenção e controlo da IH, ou seja, a falta de informação pertinente, útil e com base na evidência científica pode ser colmatada com ações de formação em contexto de trabalho por entidades responsáveis, tais como os elos de ligação da CCI dos respetivos serviços ou mesmo elementos da CCI.

Santos et al. (2008) refere que a prestação de cuidados está relacionada com a subjetividade individual, valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos, envolvendo a interpretação,ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico.

De acordo com o Código Deontológico (2009), no artigo 88º,

*“o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados (...); Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.*

Os enfermeiros têm que ter a informação necessária sobre os tipos de infeção existentes, os métodos mais comuns de propagação e quais os fatores que predispõe o doente ao maior risco de adquirir uma infeção hospitalar. Perante um doente o enfermeiro tem de saber atuar de acordo com o possível risco de infeção, otimizando a prevenção e controlo a utilizar. O enfermeiro, refere Santos et al. (2008) é o principal prestador de cuidados diretos ao doente, pelo que assume o papel de veículo das infeções hospitalares caso não utilize as precauções básicas adequadas. Moura et al. (2008) afirma que a infeção tem crescido proporcionalmente ao desenvolvimento da tecnologia invasiva, mas o conhecimento dos enfermeiros sobre as ações de prevenção e controlo da infeção não teve o mesmo desenvolvimento. Delahanty et al. (2007) conclui no seu estudo que o campo do controlo da infeção evolui com rápidas mudanças, daí a importância da atualização do conhecimento sobre IH. Luo et al. (2010) refere que o desconhecimento sobre o conceito e quais as precauções básicas são os motivos para o incumprimento das mesmas. Para se conseguir colmatar esta falha 98,2% dos enfermeiros inquiridos aceitam frequentar ações de formação no âmbito das precauções básicas. A formação continua é assumidamente um fator importante no desenvolvimento pessoal e profissional do individuo, assim como das organizações, ajudando-os também às inovações que advém do mundo em permanente mudança, em perseguição de uma qualidade dos serviços prestados, Sousa (2003).

A atualização constante dos enfermeiros sobre as normas, diretrizes e guidelines vigentes é uma mais valia na prevenção e controlo das infeções hospitalares, as quais devem ser seguidas escrupulosamente, Delahanty et al. (2007). De acordo com Moura et al. (2008), preconiza-se a formação permanente dos profissionais de saúde com o intuito de estimular a perceção do risco e a eficácia das medidas de prevenção da IH. Este autor menciona também que os elementos da CCI não são suficientes para a implementação dum plano de prevenção da infeção hospitalar num hospital.

Luo et al. (2010) refere que as autoridades competentes e a CCI devem ter mais atenção com o cumprimento das precauções básicas. O treino das precauções básicas deve ser reforçado com ações de formação e os EPI devem ser suficientes com o objetivo de reduzir as IH, proteger a saúde dos doentes e da equipa.

Apenas metade dos inquiridos tinha conhecimento das precauções básicas. O conhecimento das precauções básicas teve um elevado impacto na sua adesão, Luo et al. (2010).

Moura et al. (2008) refere que as ações de formação devem ser dirigidas por uma equipa interessada, motivada e com os conhecimentos necessários e atualizados na evidência científica, com o objetivo final de mudar comportamentos dos enfermeiros e melhorar a qualidade na prestação de cuidados no âmbito da prevenção da IH. Santos et al. (2008) conclui que para mudar comportamentos deve-se conhecer quais as representações sociais e os conhecimentos que os enfermeiros têm sobre a prevenção e controlo das IH, para depois poder planear uma ação de formação para colmatar essas falhas. As ações de formação têm a intenção de estimular a reflexão sobre a atuação de cada um levando a uma aprendizagem e mudança de comportamentos. Os enfermeiros referem a importância de programas permanentes de treino onde a forma de atuação seja de acordo com os indicadores de qualidade neste âmbito. A formação dos profissionais é, na minha perspetiva uma medida fulcral na prevenção das IH. Alguns profissionais admitem que existe conhecimento técnico com fundamentação científica sobre IH, mas que não utilizam as medidas corretas na sua prevenção. Ainda Santos et al. (2008) refere alguns sentimentos dos enfermeiros, tais como: falta de consciência, comodismo dos seus pares nas ações erradas que cometem. Desvalorizam ações como a higiene das mãos e uso de EPI's, apesar de saberem a sua importância não as cumprem. Luo et al. (2010) alude no seu estudo que as precauções padrão são a inconformidade com taxa mais baixa de adesão. Os fatores que mais afetam a adesão das precauções básicas são: treino e o conhecimento das mesmas, a graduação do profissional, presença de corto-perfurantes sem ser em contentor próprio, o grau de exposição ao risco, e o serviço onde presta funções. Delahanty et al. (2007), no seu estudo refere que 96% dos entrevistados concordaram que as precauções básicas reduzem as taxas de infeção. Apenas 59% informaram que as suas instalações têm normas ou um grupo padrão de estratégias e intervenções para prevenir as infeções hospitalares. Ao respeitar as normas, diretrizes e políticas de controlo da IH a evidência é clara na proteção dos doentes.

Outro aspeto encontrado nos artigos é a preocupação que os enfermeiros demonstram com as condições físicas que lhe são proporcionadas para a prestação de cuidados, Moura et al. (2008).

As condições de trabalho são influenciadas pela estrutura organizacional e estrutural, interferindo diretamente nas práticas de enfermagem. A qualidade da estrutura física, os recursos materiais e humanos são fatores importantes para a prevenção e controlo das IH, (Santos et al. 2008).

Citando a WHO (2007), podemos afirmar que os enfermeiros deveriam servir como modelos, demonstrando as melhores práticas para prevenir a transmissão de infeções hospitalares. As boas práticas incluem: O uso de precauções básicas em todos os doentes; Seguir rigorosamente o protocolo de higiene das mãos; Seleção e uso de equipamento de proteção individual; Uso de precauções de contato, quando cuidar de doentes que estejam infetados ou colonizados por micro-organismos que são transmitidos por contato direto ou indireto; Uso de proteção para gotícula, quando prestar cuidados a doentes que estejam sob suspeita ou infetados com micro-organismos que possam ser transmitidos por grandes gotículas infecciosas; Uso de proteção para transmissão por via aérea, quando prestar cuidados a doentes que tenham suspeita ou estejam infetados com micro-organismos que podem ser transmitidos por via aérea.

Os fatores que são necessários para garantir a implementação, bem sucedida, das práticas de prevenção da infeção hospitalar envolvem um esforço de todo sistema organizacional pois só assim é possível garantir um programa eficiente de prevenção contra as infeções (Stoessel, 2008). A mesma autora refere que estes fatores organizacionais incluem: criar e manter uma cultura de segurança, desenvolver e monitorizar os serviços tendo em conta as políticas de prevenção contra infeções e procedimentos, proporcionando recursos suficientes para apoiar o programa garantindo formação inicial e contínua, treino das equipas, manutenção e vigilância do programa em curso. Na minha perspetiva destacam-se, os conhecimentos dos profissionais de saúde e a sua perceção de risco.

## **Conclusão**

Em todos os estudos utilizados desta revisão sistemática da literatura foi encontrado como estratégia para colmatar as inconformidades no âmbito da prevenção e controlo da IH as ações de formação. Luo et al. (2010) refere no seu artigo, que o conhecimento das precauções básicas proporcionou um elevado impacto na sua adesão. Segundo Bento (1997), entre os profissionais de saúde, a formação profissional dos enfermeiros tem tido particular relevância pela crescente complexidade das suas funções, num contexto de autonomização e construção de identidade da profissão.

O principal fator a influenciar o comportamento do enfermeiro na sua prestação de cuidados é o conhecimento científico e neste caso o desconhecimento dele é uma das causas do incumprimento das corretas medidas de controlo e prevenção das infeções hospitalares.

As ações de formação para terem sucesso necessitam ser realizadas por uma equipa interessada, disponível e motivadora com os conhecimentos necessários e atualizados na evidência científica. Para Moura et al. (2008) as ações devem ser bem estruturadas, com conteúdo claro e objetivo sobre esta temática, de forma a mudar as representações sociais que os enfermeiros têm sobre este assunto que assume tanta importância no seu quotidiano. Só assim se conseguirá sensibilizar os enfermeiros e despertar-los para a realidade dos factos e da emergência de agir na prevenção e controlo da IH para melhorar a qualidade na prestação de cuidados neste âmbito.

Na atualidade, os enfermeiros são o grupo profissional que passam mais horas junto dos doentes, na prestação de cuidados diretos, como tal assumem o papel fundamental na prevenção e controlo das infeções hospitalares. (Santos et al. 2008)

As ações de formação tem como objetivo informar e alertar o enfermeiro para todos os achados que foram referidos nos artigos pesquisados, ou seja, toda a falta de informação, dúvidas e desconhecimento deve ser colmatada nestas ações de formação. Toda a informação aqui obtida deve também servir como ponto de partida para a reflexão crítica sobre a prática, de forma a evoluir e melhorar os cuidados prestados ao doente. Cada um tem a responsabilidade de identificar as suas falhas e colmata-las com base na evidência científica. A reflexão crítica e permanente das práticas permite ao enfermeiro a construção do seu saber. Para Dias (2004, p.58) *“a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão “do saber, do saber-fazer, do saber-ser e do saber-aprender”*.

*“Se cuidar é acompanhar as passagens difíceis da vida (...) estimular, desenvolver capacidades, manter, conservar, compensar o que não está bem..., supõe interrogar-se acerca do que deve ser acompanhado, ou seja, situar o que torna os cuidados necessários. (...) todo o saber parte das situações e, ao mesmo tempo, vai beber a fontes de conhecimentos que levam a esclarecer as constatações feitas a partir das situações.”* (Collière, 2003:134)

Sem dúvida que o acompanhamento constante e sistemático dos elementos da CCI é fundamental. Estes elementos ajudam na reflexão sobre os casos e situações clínicas pois possuem a informação sobre a vigilância epidemiológica.

São elementos de referência a quem podemos recorrer sempre que exista alguma dúvida ou mesmo no sentido de confirmar se as medidas preventivas utilizadas são as mais corretas e eficazes, sempre com o objetivo de prestar cuidados de excelência ao doente.

Outros fatores que afetam o comportamento dos enfermeiros no âmbito do controlo e prevenção da infeção hospitalar são os recursos materiais e humanos. Santos et al. (2008) refere no seu estudo que as condições de trabalho são influenciadas pela estrutura organizacional e estrutural, interferindo diretamente nas práticas de enfermagem. A qualidade da estrutura física, os recursos materiais e humanos são fatores importantes para a prevenção e controlo das IH.

## **2. DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO**

Neste capítulo pretendo descrever as atividades desenvolvidas, com base na reflexão pessoal e referencial teórico, em cada módulo de estágio realizado. A intenção foi enquadrar a minha análise numa perspetiva do paradigma da transformação. O Paradigma da transformação preconiza uma mudança de mentalidades, perspetiva os fenómenos como únicos em constante interação com tudo o que os rodeia. De acordo com Kérouac et al. (1996) nas condições de contínua mudança e desequilíbrio, a interação de fenómenos complexos é visto como o ponto de partida de uma nova dinâmica ainda mais complexa.

Como suporte a este enquadramento tive como base a teoria de médio alcance, a teoria das transições de Meleis. Encontrei nesta autora um apoio para poder justificar o meu olhar sobre como deve ser o cuidado de excelência dos enfermeiros. A Teoria das Transições de Meleis permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000). O conhecimento acerca das transições humanas tem sido assumido, cada vez mais, como central para Enfermagem. Meleis et al. (2000) sustentam que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas no doente/família.

Como nota introdutória sinto necessidade de esclarecer o conceito de transição, o qual nos remete para uma interligação entre a pessoa e o ambiente, ou seja, cada pessoa vivencia processos de transição sempre que se verificarem mudanças no seu estado de saúde, nos seus papéis desempenhados, no seu crescimento/desenvolvimento, nas suas expectativas ou nas suas capacidades. Estes processos de transição não estão sempre ligados a situações de doença, podem relacionar-se com o próprio desenvolvimento ao longo do ciclo vital, ou com alterações das dinâmicas familiares ou sociais; contudo envolvem sempre mudanças e adaptação às novas situações.

Os enfermeiros cuidam de pessoas que vivenciam quase constantemente processos de transição e a compreensão dos mesmos revela-se de extrema importância para facilitar e apoiar o doente/família nas suas respostas a essas transições de forma a atingir um estado de saúde e bem-estar.

Como referido na introdução, o Modulo II, Cuidados Intensivos/Intermédios foi-me creditado pelo meu percurso profissional se ter desenvolvido nestas duas áreas, desde 2005, altura em que iniciei funções como profissional. Durante este percurso fui adquirindo experiência prática e da prática, mobilizando os conhecimentos teóricos no dia a dia, sempre com o eterno objetivo de promover cuidados de excelência. A experiência é utilizada na aquisição de perícia através do refinamento de noções e teorias pré-concebidas. A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa, apresentando mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria. (Benner, 2001). Por este motivo a formação deve ser contínua e com base na evidência científica de forma a conseguir manter a atualização dos conhecimentos e dar respostas fundamentadas das práticas realizadas. Lopes (2009) reforça esta ideia referindo que a investigação em enfermagem é uma necessidade e emerge como uma forma de compreender os fenómenos, os quais são cada vez mais complexos, multivariados e globais aos quais a enfermagem deve dar resposta.

Segundo Benner (2001), o conceito de enfermeiro perito consiste no enfermeiro que já não recorre a um princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação à ação mais adequada, com a sua vasta experiência, intui a situação dirigindo-se ao foco do problema, sem considerações supérfluas. Esta definição de Benner consegue espelhar o meu desenvolvimento durante a minha experiência profissional. No meu caminho terei sempre o objetivo de melhorar a minha prestação de cuidados para realizar cuidados de excelência. Assim, ao longo deste relatório proponho-me a partilhar as minhas vivências, as dificuldades sentidas e também o dinamismo de uma busca incessante de desenvolvimento e crescimento, enquanto futura enfermeira especialista, que avalia o impacto das suas intervenções, que estuda os conceitos, que procura e produz conhecimento através da investigação científica, que é detentora de capacidades em mobilizar os saberes para as necessidades, situações e contextos variáveis dos doentes, transformar os saberes em competências, competências diferenciadas que vêm relacionar o *saber fazer* e o *saber ser* com as ações.

De forma a conduzir o leitor, este ponto encontra-se dividido em subpontos referentes a cada módulo realizado.

## 2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Cuidar no serviço de urgência foi um verdadeiro desafio. Apesar da rapidez que é exigida aos enfermeiros no SU, o momento do cuidar deve ser privilegiado e aproveitado na sua totalidade para a interação com o doente. Para Watson (2002), os cuidados de saúde de qualidade são aqueles que respeitam de forma humanista o ser humano na sua totalidade. Para tal temos que ter presente quem cuidamos, a Pessoa, na sua unicidade com dignidade própria e direito à autodeterminação.

Os turnos no SU são sempre imprevisíveis devido à multiplicidade de doentes com que nos deparamos no dia a dia. As situações podem ir de ligeiras a muito complexas, mas todas elas dependem ao enfermeiro um olhar holístico. Collière (1989) define o cuidar como uma ação individual que se realiza a si próprio quando se tem autonomia, mas também como uma ação de reciprocidade que se presta ao outro temporariamente ou definitivamente, necessite ele de ajuda para a satisfação das suas necessidades vitais.

Com o decorrer do estágio a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas foi fortalecida, devido a estas situações serem uma constante. A destreza do pensamento aumenta e ajuda a delinear mentalmente prioridades para cada situação, traçando desta forma um plano de cuidados para aquele doente/família. Como descrito na OE, o enfermeiro na sua prática de cuidados identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do doente/família, elaborando um posterior plano de cuidados onde as suas intervenções devem ter como objetivo evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou diminuir os problemas reais identificados (OE, 2001). A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos da vida das pessoas.” (Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista - OE, 2010, p.2), sendo o foco de intervenção dos enfermeiros especialistas dirigido, “às respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde” (OE, 2009).

Em SU, em sala de reanimação o tempo é crucial, o que obriga ao enfermeiro um olhar atento e treinado, pelo que relevo a importância de desenvolver capacidades para estruturar uma metodologia eficaz na assistência ao doente/família, independente da sua situação.

A prática criada com as variadas situações vividas aliada à mobilização de conhecimentos e à pesquisa constante de novos saberes, com base na evidência científica atual, é importante para uma correta tomada de decisão. “A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática.” (OE, 2001, p.10).

Tendo como sustentáculo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aquando da construção do meu projeto, emergiram os objetivos que desenvolvi ao longo deste estágio: **Prestar cuidados especializados à pessoa/família em situação emergente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica na sala de reanimação; Promover a prevenção das infeções cruzadas, atuando no âmbito das Precauções Básicas.**

O intuito inicial, no SU, é abordar o doente indo ao foco do seu problema para aliviar-lo e ou curá-lo. Mas inserindo esta abordagem ao nível do paradigma da transformação muito mais há a fazer. O doente não é apenas uma dor ou uma hipertensão, e durante a estabilização do doente devemos olhar para o seu todo e não só para uma das suas partes.

Descrevo uma situação de estágio que reflete os vários tipos de olhar que repercutem os diferentes tipos de abordagem ao doente/família: deu entrada na sala de tratamentos laranja um doente idoso para realizar um penso na face pois tinha sido vítima de uma queda à saída de sua casa. Na abordagem inicial, durante a preparação do material para a realização do penso, observei e interagi com o doente e logo identifiquei que este tinha alteração do seu estado neurológico. Reportei a situação à Enfermeira Orientadora e referi que aquela queda poderia ser secundária a outro problema, ou seja, poderia não ter sido uma simples queda mas possivelmente secundária a um acidente vascular cerebral, com base na sintomatologia que o doente apresentava. Transferimos o doente para a sala de reanimação, ativamos a via verde AVC e desta forma conseguimos evitar mais riscos para aquele doente/família. O doente tinha sido triado para ser observado pela cirurgia mas após um olhar mais atento e global conseguiu-se detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou diminuir os problemas reais identificados. Esta situação reporta a importância do olhar atento e treinado do enfermeiro para conseguir identificar qual o foco do problema, para assim se conseguir delinear intervenções eficazes e estratégicas para cada doente. Cuidar em SU, numa sala de reanimação, onde o tempo é primordial e uma ação errada pode colocar a vida do doente em risco é muito stressante. Exige muito treino, conhecimento e uma vocação do enfermeiro para esta área.

Os enfermeiros têm a consciência que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, pelo que a sensibilidade de cada um para lidar com essas diferenças é fundamental. Cada doente tem o seu conceito de Saúde, cada um tem a sua representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e conforto emocional e espiritual. É um estado subjetivo, que não pode ser definido como o oposto ao conceito de doença. (OE, 2001). Os contextos sociais, culturais, económicos, científicos e políticos promoveram uma abertura e um movimento global das formas de pensar e de estar na enfermagem contribuindo para o desenvolvimento da mesma como disciplina e como profissão. “A natureza dos cuidados de enfermagem foi necessariamente influenciada por esta abertura para o mundo. Nesta perspetiva os cuidados visam manter o bem estar tal como a pessoa o define.” (Lopes, 1999, p.45). E o enfermeiro para conseguir dar resposta às necessidades do doente tem de dirigir os cuidados de enfermagem ao centro do seu exercício profissional, ou seja à relação interpessoal do enfermeiro com o doente/família. (OE, 2001). Waldon (2007) reforça o que referi, aludindo que o cuidar não se limita apenas a uma ação técnica, onde se realiza um procedimento, mas entra no universo onde a relação que se estabelece é essencial.

Independentemente de cada abordagem, todas as situações conferem um momento de rutura e de dependência do doente, segundo Collière (1989), a competência da enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que o doente não pode, temporariamente, assegurar por si. É aqui que o enfermeiro ocupa um lugar primordial, mesmo no SU, onde tudo se desenvolve a grande velocidade. Tem de existir tempo para olhar e observar o doente, respondendo as suas necessidades na sua totalidade. Meleis fortalece esta ideia, referindo que os enfermeiros são os principais cuidadores dos doentes/famílias, os quais estão a passar por processos de transição, observam as mudanças e exigências que as transições provocam e ajudam na preparação para as novas transições (Meleis et al., 2000).

Os doentes na maioria dos casos acede a este serviço via ambulância, e em situações mais emergentes são acompanhados pela equipa da VMER. Tive a oportunidade de vivenciar esta experiência e receber vários doentes críticos, acompanhados pela equipa da VMER transportados por helicóptero ou ambulância. Os doentes helitransportados, foram sempre situações de transferências de outros hospitais por estes não terem as valências necessárias ao seu tratamento.

As situações de grande trauma foram desafiantes e inicialmente complexas em termos de participação autônoma, por ser uma área em que eu apresentava pouca experiência, mas apoiada na pesquisa bibliográfica e na observação participativa e com a segurança que a Enfermeira Orientadora me transmitia, penso que soube ocupar um lugar no seio desta equipa, tendo conquistado de forma gradual, a confiança necessária para lidar com situações de tal delicadeza. A prestação de cuidados neste domínio permitiu-me desenvolver capacidades relacionadas com o “saber fazer”, nomeadamente a mobilização e transferência do doente, os cuidados imediatos (com vista à manutenção das funções vitais, minimizando as sequelas) e o seu encaminhamento, mas também com o “saber ser”, através das interações com os doentes e também com as famílias que nestas situações se encontram numa enorme fragilidade emocional.

O serviço de urgência é constituído por vários setores. A triagem, onde se realiza a entrevista inicial ao doente e se faz seleção de acordo com a Triagem de Manchester. Esta atribui uma cor, a qual esta diretamente relacionada com a gravidade de cada situação. A classificação vai desde a cor azul (não urgente), cor verde (pouco urgente), cor amarela (urgente), cor laranja (muito urgente) a cor vermelha (emergente). Nos turnos realizados neste setor foi possível perceber a importância da recolha de informação pertinente e adequada para poder encaminhar aquele doente. Existem múltiplas salas de tratamento as quais são identificadas de uma forma estratégica e facilitadora pelo nome da cor. Sala de tratamento onde ficam os doentes com prioridade laranja, que comporta sala de enfermagem, dois gabinetes médicos e uma sala de espera. Sala dos doentes de prioridade amarela, que comporta o serviço de radiologia, dois gabinetes médicos, uma sala de espera e um balcão para a enfermagem. E a sala dos verdes, que comporta sala de espera, quatro gabinetes médicos e um para a enfermagem. Sala de Tratamentos 3, com atendimento privilegiado às patologias do foro respiratório. Pequena Cirurgia, que compreende duas salas de atendimento. Outro setor é o SO, constituído por 16 camas equipadas com o mesmo tipo de monitorização que nas salas de reanimação á exceção de ventiladores. O serviço possui também duas salas de reanimação, uma com capacidade para dois doentes e a outra com capacidade para um doente. As necessidades são ajustadas à realidade imposta pelo serviço. Ambas estão equipadas com os meios de diagnóstico, de monitorização e ventilação, com o objetivo de ter os meios necessários para a abordagem do doente crítico.

**Prestar cuidados especializados à pessoa/família em situação emergente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica na sala de reanimação.**

Para este grande objetivo delinee os seguintes indicadores de processo: Conhecimento da dinâmica e dos protocolos de atuação na sala de reanimação; Integração na equipa com a finalidade de prestar cuidados diretos ao doente/família na sua globalidade; Identificação das prioridades no cuidado ao doente crítico, realizando a abordagem primária e secundária pelo algoritmo ABCDE; Prestação de cuidados adequados: Intervindo de forma atempada e correta com a finalidade de prevenir o agravamento do estado clínico; Antecipando situações de instabilidade clínica através de uma observação atenta e contínua; Monitorizando e avaliando o estado clínico do doente face às intervenções implementadas; Promovendo a interdisciplinaridade.

Na fase inicial de conhecimento do espaço, equipa multidisciplinar e dinâmica do serviço a Enfermeira Orientadora teve mais uma vez um papel fulcral. Durante o decorrer do estágio tive a oportunidade de passar por outros setores com o objetivo de conhecer e compreender melhor a dinâmica do SU, mas 90% dos turnos foram realizados na sala de reanimação, pelo que o objetivo está dirigido a esta. Durante as situações de emergência na sala de reanimação, a afluência da equipa multidisciplinar é elevada, pois assim as situações o exigem. Uma dificuldade inicial que senti foi, conseguir prestar cuidados diretos ao doente de forma organizada. É importante para o doente receber cuidados com qualidade e de forma atempada para prevenir o agravamento da situação. Mas a organização com que isso é feito, na minha perspetiva, nem sempre foi a melhor. A equipa de enfermeiros, médicos e AO tem de agir em conjunto e com a mesma finalidade, ou seja, prestar cuidados de qualidade e humanizados ao doente/família. O atendimento no SU requer um trabalho de equipa, este só será eficiente quando todos os seus membros forem capazes de atuar de modo global, o que implica um grande treino e espírito de cooperação (Lopez, 1989).

Descrevo uma situação de um doente que deu entrada na sala de reanimação, vítima de agressão por arma branca do que resultou uma ferida incisa profunda na região do pescoço. Uma ferida incisa com aproximadamente 25 cm de comprimento e 10 cm de profundidade. O risco de choque hipovolémico era elevado devido ao facto de apresentar hemorragia ativa. A especialidade cirúrgica e vascular observou o doente, e a prioridade era a estabilidade hemodinâmica daquele doente, sustendo a hemorragia e evitando o choque hipovolémico. Rapidamente me organizei com a equipa médica para trabalhar em conjunto nesse objetivo. Foi difícil trazer o carro de pensos até junto do doente devido ao elevado número de pessoas que estava na sala.

Estive sempre posicionada à cabeceira do doente, este estava consciente e rapidamente percebi que o meu objetivo ia mais além do que sustentar a hemorragia, pelo que promovi uma relação de ajuda com aquele doente onde toda a sua situação de doença e os procedimentos lhe foram explicados à medida que estavam a ser realizados. Tranquilizar o doente era fundamental para obter a sua colaboração e participação nos cuidados prestados. Meleis (2007) refere que o enfermeiro deve interagir com o doente, pois este faz parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença e vive uma transição real ou por antecipação. A interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

Apesar da importância de atuar com rapidez, não nos podemos esquecer que estamos a cuidar de pessoas, de seres humanos e como tal o cuidado tem de ser humanizado e adequado a cada caso, todos os pormenores são importantes. Pois só assim conseguimos responder às necessidades de cada doente. Waldow (2007) afirma que cuidar é um processo profissional de harmonização entre alguém que necessita de ser cuidado e outro que sente e reconhece que é capaz de satisfazer essa necessidade e requer do enfermeiro um envolvimento pessoal, social, moral, espiritual e técnico. Foi este envolvimento que procurei desenvolver quando quase todos se preocupam com a ferida a sangrar, e foi este envolvimento que me permitiu observar o doente e responder às suas necessidades com cuidados humanizados. O doente estava bastante queixoso e por isso pouco colaborante na realização das técnicas, pelo que foi reportado ao médico e sugerida medicação analgésica. E dando continuidade à intervenção interdependente foi preparada e administrada medicação analgésica e sedativa, as quais surtiram efeito e o doente ficou mais calmo e tranquilo, referindo melhoria da dor. Durante o procedimento fui mantendo sempre uma relação de ajuda com o doente, esclarecendo as suas dúvidas, com intuito de o tranquilizar, pois para além da dor e desconforto também estava bastante assustado e com medo perante todo o contexto da situação. Em paralelo fui colaborando com a equipa multidisciplinar. Durante o procedimento, no resto da sala a afluência da restante equipa multidisciplinar mantinha-se, assumindo já uma atitude de curiosidade invadindo a privacidade daquele doente. Em situações posteriores, e após a deteção deste problema na prática profissional, a forma de atuação foi diferente. Foi possível deste modo, alertar para metodologias em situações complexas de abordagens ao doente crítico diferentes e eficazes. Granitoff citado por Santiago (2006) descreve a importância do trabalho de equipa em situação de emergência, destacando a função do líder como fator determinante para bom desempenho do grupo.

Esta situação foi abordada numa reunião comigo, com a Enfermeira Orientadora, com o Enfermeiro Chefe do SU e o segundo elemento da equipa de enfermagem de forma a criar estratégias para atingir soluções. O objetivo era criar um modelo de assistência mais organizado ao doente na sala de reanimação. Pelo motivo tempo não consegui realizar esse projeto.

A estratégia para atuar sobre esta inconformidade foi a pesquisa de informação com base na evidência científica e posteriormente a transmissão à equipa dos artigos científicos pertinentes e atuais sobre a temática para que outro elemento possa desenvolver este projeto.

Descrevo outra situação, na sala de reanimação, um doente vítima de agressão por bala. Foi feito o contacto prévio pela equipa do pré-hospitalar, como é habitual, para que a equipa do SU fique avisada da sua chegada e assim preparada para o receber.

O setor onde estava distribuída a Enfermeira Orientadora é a sala de reanimação pelo que esse doente iria ficar sob o nosso cuidado. Vários colegas vieram disponibilizar ajuda mas foi-lhes transmitida a mensagem que não havia necessidade, mas que em caso disso seriam solicitados. Quando o doente deu entrada na sala de reanimação, consegui assumir o papel de líder e delinear mentalmente um plano de cuidados. Os cuidados de enfermagem foram prestados em parceria com a Enfermeira Orientadora. Após a observação e estabilização hemodinâmica do doente acompanhámo-lo à realização de ECD necessários e à sua transferência para o SO. Este doente esteve sempre consciente e estava bastante assustado com toda a situação. Através de uma comunicação eficaz todos os procedimentos lhe foram explicados à medida que eram realizados, o que lhe proporcionou a possibilidade de verbalizar as suas dúvidas, medos e angústias transitando para um estado de maior calma e segurança, confiando assim na equipa que lhe prestava cuidados. O cuidar envolve não só a parte técnica e prática, mas também todo um envolvimento pessoal e espiritual com aquele de quem cuidamos. Só conhecendo o outro podemos cuidar verdadeiramente dele. Reforçando a minha ideia, Watson (2002) refere que cuidados de saúde de qualidade são aqueles que respeitam de forma humanista o ser humano na sua totalidade.

Realizei transporte intra-hospitalar do doente crítico, tendo tido oportunidade de participar de forma ativa desde o planeamento das transferências até ao efetivar do transporte. Foram levadas a cabo as recomendações emanadas pela ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) e pelas GUIDELINES FOR THE INTER AND INTRAHOSPITALAR TRANSPORT OF CRITICALLY ILL PATIENTS, (Warren, 2004) e desenvolvi competências técnicas, promovendo o transporte calmo, seguro e a vigilância contínua do doente.

Aproveito aqui para referir Hesbeen, quando diz que “quem domina o complicado, o espetacular, é muito mais reconhecido – brilha mais – do que aquele que está em contacto com o complexo” (Hesbeen, 2003, p.37). Como processo complexo, Hesbeen (2003) dá o exemplo de ajudar alguém numa situação de vida que lhe é própria.

Sem dúvida que esta ideia ainda assombra muitos enfermeiros, mas ser melhor enfermeiro não é aquele que punciona uma veia à primeira tentativa, não é aquele que primazia o corpo objeto sobre o cuidar do corpo sujeito. Senão conhecermos quem cuidamos não estamos verdadeiramente a cuidar, estamos a fazer por fazer de forma automatizada e não diferenciada. Não pretendo com isto referir que fiz melhor que os meus pares, apenas fiz diferente e tentei alear toda as vertentes para um cuidado de excelência.

A competência da comunicação com os doentes/famílias em situação crítica foi para mim, futura enfermeira especialista, um instrumento valioso, destaco a utilização de técnicas de comunicação não-verbal bem como a utilização da escuta ativa, capacidade de clarificação, respeito pela pessoa, aceitação incondicional, compreensão empática e autenticidade. Utilizar a comunicação como “ferramenta” com o doente/família é fulcral no contexto da sala de reanimação, no sentido do desenvolvimento de confiança, demonstrando empatia, apoiando, ouvindo e respeitando os seus valores, sendo esta uma forma de explicar a relação de ajuda e de confiança (Phaneuf, 2005).

Sempre que ocorreu uma situação na sala de reanimação, posteriormente, conversei com a Enfermeira Orientadora no sentido de refletirmos de forma crítica o que aconteceu. A conversa abrangia várias perspetivas, desde a descrição da situação, dos sinais e sintomas apresentados, das possíveis complicações ou diagnósticos que podemos formular e também da forma de atuação e abordagem de toda a equipa perante o doente/família. Estes momentos eram muito enriquecedores pois partilhávamos ideias, opiniões, saberes e conhecimentos, os quais nos faziam refletir. Estes momentos de reflexão com a Enfermeira Orientadora, bem como toda a sua ajuda e disponibilidade foram fulcrais para a mudança do meu olhar sobre os cuidados que presto, tendo-me ajudado no meu crescimento como futura enfermeira especialista. A reflexão sobre a prática ajuda no desenvolvimento de competências e enriquece os conhecimentos, o que faz alterar perspetivas e visões, evoluindo com novos e melhores comportamentos. É fundamental uma atitude de reflexão e atualização constante para o trabalho que se realiza, sem dúvida que a formação contínua do enfermeiro é fundamental para que este mantenha a atualização de conhecimentos válidos para uma prestação de cuidados de excelência.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (2009), vem descrito no artigo 88.º, da excelência do exercício que o enfermeiro tem o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Pela certificação das competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos da vida das pessoas, (OE, 2010). Assim, e tendo em conta as minhas necessidades de formação e de aquisição de competências no âmbito da especialização em EMC, inclui na trajetória deste estágio, um aprimoramento não apenas teórico, mas conjugado com a prática, no cuidado ao doente em situação emergente e no âmbito da prevenção da infeção hospitalar para o qual delineei um projeto de intervenção, do qual resultou um segundo objetivo de estágio.

### **Promover a prevenção das infeções cruzadas, atuando no âmbito das Precauções**

#### **Básicas.**

No SU é preciso cuidar o doente crítico numa situação de doença súbita e a brevidade deste cuidado pode definir o seu sucesso, pelo que muitas vezes a prevenção de infeção assume um segundo plano. Contudo a brevidade dos cuidados é importante, mas a forma como se realizam ainda é mais importante, pois senão forem realizados de forma segura podem desenvolver outros riscos para aquele doente. No SU nem sempre é possível obedecer a práticas uniformizadas e sistemáticas, podendo resultar o incumprimento das normas de assepsia nos procedimentos necessários que garantam as funções vitais do doente, levando muitas vezes à ocorrência de infeções hospitalares.

Por outro lado temos o dever, enquanto enfermeiros de prestar cuidados de qualidade e seguros, pelo que o meu objetivo é sensibilizar a equipa numa perspetiva de mudar comportamentos, criticando-os de forma construtiva, para melhorar o cuidado ao doente e sua família no SU. Na opinião de Wilson (2003), a infeção hospitalar surge como uma complicação comum dos cuidados de saúde, sendo esta complicação evitável e reduzida.

Na entrevista inicial com a Enfermeira Orientadora e o Enfermeiro Chefe do SU expus o meu fio condutor, Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar. Pelo que me propus a intervir nessa área, devido á sua importância e pertinência na prestação de cuidados de qualidade com vista à promoção da segurança, tendo a ideia sido aceite pelo Enfermeiro Chefe.

A minha área de atuação, Prevenção da Infeção Hospitalar, surgiu no âmbito de melhorar a Qualidade dos Cuidados prestados de forma a diminuir as infeções cruzadas no serviço SU.

Este assunto tem sido muito debatido devido à sua extrema importância, e de acordo com as inconformidades verificadas neste serviço achei que seria pertinente abordá-lo. Esta é uma temática muito vasta e com várias áreas de atuação. Para melhor perceber qual a área que iria incidir realizei um simples diagnóstico de situação<sup>1</sup> no local, com a autorização do respetivo Enfermeiro Chefe do SU. Este diagnóstico estava dirigido às precauções básicas pois pela minha observação era uma área importante e com bastantes inconformidades, pelo que serviu como elemento de confirmação.

Após a análise dos resultados do diagnóstico de situação, confirmei a minha observação prévia e necessidade de trabalhar o tema - Precauções Básicas. Estas são consideradas como uma estratégia de primeira linha, para o controlo das IACS. São um conjunto de medidas que devem ser utilizadas por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde diretos em todas as unidades de saúde.

Tais medidas tem bastante impacto num serviço de elevada afluência e onde a historia clinica e o estado infeccioso do doente é desconhecida. As precauções básicas estão indicadas em situações de risco de exposição a: sangue e fluidos orgânicos; secreções e excreções; soluções de continuidade da pele e membranas mucosas. Todos estes riscos são uma constante no SU, como tal temos que adaptar medidas para proteger os doentes e os profissionais, evitando a infeção cruzada.

Os meus conhecimentos sobre esta temática não eram suficiente e atuais para poder transmitir aos outros profissionais de saúde qual a melhor forma de atuar. Desta forma, aprofundei conhecimentos nesta área com base na evidência científica, para poder transmitir os mais pertinentes e uteis para o benefício da equipa e para uma prestação de cuidados de qualidade. Pesquisei as normas atuais da OMS, as diretivas da DGS e quais as normas que estavam preconizadas no CHLN.

A sociedade atual exige cada vez mais, um conjunto de cuidados adequados as suas situações e necessidades e desta forma os profissionais que os realizam têm o dever de os prestar da melhor maneira pelo que surge a necessidade de formação e pesquisa constante dos conhecimentos mais atuais e válidos. Sousa (2003) refere que a formação contínua é importante no desenvolvimento pessoal e profissional de cada um, sempre com a finalidade de qualidade na prestação de cuidados.

Todas as pesquisas e artigos pertinentes e adequados, com base na evidência científica, foram compilados no Manual de Boas Práticas que realizei para o serviço.

---

<sup>1</sup> Apêndice N° 1

Neste manual inseri também algumas normas em vigor na CCI do CHLN e pela DGS. Esta necessidade surge como resposta ao descrito pela OE, onde refere que “A produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.” (OE, 2001, p.10). O objetivo foi partilhar com a equipa a informação pertinente e atual, pois o enfermeiro engloba os resultados da investigação na sua prática, na fase de implementação das intervenções no processo da tomada de decisão em enfermagem.

As precauções básicas englobam um vasto conjunto de medidas. Decidi abordar as mais pertinentes e uteis para o serviço, como tal incidi na higienização das mãos, no uso adequado dos EPI's e na manipulação dos corto-perfurantes, evitando acidentes por picada.

Como forma de justificar a escolha da higiene das mãos, relembro que as infeções provocadas por agentes resistentes demonstram que 30% a 40% são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde (DGS, 2007, p.7)

Os equipamentos de proteção individual são barreiras protetoras que devem ser adaptadas ao risco de exposição que o prestador de cuidados ira ser sujeito. No SU o risco de conspurcação com sangue e fluidos corporais é elevado, principalmente na sala de reanimação. Descrevo uma situação simples que vivenciei, deu entrada um doente vítima de acidente de viação. Este vinha estabilizado em plano duro e com colar cervical, na passagem entre planos um elemento ficou com a farda conspurcada com sangue.

Vários aspetos nos despertam a atenção neste comportamento, o risco a que o profissional se expôs, o risco de infeção cruzada e o risco daquele doente ter adquirido uma IACS. Durante a transferência do doente e após tal inconformidade ter decorrido a pessoa em causa olhou para mim. Eu percebi que ela tinha percebido que errou. O passo mais importante é reconhecer o erro e aceita-lo. Posteriormente refletimos em conjunto e discutimos a situação com o intuito de melhorar comportamentos e os cuidados prestados. O Enfermeiro Especialista tem que ser um profissional reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional baseada na prática.

A escolha de abordar o tema sobre a correta manipulação dos corto-perfurantes veio pela minha observação, pois no SU raramente a técnica com um corto-perfurante está excluída, pelo que o seu elevado manuseio aumenta o risco de acidentes.

Inicialmente, esta ação de formação<sup>2</sup> sobre as Precauções Básicas era dirigida aos enfermeiros. Mas após ter afixado os cartazes informativos das ações de formação fui abordada por vários AO, que demonstraram interesse em assistir à ação de formação, desta forma adequiei-a às duas equipas de profissionais. Tentei ser clara, sucinta e utilizar um discurso simples e perceptível para todos. A afluência foi de 30 profissionais em duas ações de formação, e no final a apreciação global foi boa por parte dos formandos. Como reforço desta opinião apresento os resultados ao questionário aplicado no final das ações de formação.<sup>3</sup>

Em suma medidas importantes que vão atuar na redução da infeção hospitalar são as Precauções Básicas. Dai a importância e adequação que dei a esta temática.

Procurei a sensibilização da equipa para a urgência de adequar comportamentos reforçando com a mensagem da DGS que refere que um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (DGS, 2007, p.4), pelo que está nas mãos e na consciência de cada um atuar neste sentido. Botelho (1998) refere que a ausência de infeção e outras complicações que possam resultar dos cuidados prestados pelos enfermeiros são um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com os conhecimentos e as competências que desenvolvi ao longo deste estágio tenho conseguido contribuir para a minha prática. Tem sido possível mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas, no sentido da antecipação de situações de instabilidade clínica e aplicação de habilidades em suporte avançado de vida, sendo estas atualmente desenvolvidas como prática mais consciente e mais segura. Encontro-me empenhada em continuar a sensibilizar os profissionais do meu serviço, nomeadamente no controle de infeção hospitalar dado que somos frequentemente confrontados com doentes vítimas de infeções nosocomiais e/ou multiresistentes, requerendo da nossa parte cuidados diferenciados no sentido da excelência das boas práticas.

---

<sup>2</sup> Apêndice Nº 2

<sup>3</sup> Apêndice Nº 3

## 2.2. MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

O mundo da infeção hospitalar é um mundo muito vasto e com muita importância na prestação de cuidados com qualidade e seguros. Este estágio para além de ser uma oportunidade no meu enriquecimento pessoal e profissional também é uma área de interesse.

O módulo opcional foi realizado na CCI do CHLN, no polo HPV de 20 de setembro a 10 de novembro de 2012. Inicialmente muitas dúvidas existiam sobre quais as funções desempenhadas na e pela CCI, as quais foram desmistificadas durante o período de estágio. Está delineado pelo CHLN que o objetivo da CCI é “*prevenir, detetar e propor medidas de controlo das infeções.*” CHLN (2008)

A Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar têm sido uma temática muito importante e bastante debatida em todo o percurso histórico da enfermagem. Esta temática começou em 1854 a ser trabalhada, com Florence Nightingale, a pioneira da enfermagem moderna. A sua prática foi desenvolvida com suporte na epidemiologia de forma a prevenir e controlar doenças infecciosas e infeções hospitalares. Semmelweiss trabalhou também a par com Florence, no mesmo objetivo, a prevenção e controlo das infeções.

As infeções hospitalares são então uma problemática do passado, presente e continuaram no futuro. Muito trabalho foi feito mas muito continua por fazer, pois com o passar do tempo e a evolução das espécies também os micro-organismos se desenvolveram e se tornaram mais resistentes, daí surge a grande importância de se atuar na prevenção e controlo das infeções de forma a evitar as suas propagações e multirresistências. O termo inicial atribuído às infeções adquiridas em meio hospitalar são as nosocomiais mas com o evoluir dos tempos surgiu o conceito IACS, este é mais completo pois engloba as nosocomiais e também as adquiridas em outra unidade prestadora de cuidados de saúde do ambulatório. (DGS, 2007)

As IACS podem servir como um indicador de avaliação na qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, interferem e dificultam os tratamentos dos doentes e são uma causa importante de morbilidade e mortalidade. Assumem também um papel principal a nível social, aumentando os custos económicos e humanos. (DGS, 2007)

A CCI do CHLN funciona em dois pólos, um no HSM e a outro no HPV. Faziam parte da equipa de enfermagem a enfermeira chefe e mais três enfermeiras. A minha orientadora inicial foi a Sra. Enfermeira Chefe, tendo ficado à posteriori com outro elemento do pólo HPV.

Foi um estágio que me permitiu uma grande aprendizagem pois compreendi e apreendi inúmeros saberes numa área tão vasta e importante para a prestação de cuidados seguros, esta foi a razão principal para a minha escolha por este campo de estágio. Outra razão foi pelo desconhecimento das inúmeras e variadas atividades realizadas por esta equipa, as quais fui conhecendo ao longo do estágio.

Os enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção e controlo das IACS, contribuindo assim para uma maior segurança nos cuidados a realizar aos doentes. No quotidiano dos enfermeiros, as IACS estão sempre presentes, pois é inerente à sua prática de cuidados.

Desta forma, reforço a necessidade que senti em aprofundar os meus conhecimentos nesta área com a finalidade de manter a segurança do doente, com os cuidados que presto. O meu objetivo, o meu projeto pessoal está relacionado com a especificidade do serviço: **Desenvolver competências na área da prevenção e do controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na CCI.** Para atingir este objetivo vou descrever os vários indicadores de processo que utilizei como estratégia.

Acompanhei a Sra. Enfermeira Orientadora nas suas variadas atividades de forma a conhecer as rotinas e os variados procedimentos realizados pela equipa. No primeiro dia de estágio tive uma reunião com as duas Enfermeiras do pólo HPV, onde me foi explicado as funções e a estrutura da CCI, as dinâmicas e quais os projetos que estavam a ser desenvolvidos.

Particpei com a Enfermeira Orientadora na Campanha das Mãos. Esta tem como objetivo a adesão de todos os serviços do CHLN à Campanha. A higiene das mãos de forma adequada e nos momentos certos é uma ação muito simples e tem um impacto significativo na diminuição das IACS. O grande objetivo é esse mesmo, diminuir a incidência das IACS, pois um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. (DGS, 2007). A realização da Campanha de Higiene das Mãos é uma das estratégias proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, da OMS que se denomina “*Clean Care is Safer Care*”. (DGS, 2011)

Cada serviço tem um ou mais elementos que são denominados pelas suas aptidões, gosto e formação para serem o elo de ligação com a CCI. Estes enfermeiros fazem formação neste âmbito e ficam aptos a realizar auditorias nos respetivos serviços sobre esta temática. Acompanhei a orientadora nas várias formações aos novos elos de ligação e posteriormente em auditorias de treino. As formações que assisti e as auditorias que participei facultaram-me o acesso a também ficar apta a realizar essas auditorias no meu serviço.

Frequentei também outra formação no centro de formação do CHLN – HSM, que se intitulava “Prevenção das IACS. Enfermeiros generalistas e futuros elos de ligação com a CCI”. Esta formação permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos e a aptidão para ser um elo de ligação com a CCI. Pelo que após este estágio fui solicitada pela Sra. Enfermeira Chefe do serviço onde desempenho funções em ser o novo elo de ligação da CCI.

Estive presente nas reuniões da equipa multidisciplinar da CCI. As reuniões tinham o objetivo de organizar e agendar futuras formações, rever ou reformular novas normas e falar sobre temáticas importantes. Durante o estágio os elementos da equipa de enfermagem tinham como objetivo reformular a norma de prevenção da infeção no doente algaliado, na qual eu também participei. Foi-me sugerido pela Enfermeira Chefe a realização de um folheto informativo para o doente algaliado no domicílio, como forma a completar a norma.<sup>4</sup>

Posteriormente também detive a oportunidade de colaborar com a Enfermeira Orientadora na realização da VE do hospital. A VE inicia-se através da consulta dos resultados laboratoriais de bacteriologia para encontrar resultados de bacteriémias. O sistema informático utilizado é o *CLINIDAT XXI*. Posteriormente é feito o contacto com os serviços para aviso prévio da situação. Acompanhei a Sra. Enfermeira Orientadora aos serviços respetivos de cada caso para completar os dados em falta do formulário, através da consulta dos processos clínicos. Nestas visitas havia sempre o contacto com a equipa de enfermagem no intuito de perceber quais as medidas adotadas pelos profissionais na Prevenção e Controlo da Infeção. Estes momentos também serviam para esclarecer algumas dúvidas existentes e para confirmar que as precauções utilizadas eram as corretas.

Este procedimento pressupõe proteger os doentes e os profissionais de uma forma efetiva e, desta forma, sensibilizar as equipas dos serviços para a melhoria contínua das práticas de Prevenção e Controlo das IACS, contribuindo para segurança dos doentes e profissionais de saúde. Como referido pela OE (2010, p.7) “*a segurança é fundamental à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem.*”

A VE é um componente fundamental da prevenção e controlo de infeções e consiste na recolha, registo e análise de informação sobre os doentes e infeções.

Requer um registo contínuo e sistemático, permitindo avaliar as taxas de infeção da instituição, com a finalidade de implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo das infeções nas unidades de saúde. (DGS, 2008)

---

<sup>4</sup> Apêndice N° 4

O serviço tem um vasto arquivo com as normas instituídas no CHLN, diretrizes da DGS, formações e artigos sobre varias áreas entre outros documentos. Foi uma mais valia ter podido aceder aquela mini biblioteca para além de toda a pesquisa atual de novas informações em artigos com base na evidência científica.

Como projeto de intervenção, decidi em conjunto com a equipa de enfermagem realizar um trabalho no âmbito da Prevenção da Infeção Urinária, visto ser uma temática de relevância, pois este tipo de IACS é das mais frequentes no âmbito nacional e atinge 80% da população institucionalizada. Sobre este mesmo tema abordei o ensino para o doente com a elaboração do folheto e fiz a ponte para o meu ambiente de trabalho com a mesma temática com o objetivo de melhorar as práticas e a qualidade dos cuidados prestados, na área de enfermagem e das A.O.

Sendo o meu segundo objetivo: **Promover as boas práticas ao doente algaliado, no contexto de trabalho, para prevenir a infeção urinária.**

Neste contexto apliquei os indicadores de processo que vou descrever. O primeiro passo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a temática. Só assim conseguia estar apta a poder atuar. De seguida analisei as normas e protocolos existentes no serviço, para verificar a sua atualidade e adesão. O diagnóstico de situação foi previamente feito durante os momentos em que estava na UCI. Sou enfermeira na prestação de cuidados no SMI-UCIP-HPV, serviço no qual realizei o estudo. No meu quotidiano observei algumas inconformidades na prática dos enfermeiros nesta área, (na inserção, manutenção e remoção da algália, colheita de urina), e também das assistentes operacionais (despejo dos sacos coletores e higienização dos recipientes utilizados). O objetivo de atuar neste campo é a promoção da segurança do doente e para tal sensibilizei a equipa para o risco das infeções urinárias, realizando observação dos procedimentos e posterior ação de formação. Previamente foi pedido à Sra. Enfermeira Diretora autorização para realizar o estudo.<sup>5</sup>

Iniciei o estudo de observação, no período de 9 a 30 de outubro de 2012, no meu contexto de trabalho, sobre as práticas realizadas pelos enfermeiros e pelas A.O., na prevenção da infeção urinária.

Desta forma criei uma grelha de observação/verificação para cada procedimento que queria avaliar.<sup>6</sup> Esta grelha está dividida em várias etapas, a fase da inserção, da manutenção e remoção do dispositivo. Também realizei uma grelha para a avaliação da realização das colheitas de urina e outra para os procedimentos realizados pelas A.O.

---

<sup>5</sup> Anexo N ° 1 e N° 2

<sup>6</sup> Apêndice N ° 5

As observações foram feitas em momentos durante o estágio e quando estivesse previsto a realização de alguma técnica seria contactada via telemóvel para me deslocar ao serviço. Toda a equipa de enfermagem e AO foi informada da realização do estudo e do que este consistia. A equipa foi bastante receptiva e colaborante e muitas vezes durante as observações eram-me colocadas questões e duvidas sobre quais as praticas mais corretas.

Apos terminar as observações, realizei uma análise dos resultados. De seguida elaborei com a cooperação da Sra. Enfermeira Orientadora uma ação de formação com base nos resultados observados comparando-os com o que esta atualmente preconizado, com base na evidencia científica.<sup>7</sup> Os resultados foram todos compilados em forma de artigo científico para publicação interna.<sup>8</sup> Esta ação teve o objetivo de fazer o cruzamento entre o que esta atualmente estabelecido, com base na evidencia científica, e a realidade da UCI.

A ação de formação teve uma adesão de dez profissionais. Os presentes acharam a ação pertinente e adequada<sup>9</sup>. Desta forma em conversa posterior com a Sra. Enfermeira Chefe foi-me solicitado a repetição da formação de forma a abranger a totalidade da equipa. A formação tornou-se obrigatória para todos os elementos. Após terem todos a formação avançarei então para as segundas observações. A ação de formação foi realizada, em diferentes momentos, à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais.

Como atividades futuras na UCI, e como futuro elo de ligação com a CCI, planeei em conjunto com a Enfermeira Chefe após toda a equipa ter assistido à ação de formação realizar novas observações para poder comparar os dados antes e após a ação de formação.

O terceiro objetivo está diretamente relacionado com a prevenção urinária e com uma técnica bastante realizada no SMI-UCIP-HPV, a avaliação da PIA. Pelo que o terceiro objetivo traçado é **Promover as boas práticas na avaliação da PIA**. Este parâmetro também foi avaliado nas observações e consequentemente na ação de formação. Como estratégia futura pretendo rever e reformular a norma de avaliação e monitorização da PIA que está em vigor no serviço e adequa-la com o controlo da infeção e testar novos sistemas de avaliação da PIA para diminuir a manipulação do dispositivo urinário na sua avaliação.

---

<sup>7</sup> Apêndice Nº 6

<sup>8</sup> Apêndice Nº 7

<sup>9</sup> Apêndice Nº 8



### 3. CONCLUSÃO

Todo este percurso foi fundamental para a aquisição, desenvolvimento e confirmação de competências enquanto enfermeira especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica. Segundo a definição da OE o enfermeiro especialista é aquele que “ *com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.* (OE,2010,p.2). A elaboração deste Relatório permitiu-me analisar e refletir sobre o percurso percorrido, o qual me deu grandes contributos no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo de cada estágio procurei dar cumprimento aos objetivos definidos no projeto respetivo.

A consciência da busca constante de novos conhecimentos com base na evidência científica foi a competência mais importante que adquiri. Foi este o recurso utilizado ao longo deste percurso quando uma área não me era tão familiar. A procura da temática, a atualização da sua pertinência fez em mim um crescimento a nível desses conhecimentos, um autodesenvolvimento, e uma capacidade de aplicabilidade na prática. Desta forma consegui adquirir esses conhecimentos e transferi-los para a prática de uma forma adequada e útil para o doente. Só com esta sede de conhecimento podemos responder ao doente com um cuidado de excelência. A capacidade de abordar novas situações e de apresentar um discurso fundamentado só é possível ao enfermeiro que tem esse saber.

O estágio no SU foi uma grande escola na aquisição e busca de novos conhecimentos, pois a variedade de situações aqui é vasta e complexa. É um serviço muito específico onde a aptidão do profissional é fundamental. Tive várias dificuldades no seu decorrer mas procurei sempre conseguir dar a melhor resposta ao que me era proposto, como descrevi anteriormente, e na sua globalidade sinto que consegui crescer e melhorar o meu olhar como enfermeira especialista.

Na atualidade os enfermeiros são o grupo profissional que passam mais horas junto dos doentes, na prestação de cuidados diretos, como tal assumem o papel fundamental na prevenção e controlo das infeções. O meu fio condutor deste trabalho tem como objetivo melhorar os cuidados de saúde prestados ao doente/família, para que estes sejam os mais seguros possíveis no âmbito da prevenção da infeção hospitalar.

A transferência dos conhecimentos adquiridos na CCI para o meu local de trabalho ajudou-me a desenvolver as competências adquiridas.

Contribuí para melhorar as práticas, no meu contexto, no âmbito da prevenção da infecção urinária, como descrito anteriormente. Também aproveitei a oportunidade de ser o novo elo de ligação com a CCI, tornando-me uma referência no meu contexto.

Considero ter atingido os objetivos definidos em cada projeto para cada campo de estágio, indo ao encontro das competências delineadas no plano de Estudo do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica de Natureza Profissional, da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde/ Escola Superior Politécnica de Enfermagem (UCP-ICS/ESPS).

Desde o início, que este curso contribuiu para a minha mudança e evolução pessoal e profissional, visando o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e humanas, com o objetivo de contribuir para a excelência do cuidar do doente/família. Apreendi novos conhecimentos teóricos o que foi a minha base para o saber, saber-fazer e saber ser enfermeiro.

Futuramente pretendo manter a mesma linha de aprendizagem e continuar neste percurso evolutivo dando o meu melhor contributo à enfermagem como profissão e ao doente, como destinatário da enfermagem e alvo da essência da profissão, o cuidar.

#### 4. BIBLIOGRAFIA

- Benner, Patrícia. (2001). De Iniciado a Perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto, ISBN 972-8535-97-X
- Bento, Luís e Moura, Rui (1997). Remuneração, Reconhecimento e Avaliação Profissional. Revista Dirigir. Lisboa. ISSN 0871-7354. N°50, julho/agosto. P.19-24.
- BOTELHO, José Rodrigues (1998) – Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Revista Servir. Lisboa. ISSN- 08712379 Vol.46, N.º5, Setembro-Outubro. P.262-266.
- CHLN. (2008a) - Centro Hospitalar Lisboa Norte. [Online] 2008. [Citação: 20 de dezembro de 2012.] Disponível em: <http://www.hsm.min-saude.pt/Default.aspx?tabid=1811&MenuActive=HospFuturo>
- CHLN. (2008b). - Centro Hospitalar Lisboa Norte. [Online] 2008. [Citação: 20 de dezembro de 2012.] Disponível em: <http://www.hsm.min-saude.pt/CentroHospitalarOrganizacao/OrgaosdeApoioTecnico/comissaoControlodaInfeccaoHospitalar/tabid/358/default.aspx>
- Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como Anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Disponível em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989) – Promover a Vida. Lisboa. Edição Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-95420-0-7.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) -Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa. Edição do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-757-109-3

- COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) - Cuidar... a Primeira arte da vida. 2ª. Lisboa. Lusociência. ISBN 972-8353-53-3
- DECRETO-LEI nº 74/2006. D.R I Série. 60 (2006-03-24) 2242-2257
- Dias, José (2004). Formadores: Que Desempenho? Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8383-75-6
- Direção Geral de Saúde. (2007) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. 2007.
- Direção Geral de Saúde. (2008). Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI).
- Direção Geral de Saúde. (2010). Circular Normativa N.º 13/DQS/DSD. *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. 2010.
- Direção Geral de Saúde. (2011). Campanha Nacional de Higiene das Mãos, Relatório 2011-2012.
- Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care, Catheterisation, Indwelling catheters in adults, Urethral and Suprapubic – February 2012, European Association of Urology Nurses
- Godinho, Natércia (2011). GUIA ORIENTADOR PARA ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ESCRITOS, BIBLIOGRAFIAS E CITAÇÕES. NP 405 (ISSO 690). Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Guideline For Prevention Of Catheter-associated Urinary Tract Infections. (2009). Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
- Hesbeen, Walter. (2003). A reabilitação – Criar novos caminhos. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-43-6
- Kérouac, Suzanne. et al. (1996) - El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-0365-3.

- Jones, M.L. (2004). Application of systematic review methods to qualitative research: practical issues. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.48, nº3, p.271-278.
- Lopes, Manuel (1999). *Conceções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral: Alguns Dados e Implicações*. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Ed. 121. Vol.1. ISBN: 123231232131231.
- Lopes, Manuel; Mendes, Felismina; Moreira, Antónia. (2009). *Saúde, Educação e Representações Sociais. Exercícios de diálogo e convergência*. Revista Formasau. Coimbra. ISSN: 978-989-8269-04-1. julho. Ed. 1. Vol.1. P.233-251
- Lopez, Mário. (1989) *Emergências médicas*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN - 8527701324
- Macphail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheely, Susan. *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-16-9 P. 5-7.
- MELEIS, Afaf et al (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº 1 (Sept. 2000), p. 12-28.
- MELEIS, Afaf (2007) *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins. ISBN 0-7817-5767-3
- MELEIS, Afaf (2010) – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 9780826105349
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001) - *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA*. Lisboa

- Phaneuf, Margot (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-84-3
- Pina, E., Silva, G. e Ferreira, E. (2010) Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Santiago, P. (2006). *Reanimação cardiopulmonary: Habilidades afetivas da equipa de enfermagem em terapia intensiva*. Universidade Federal de Minas gerais. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/PatriciaSarsur.pdf>
- Sheely, Susan (2001). Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática. 4ª Edição. Loures Lusociência. ISBN 972-8383-16-9
- Sousa, Maria (2003). A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspetivas do enfermeiro. Lisboa. Revista Nursing. Ano 15. março. Nº175. P.28-33. ISSN – 0871-6196
- Stoessel, Kathleen - Prevenção da Infecção Hospitalar: o desafio. Revista Nursing. 2008. Acedido em: 20 de março de 2013. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/article.php?a=64>
- Systematic Reviews (2009) – CRD’s guidance for undertaking reviews in health care. Centre for Reviews and Dissemination, University of York. ISBN 978-1-900640-47-3
- Timby, Barbara K., RN.C, BNS, MA. Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 6ª Edição, Artmed. Porto Alegre. 2001. ISBN 0-397-55168-1
- Waldow, Vera. (2007) Cuidar Expressão Humanizadora de Enfermagem. Petrópolis: Editora Vozes. ISBN 978-85-326-3311-8

- WATSON, Jean (2002) – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-33-6
- Wilson Jennie (2003). *Controlo de infeção na prática clínica*. 2ªEdição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-57-6 (confirmar nome do livro e edição)
- World Health Organization. (2002) *Prevention of Hospital - acquired infections: A Practical Guide*. 2nd edition.
- World Health Organization. (2007) *Epidemic and Pandemic Alert and Response. Health-care facility recommendations for standard precautions*.

## **ANEXOS**

**ANEXO Nº 1 - Pedido de autorização para realização do estudo**



Exma. Senhora Enfermeira Directora Catarina Batuca.

Direcção de Enfermagem

Vera Lúcia Dias Rodrigues, enfermeira na prestação de cuidados no serviço SMI – UCIP – HPV, número mecanográfico 38625, venho por este meio solicitar autorização para fazer um estudo com vista a observar/auditar as práticas de enfermagem e das assistentes operacionais, neste mesmo serviço.

Este estudo surge no âmbito de estágio que estou a realizar na CCI do CHLN – polo HPV, por estar a frequentar o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na UCP – ICS.

A observação consiste em presenciar as práticas de colocação, manutenção e remoção de drenagem vesical, com a finalidade de melhorar as mesmas.

Os resultados deste estudo vão ser trabalhados estatisticamente, de forma a quantificar os resultados das práticas. Se for oportuno estes mesmos dados poderão ser apresentados internamente em futuras apresentações da CCI.

Sem outro assunto.

Atentamente.

Vera Rodrigues

01.10.12

**ANEXO N° 2 – Autorização para realização do estudo**



**Para:** Exma. Senhora  
Enfermeira Vera Rodrigues  
Serviço de SMI - UCIP,  
Pólo Hospital Pulido Valente

**De:** CHLN/Pólo HPV – Direcção de Enfermagem

**Data:** Lisboa, 29 de Outubro de 2012

**Assunto:** Pedido de autorização para auditoria a práticas de Enfermagem e de Assistentes Operacionais, decorrente do estágio a realizar na CCI do CHLN – Pólo HPV, no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica na UCP – ICS.

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a observação das práticas relacionadas com a drenagem vesical, no Serviço SMI – UCIP, do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo HPV.

Os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

*Catarina Santos Bатуca*

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE Nº 1 – Diagnóstico de situação aplicado no SU**



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
Pulido Valente

## UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTECCÃO INDIVIDUAL

AMOSTRA – 10 enfermeiros de escolha aleatória

Observação efectuada: dia 7, 10 e 11 de Maio. Esta observação teve o objectivo de quantificar o meu diagnóstico de situação e foi realizado pela minha observação directa na sala de reanimação.

### 1. UTILIZAÇÃO DE AVENTAL:

Situação	NÃO	SIM
Entrada de doente	10	0
Prestação de cuidados	9	1

### 2. Utilização de máscara

Situação	NÃO	SIM
Entrada de doente	10	0
Prestação de cuidados	8	2

### 3. Utilização de luvas

Situação	NÃO	SIM
Entrada de doente	0	10
Prestação de cuidados	0	10
Entre procedimentos	10	0

### 4. Lavagem e desinfecção das mãos

Situação	NÃO	SIM
Antes do contacto com doente	10	0
Entre procedimentos	10	0
Depois do contacto com doente	0	10

**Análise:**

Apos esta observação detectei que havia uma necessidade da equipa na formação sobre equipamentos de protecção individual.

Na sala de reanimação 100% dos enfermeiros não utilizam avental quando entra um doente na sala de reanimação e 90% não utiliza avental aquando da prestação directa de cuidados.

Sobre a utilização de máscara de protecção, 100% dos enfermeiros não utiliza este EPI quando entra um doente na sala de reanimações e 80% não utiliza na prestação de cuidados directos.

As luvas é o EPI mais utilizado pelos enfermeiros, tendo 100% de adesão quando entra doente na sala e quando há necessidade de prestação de cuidados. Entre procedimentos não se verifica a troca de luvas.

Sobre a lavagem e desinfeção das mãos, 100% dos enfermeiros não o faz antes de abordar o doente e entre procedimentos. Apos contacto com o doente 100% dos enfermeiros faz lavagem ou desinfeção das mãos.

## **APÊNDICE N° 2 – Acção de formação no SU**



## AÇÃO DE FORMAÇÃO

# Prevenção da Infecção Hospitalar: Precauções Básicas

FORMADORA: VERA RODRIGUES

PROF.<sup>a</sup> TUTORA: DOUTORA HELENA JOSÉ

ORIENTADORA: ENF.<sup>a</sup> SUSANA NETO



### ● OBJETIVO GERAL:

- Sensibilizar a Equipa Multidisciplinar para a importância do uso das Precauções Básicas no Serviço de Urgência.

### ● OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Relembrar conceitos.
- Partilhar conhecimentos e práticas importantes sobre as Precauções Básicas.
- Elucidar para a importância das Precauções Básicas.
- Promover uma reflexão crítica e reflexiva acerca do nosso papel na Prevenção da Infecção Hospitalar no Serviço de Urgência.



## Vias de Transmissão

- Contacto direto
- Contacto indireto
- Gotículas
  - ✦ Partículas > 5 µm (exemplos – infeções respiratórias virais, gripes.)
  - ✦ Mascara cirúrgica quando contacto menos de 1 metro
- Via aérea
  - ✦ Transportadas pelo ar;
  - ✦ Partículas < 5 µm (exemplos - Tuberculose, Sarampo.)
  - ✦ Precauções adicionais
    - Respiradores de partículas
- Ingestão
- Via percutânea

## CONCEITOS

- **Colonização** - Presença de microorganismos nos tecidos ou fluidos orgânicos com crescimento ou multiplicação sem efeitos clínicos adversos e sem reacção imunitária detectável.
- **Contaminação** - Presença transitória de microorganismos na superfície do corpo sem invasão de tecidos e sem reacção fisiológica
- **Infeção** - Presença de microorganismos nos tecidos ou fluidos com replicação e com efeitos clínicos adversos.



## Precauções Básicas

- ⇒ Conjunto de medidas que devem ser utilizadas por todos os profissionais que prestem cuidados directos, onde haja manipulação de fluidos corporais (sangue, secreções, excreções), pele não intacta e mucosas.
- ⇒ Aplicados a todos os doente, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso.
- ⇒ Estratégia de primeira linha para o controlo das Infecções Associadas à Prestação dos Cuidados de Saúde (IACS).
- ⇒ Previne a transmissão de qualquer microrganismo:
  - ✓ Do doente para o profissional;
  - ✓ Do profissional para o doente;
  - ✓ De doente para doente.



## Higienização das mãos

☞ Medida simples na prevenção e controlo da infeção hospitalar

### 1. Desinfecção com SABA

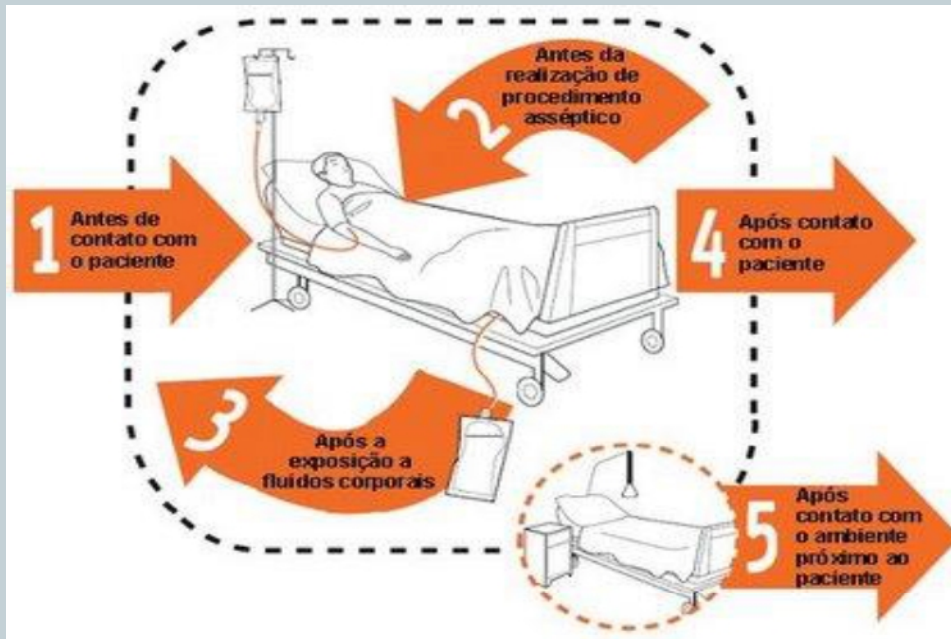
- 15 a 30 segundos;
- Mãos visivelmente limpas, isentas de resíduos orgânicos;
- Reduz carga microbiana e mais eficiente em estirpes multirresistentes.



### 2. Lavagem das mãos (água e sabão)

- 40 a 60 segundos
- Indicada em situações onde a pele está conspurcada com matéria orgânica visível.






## ➔ Outras situações para lavagem das mãos:

1. Início e fim do turno;
2. Antes e depois das refeições;
3. Antes e depois de ir ao Wc.



- Não esquecer de remover adornos (pulseiras, relógios, anéis e verniz...)!  




## Utilização dos Correctos Equipamentos de Protecção Individual (EPI)

- Adequar as barreiras protectoras aos procedimentos e à exposição;
- Retirar imediatamente EPI após os procedimentos e junto do doente; não passar com as barreiras de protecção de um doente para outro e entre procedimentos assépticos/limpos e sujos, no mesmo doente.

**Luvas  
Máscara/Ocúlos  
Bata e/ou avental**



## LUVAS



- Barreira de protecção das mãos do profissional;
- Reduz a transferência de microorganismos de doente para doente;
- Utilizar em casos de contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, pele não intacta, mucosas e na manipulação de materiais contaminados.
- Não manipular materiais ou objectos não contaminados com as luvas contaminadas
- Trocar de luvas
  - Entre doentes
  - Entre procedimentos no mesmo doente
  - Caso de ruptura

**Não dispensa  
lavagem das  
MÃOS**

## ● **AVENTAL ou BATA**

- Proteger os profissionais e doentes, minimizando a transmissão da infecção e contaminação do fardamento, do vestuário ou colonização da pele do profissional.



## ● **MÁSCARA**

- Usar máscara facial e/ou protectores oculares, se houver risco potencial de salpicos de sangue, fluidos orgânicos, secreções para a face.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



Hospital Pulido Valente

## Manipulação de Materiais Cortantes e Perfurantes

- Manipulação cuidada e mínima;
- Incorrecto recapsular agulhas;
- Eliminação em contentores próprios;
- Utilizar equipamentos seguros.





## BIBLIOGRAFIA

- CCHI – **A Lavagem e Desinfecção das Mãos**: Norma nº 3. Lisboa: Hospital de Santa Maria, 2002. Disponível em <http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Maos.pdf>.
- CDC - **Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the / HICPAC/ SHEA /APIC /IDSA Hand Hygiene Task Force**. MMWR Vol 51; No. RR-16 (2002); Disponível na Internet em <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
- DGS - **Circular Normativa. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**, Nº: 13/DQS/DSD, DATA: 14/06/2010. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- OMS – **PREVENÇÃO DE INFEÇÕES ADQUIRIDAS NO HOSPITAL: UM GUIA PRÁTICO**. INSA, 2002. Disponível na Internet em [http://www.insarj.pt/site/resources/images/pnci/man\\_oms.pdf](http://www.insarj.pt/site/resources/images/pnci/man_oms.pdf).
- PNCI - **Relatório de avaliação das estruturas e práticas para a higienização das mãos**. Lisboa: INSA, 2005. Disponível na Internet em <http://www.insarj.pt/site/resources/>
- PNCI - **Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde**. Lisboa: INSA, 2006. Disponível na Internet em [http://www.insarj.pt/site/resources/docs/PNCI/higienizacao\\_maos\\_pnci.pdf](http://www.insarj.pt/site/resources/docs/PNCI/higienizacao_maos_pnci.pdf)
- PNCI - **Recomendações para as precauções de isolamento**: Precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão. Lisboa: INSA, 2006d. Disponível na Internet <http://www.insarj.pt/site/resources/docs/PNCI/precaucbasicaspnci.pdf>



## AÇÃO DE FORMAÇÃO

# Prevenção Infecção Hospitalar: Precauções Básicas

FORMADORA: VERA RODRIGUES

PROF.<sup>a</sup> TUTORA: DOUTORA HELENA JOSÉ

ORIENTADORA: ENF.<sup>a</sup> SUSANA NETO

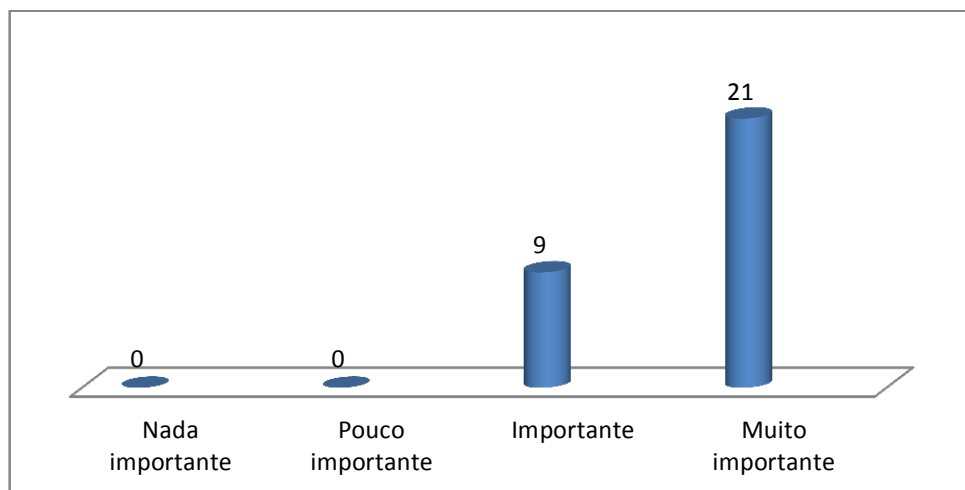
**APÊNDICE Nº 3 – Resultados dos questionários aplicados no final da  
formação do Apêndice 2**

## AÇÃO DE FORMAÇÃO

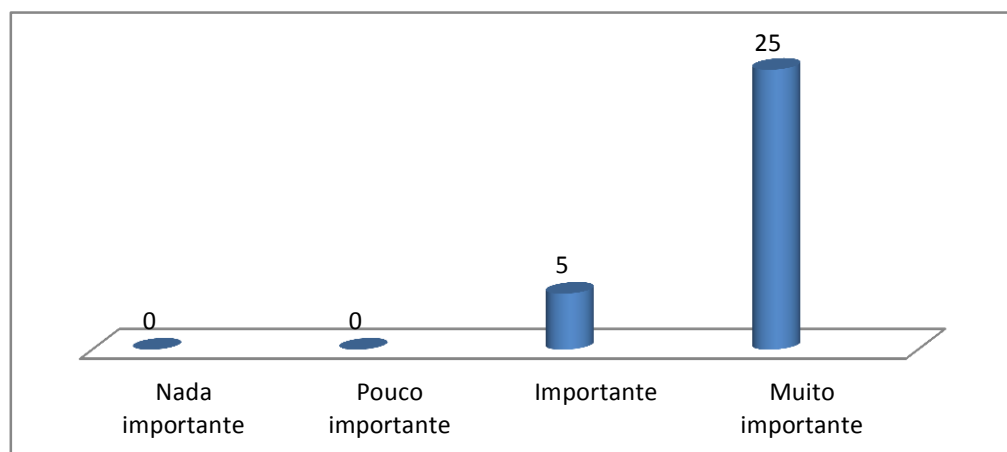
### PREVENÇÃO INFEÇÃO HOSPITALAR – PRECAUÇÕES BÁSICAS

#### QUESTIONÁRIO

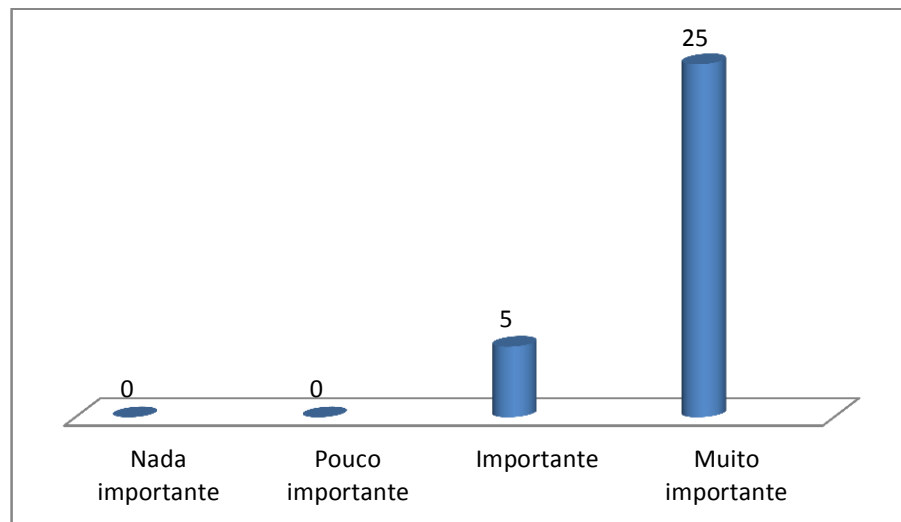
**1 – Que grau de importância atribui aos conteúdos adquiridos, na formação, para a sua prática diária?**



**2 – Que grau de importância atribui à utilização das correctas Precauções Básicas na sua prestação de cuidados?**



**3 – Classifique capacidade de exposição, clareza e domínio da formadora em relação às temáticas abordadas.**



**4 – Apreciação crítica da acção de formação e sugestões:**

- Tema relevante;
- Tema bastante importante e os conteúdos apresentados adequados ao contexto de urgência;
- Bom para relembrar conceitos e praticas;
- Utilizada linguagem objectiva e clara;
- Acção de formação objectiva e clara.

Obrigada.

Vera Rodrigues

**APÊNDICE N° 4 – Folheto – Cuidados na manutenção da algaliação  
permanente no domicílio**

## Cuidados Especiais

1. Reforço de líquidos de acordo com a indicação do profissional de saúde.
2. Manter higiene cuidada dos genitais.
3. Não utilizar desinfetantes sem prescrição médica.
4. Na troca do saco colector, não tocar com a ponta da algália e do novo saco em lado nenhum, para evitar o risco de infecção.
5. No homem a algália deve ser fixa na parte superior da perna ou inferior do abdómen e na mulher, na face interna da coxa.
6. Mantenha a vigilância correcta no seu Centro de Saúde, (a algália deve ser mudada periodicamente).

### **Procurar ajuda no seu C.S. quando?**

- ⊗ Saída frequente de urina por fora da algália.
- ⊗ *Presença de sangue dentro ou fora da algália.*
- ⊗ Alteração das características da urina (sedimento - areia ou pús, cor mais escura, cheiro mais intenso, menos urina que o habitual).
- ⊗ *Dor ou ardor na zona genital.*
- ⊗ Febre.
- ⊗ *Saída accidental da algália*
- ⊗ Necessidade de colocar nova algália, pois esta técnica deve ser executada por profissionais de saúde.

Motivo de algaliação \_\_\_\_\_ Tipo e Nº \_\_\_\_\_

Data de algaliação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Mudança de algália \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
Pulido Valente

## **CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DA ALGALIAÇÃO PERMANENTE NO DOMICÍLIO**

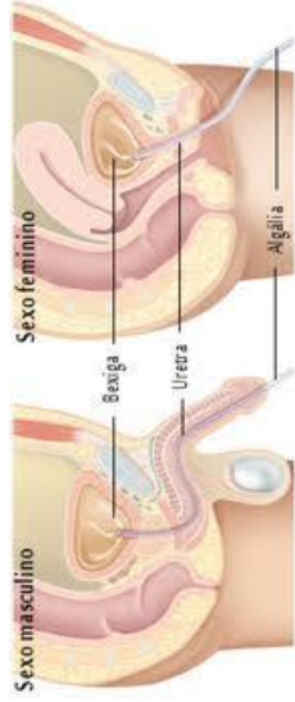
### Dúvidas e mitos

*Elaborado no âmbito de estágio na  
C.C.I. do CHLN - Polo HPV, pela aluna  
de mestrado Vera Rodrigues, sob  
orientação Professora Pontífice Sousa e  
da Enfª Paula Almeida e Sónia Albano.*



UNIVERSIDADE INSTITUTO DE  
CATOLICA CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

A **algáliação** consiste na introdução estéril (livre de microorganismos) dum **algália** através da uretra até à bexiga, permitindo a saída constante da **urina**. Contudo a permanência deste tubo pode facilitar a entrada de alguns microorganismos, pelo que deve ter todos os cuidados descritos para evitar uma **infecção urinária**.



A **algália** fica na bexiga porque possui um balão que não permite a sua saída espontânea. Isto só acontece quando este é esvaziado.

Desta maneira deve ter todo o cuidado quando mexe na algália. Evite **puxões** para não causar traumatismo/ferida na uretra e saídas acidentais da **algália**.

A **algália** vai ficar ligada a um saco, **saco coletor**, onde a urina vai ficar armazenada.

= **ATENÇÃO** =

**Sempre que manipular o sistema de drenagem de urina lave as suas mãos, antes e depois, de forma a evitar infecções.**



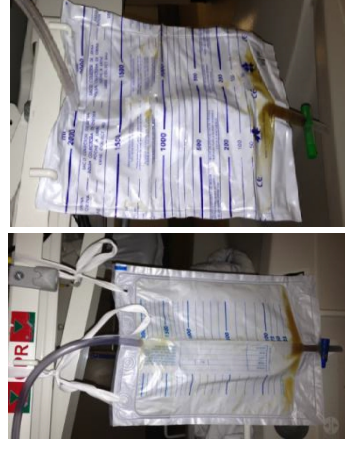
Existem sacos com válvula que permitem o seu esvaziamento. Desta forma a urina deve ser despejada na sanita sem tocar com a válvula nos bordos da mesma.

**Se possível escolha os sacos com válvula de despejo.**

A troca dos sacos deve ser feita quando danificados ou sujos. No máximo entre 5 a 7 dias no caso de possuírem válvula.

Ambos os sacos devem ser trocados ou esvaziados quando o nível de urina atingir mais de metade.

Os sacos colectores devem estar **sempre** abaixo do nível da bexiga, mas sem tocar no chão, para permitir uma melhor drenagem da urina e os tubos **nunca** podem estar dobrados.



## APÊNDICE Nº 5 – Grelhas de Observação



	Técnica de Algáliação								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>PROCEDIMENTOS</b>									
A cateterização é feita após considerar métodos alternativos									
Selecciona o tipo da algália de acordo com duração prevista e situação do doente									
Selecciona o calibre da algália de acordo com o sexo e a patologia									
Prepara o material adequado para realizar técnica (luvas, compressas, campo, lubrificante individual, algália e saco colector, estéreis. Seringa com água destilada estéril)									
Transporta e acondiciona o material em tabuleiro ou carro									
Higieniza as mãos									
Coloca EPI									
Lava os genitais com água e sabão antes do procedimento									
Retira luvas não estéreis									

Legenda: Sim  Não  N/A •

avental

luvas











Remove EPI																		
Higieniza as mãos																		
Regista nas notas de enfermagem																		

Grupo de profissionais observados - enfermeiros



	Despejo dos Sacos									
	Colectores/Urimiter									
PROCEDIMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Higieniza as mãos										
Utiliza EPI necessários avental luvas										
Despeja o saco colector quando apresenta mais de 2/3 da sua capacidade										
Utiliza um recipiente individual para cada saco (saco despejo ou jarro)										
Desinfecta a torneira de drenagem com compressa embebida em álcool a 70° antes de abrir										
Faz o despejo com jarro sem tocar com a torneira no recipiente										
Desinfecta a torneira de drenagem com compressa embebida em álcool a 70° depois de fechada										
Despeja urina na pia de despejos nos sujos										
Coloca saco de esvaziamento vazio em saco de lixo branco										

Legenda: Sim  Não  N/A •



**APÊNDICE Nº 6 – Acção de formação no SMI-UCIP-HPV**



## ACÇÃO DE FORMAÇÃO

# Boas Práticas na Prevenção da INFECCÃO URINÁRIA RESULTADO DAS AUDITORIAS

FORMADORA: VERA RODRIGUES

PROF.<sup>a</sup> TUTORA: PATRÍCIA PONTIFICE

ORIENTADORA: ENF.<sup>a</sup> PAULA ALMEIDA E SÓNIA ALBANO



## OBJECTIVOS

1. Apresentar o enquadramento das orientações para a prevenção da infecção relacionada com o cateter urinário
2. Divulgar as grelhas utilizadas na observação
3. Apresentar os resultados das observações às práticas relacionadas com inserção, manutenção e manuseamento do dispositivo urinário
4. Refletir sobre os resultados obtidos no serviço
5. Uniformizar as boas praticas

# Contextualização



- Auditorias realizadas no mês de Outubro no Serviço SMI – UCIP – HPV
- Categorias observadas: Enfermeiros e AO

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE	 HOSPITAL DE SANTAMARIA	 Hospital PulidoValente	 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA	 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE					
<b>Legenda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A •</b>				<b>Técnica de Algáliação</b>					
<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
A cateterização é feita após considerar métodos alternativos									
Selecciona o tipo da algália de acordo com duração prevista e situação do doente									
Selecciona o calibre da algália de acordo com o sexo e a patologia									
Prepara o material adequado para realizar técnica (luvas, compressas, campo, lubrificante individual, algália e saco colector, estéreis. Seringa com água destilada estéril)									
Transporta e acondiciona o material em tabuleiro ou carro									
Higieniza as mãos									
Coloca EPI									
	avental								
	luvas								
Lava os genitais com água e sabão antes do procedimento									
Retira luvas não estéreis									
Higieniza as mãos									
Abre o material, mantendo-o estéril									
Higieniza as mãos									

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim	Não
<b>A cateterização é feita após considerar métodos alternativos</b>	1	1 Algaliação por rotina na entrada

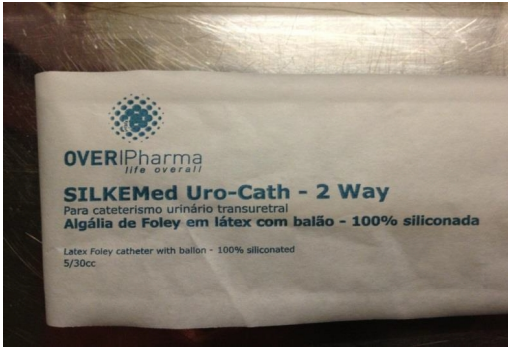
- Algaliar só quando for estritamente necessário, considerando métodos alternativos.

## Inserção da algália – 2 Observações

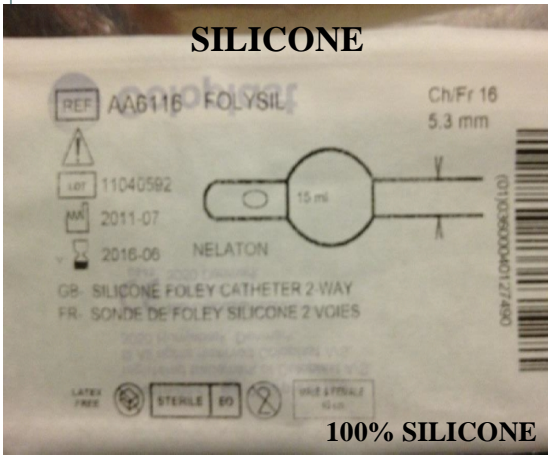
Item observado	Sim
Selecciona o tipo da algália de acordo com duração prevista e a situação do doente	2



- **Látex** – Cada vez menos utilizado devido à sua rápida degradação e pela facilidade em acumular resíduos urinários na sua superfície interna.



**Dispositivos  
de Latex  
+  
Revestimento  
Silicone**



- Material mais duradouro por reduzir a incrustação nas suas paredes.
- Hipoalergénico
- Menos flexível
- Pode causar dano uretral na sua remoção devido ao cuff ficar um pouco distendido
- Risco de perda de água do cuff e migração da algália para uretra.

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
<b>Selecciona o calibre da algália de acordo com o sexo e a patologia</b>	2

- Recomendado para a mulher nº12 a 14
- Recomendado para homem nº14 a 16

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
Prepara o material adequado para realizar técnica	2

- Luvas esterilizadas e de tamanho adequado;
- Compressas esterilizadas;
- Campo esterilizado;
- Lubrificante individual;
- Algália e saco colector estéreis;
- Seringa com água destilada estéril.

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim	Não
<b>Transporta e acondiciona o material em tabuleiro ou carro</b>	1	1 Material transportado nas mãos, encostado à farda

- O material deve ser transportado em segurança, de forma a preservar a integridade e esterilidade .



## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim	Não
<b>Higieniza as mãos antes do contacto com o doente</b>	1	1

O primeiro momento da **HIGIENE DAS MÃOS**  
**Antes do contacto com o doente**



## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
<b>USA AVENTAL E LUVAS</b>	2

Os EPI devem ser utilizados como barreiras protectoras para o profissional e doente

Item observado	Não
<b>Lava os genitais com água e sabão antes do procedimento</b>	2 Por se apresentar visivelmente limpo

Realizar a higiene do períneo com água e sabão antes da técnica, com luvas limpas

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
<b>Abre o material, mantendo-o estéril</b>	2

- Técnica asséptica
- Não esquecer de higienizar novamente as mãos, antes de abrir o material e antes de iniciar a técnica

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
<b>Coloca luvas esterilizadas</b>	2

Técnica asséptica

Item observado	Sim
Limpa o meato urinário com SF	2

- A limpeza do meato urinário antes da algaliação deve ser com soro fisiológico

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
<b>Algália em circuito fechado</b>	2
<b>Mantem técnica asséptica durante todo o procedimento</b>	2

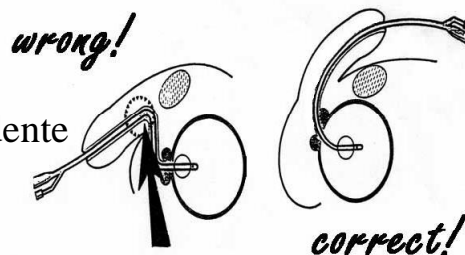
Diminui o risco de migração bacteriana, via ascendente

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Não
<b>Fixa a algália após ter terminado o procedimento</b>	2

A fixação da algália no homem deve ser na região infra-abdominal e na mulher deve ser na face interna da coxa

1. Evita a mobilização da algália na uretra
2. Diminui a migração de microorganismos via ascendente
3. Diminui o risco de traumatismos por tração
4. Diminuindo assim o risco de infecção urinária



## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
<b>Coloca urimiter abaixo do nível da bexiga e verifica a permeabilidade</b>	2

- A colocação do urimiter abaixo do nível da bexiga evita o refluxo urinário
- A verificação da permeabilidade previne a estase urinária e episódios de urina extra algália

## Inserção da algália – 2 Observações

Item observado	Sim
<b>Remove EPI no local</b>	2

- O EPI é de uso único
- Deve ser descartado na unidade do doente
- Evitar a infecção cruzada

Item observado	Sim
<b>Higieniza as mãos</b>	2

### **Terceiro Momento da Higiene das Mãos**

Após exposição/risco a fluídos corporais



**Fazer registos sobre o procedimento, intercorrências, informações sobre cateter utilizado.**

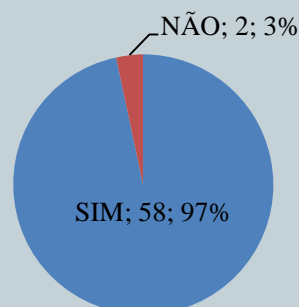
Legenda: Sim  Não  N/A •

Manutenção do Dispositivo Urinário

PROCEDIMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verifica diariamente a necessidade de manter dispositivo										
Higieniza as mãos antes da manipulação do dispositivo										
Higieniza as mãos após a manipulação do dispositivo										
Realiza a higiene genital diária e em SOS										
Mantem a algália fixa										
Muda o urimiter quando existe sedimento, obstrução ou estiver danificado										
Muda o urimiter respeitando as regras de assepsia										
Mantém o urimiter abaixo do nível da bexiga										
Mantém o sistema de drenagem de urina sem obstruções										
Mantém o circuito fechado										
Em caso de desconexão, algália/urimiter, repõe o circuito desinfetando as conexões com álcool a 70°										
Quando coloca sistema de PIA, respeita as regras de assepsia										
Quando avalia a PIA, faz desinfecção da torneira antes de abrir										

## Manutenção do Dispositivo Urinário – 60 Observações

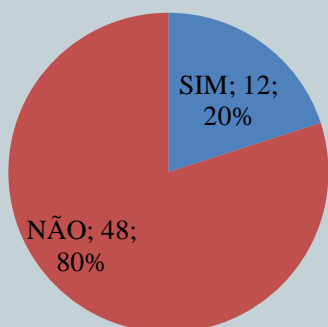
### Verifica diariamente (cada turno) a necessidade de manter dispositivo



- Reduzir o número de horas de algaliação = redução do risco ITU
- Muito importante adequar as necessidades às circunstâncias
- Temos que nos questionar, e avaliar em cada turno a necessidade de manutenção do dispositivo

## Manutenção do Dispositivo Urinário – 60 Observações

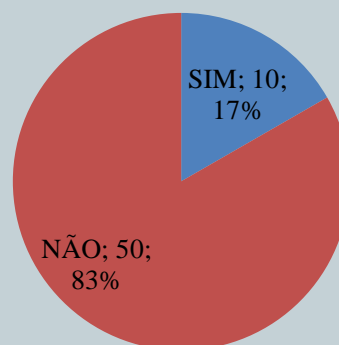
**Higieniza as mãos antes da manipulação do dispositivo**



**2º Momento** Higiene das Mãos  
Antes de procedimentos limpos

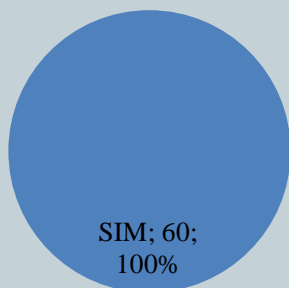
**3º Momento** Higiene das Mãos  
Após risco de exposição a fluidos orgânicos

**Higieniza as mãos após a manipulação do dispositivo**



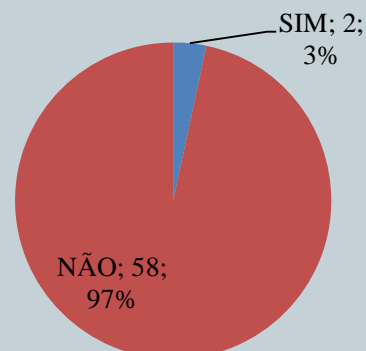
## Manutenção do Dispositivo Urinário – 60 Observações

**Mantem a higiene genital cuidada (realização diária e em SOS)**



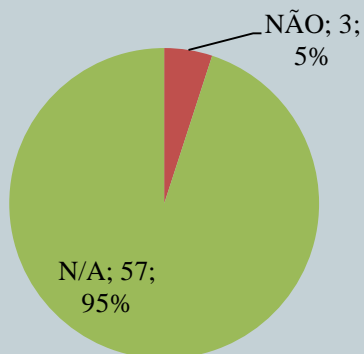
A higiene deve ser realizada com água e sabão sempre que necessário

**Mantem a algália fixa**



## Manutenção do Dispositivo Urinário – 60 Observações

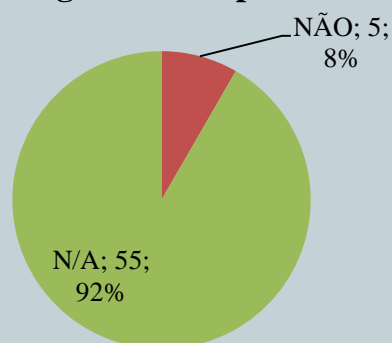
### Muda o urimiter quando existe obstrução ou estiver danificado



- 3 situações justificavam a mudança do urimiter, (alteração da coloração do urimiter por concentração e sedimento), a qual não foi realizada.

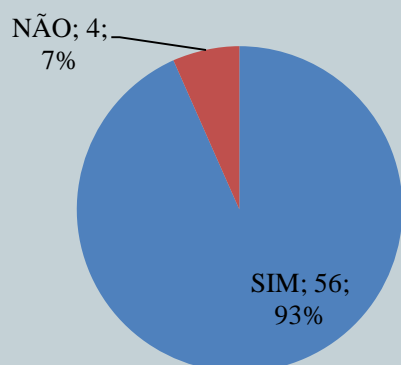
5 situações que não justificavam a mudança do urimiter – exemplo: entrada do doente algaliado já com urimiter

### Muda o urimiter respeitando as regras de assepsia

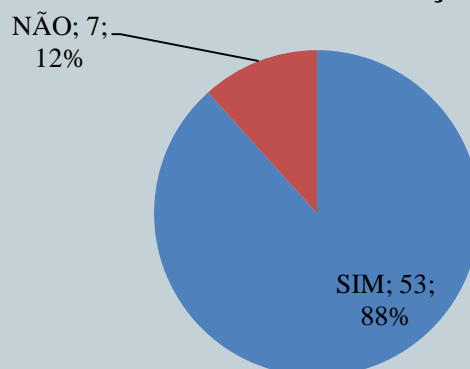


## Manutenção do Dispositivo Urinário – 60 Observações

### Mantém o urimiter abaixo do nível da bexiga



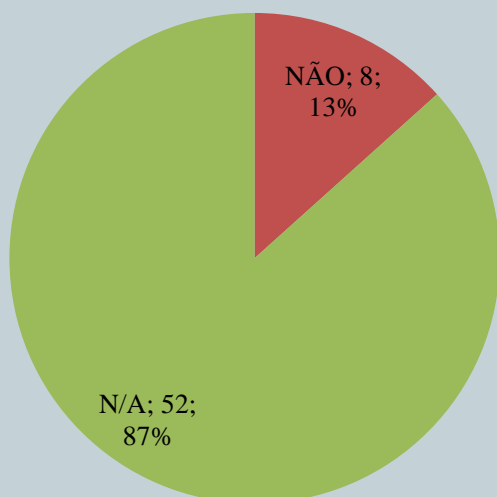
### Mantém o sistema de drenagem de urina sem obstruções



Exemplos: doente entrado e nas transferências, com saco colector no leito sem estar clampado

## Manutenção do Dispositivo Urinário – 60 Observações

**Em caso de desconexão, algália/urimiter, repõe o circuito desinfetando as conexões com álcool a 70º**

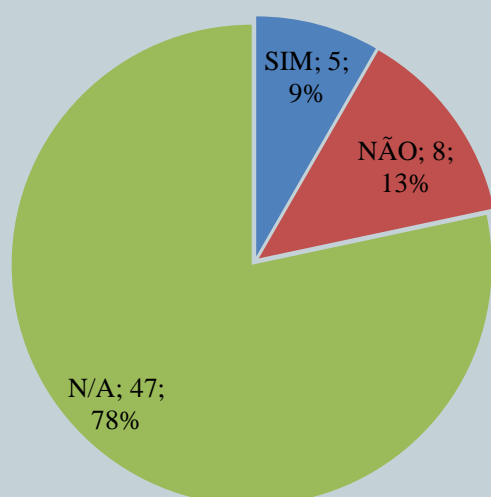


- 5 situações de troca de urimiter
- 3 situações para colocação do Dispositivo da PIA (pressão intra-abdominal)



## Manutenção do Dispositivo Urinário – 60 Observações

**Quando avalia a PIA, faz desinfecção da torneira antes de abrir**



### Princípios a respeitar na Adaptação da PIA

1. Adaptar sistema com técnica asséptica / no-touch
2. Desinfetar as conexões com álcool a 70º antes de repor o sistema;

### Princípios a respeitar na Avaliação da PIA

1. Desinfecção antes e depois de aceder à torneira, com compressa com álcool/clorexidina
2. Seringa esterilizada e de uso único

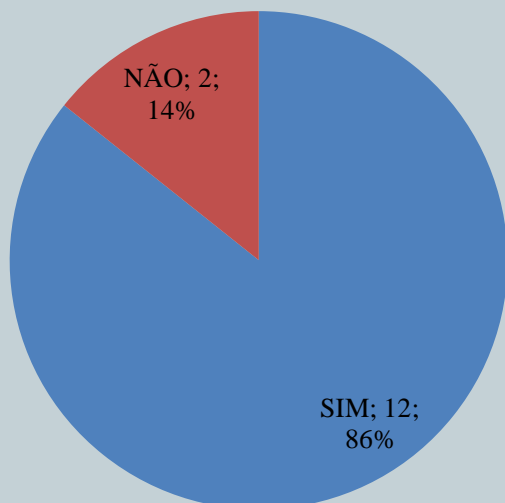
Legenda: Sim  Não  N/A •

Colheita de Urina (Urocultura e Tipo II)

PROCEDIMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prepara o material										
Clampa a tubuladura										
Higieniza as mãos										
Utiliza EPI										
avental										
luvas esterilizadas										
Higieniza as mãos										
Desinfecta o dispositivo próprio a puncionar na algália com álcool a 70°										
Colhe urina para monovet adequada com agulha esterilizada										
Colhe urina para recipiente esterilizado e posteriormente aspira com agulha esterilizada para monovet										
Desclampa a tubuladura										
Remove EPI										
Higieniza as mãos										
Regista nas notas de enfermagem										

## Colheita de Urina – 14 observações

### Prepara o material

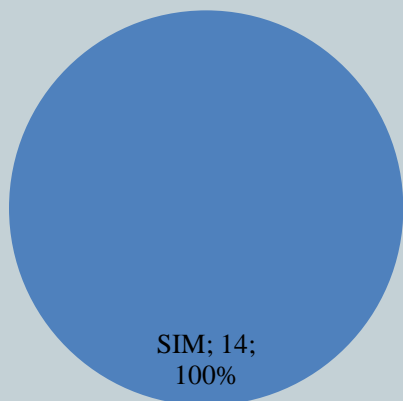


O esquecimento de algum material pode comprometer a manutenção da técnica asséptica. Colheita asséptica ou de Tipo II – realizadas por punção no local adequado do dispositivo.

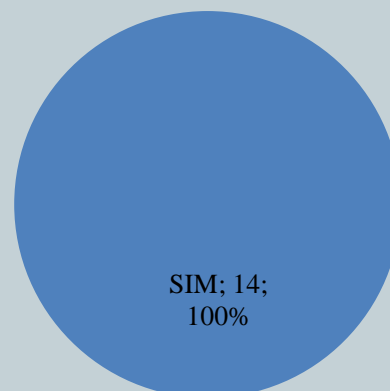


## Colheita de Urina – 14 observações

### Clampa a tubuladura



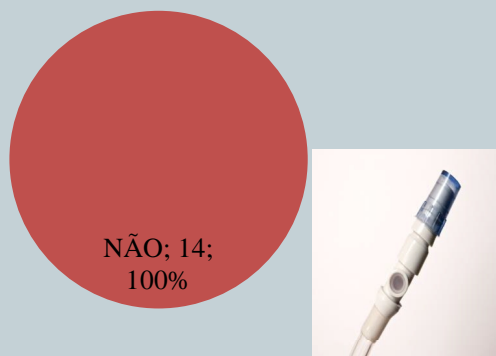
### USA EPI (Luvas limpas e Avental)



*Luvas limpas implica o uso de técnica no-touch*

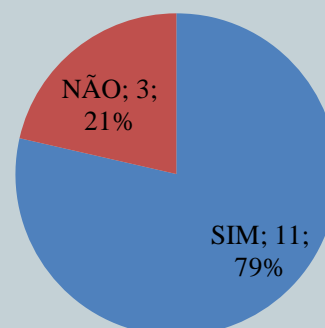
## Colheita de Urina – 14 observações

### Desinfecta o dispositivo próprio a puncionar na algália com álcool a 70°



A utilização da clorexidina não está preconizada. Pode falsear os resultados.

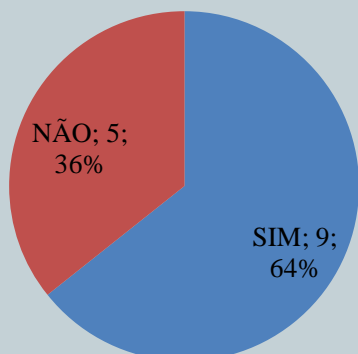
### Colhe urina para monovet adequada com agulha esterilizada



Utilização de método alternativo aumenta o risco de contaminação

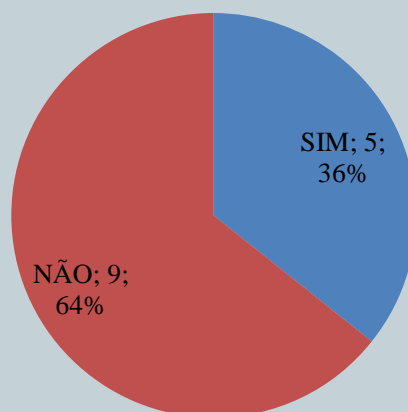
## Colheita de Urina – 14 observações

### Remove EPI



Não é obrigatório trocar de avental se vai continuar na prestação de cuidados ao mesmo doente e se o avental não estiver conspurcado

### Higieniza as mãos



**3º Momento** Higiene das Mãos  
Após risco de exposição a fluidos orgânicos

## CONCLUSÕES

### • O QUE PODEMOS MELHORAR??

1. Higiene das mãos
2. Fixação da algália
3. Colocação e avaliação da PIA de forma asséptica
4. Manutenção e mudança do urimiter apenas quando necessário

### COMPROMISSO

1. Novas observações
2. Revisão da norma da PIA

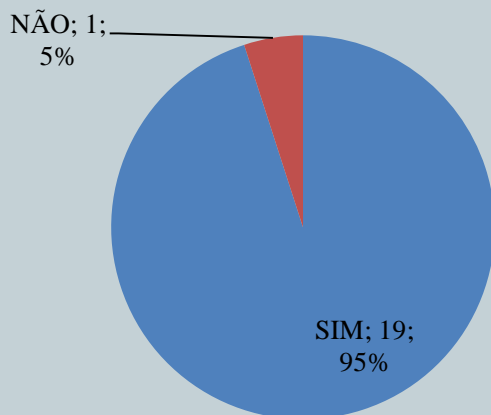
Legenda: Sim  Não  N/A •

Despejo dos Sacos Colectores/Urímiter

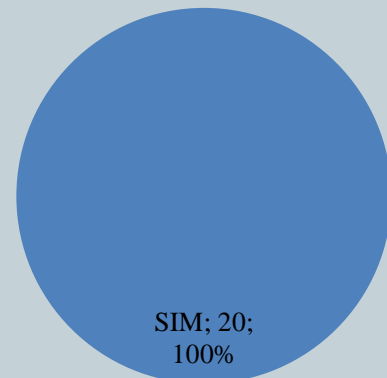
PROCEDIMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Higieniza as mãos										
Utiliza EPI necessários										
Despeja o saco colector quando apresenta mais de 2/3 da sua capacidade										
Utiliza um recipiente individual para cada saco (saco despejo ou jarro)										
Desinfecta a torneira de drenagem com compressa embebida em álcool a 70° antes de abrir										
Faz o despejo com jarro sem tocar com a torneira no recipiente										
Desinfecta a torneira de drenagem com compressa embebida em álcool a 70° depois de fechada										
Despeja urina na pia de despejos nos sujos										
Coloca saco de esvaziamento vazio em saco de lixo branco										
Procede à descontaminação do jarro individualizado (água e detergente + enxaguamento, secagem)										
Descontaminação do jarro na alta (limpeza com água e detergente + enxaguamento + desinfecção NaDCC a 1000ppm durante 10minutos + enxaguamento)										
Retira EPI no local										
Higieniza as mãos										

## Despejo dos sacos colectores – 20 observações

USO EPI (AVENTAL)



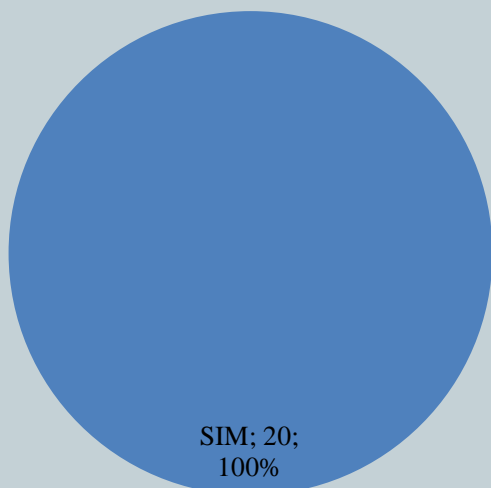
USO EPI (LUVAS)



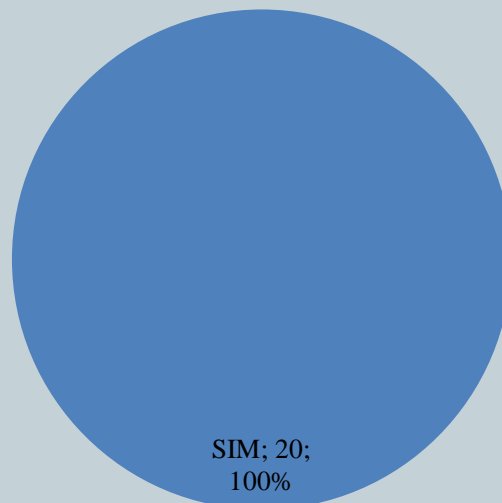
Utilizar avental/luvas limpas de acordo com o risco de ocorrência de salpicos

## Despejo dos sacos colectores – 20 observações

Despeja o saco colector quando apresenta mais de 2/3 da sua capacidade

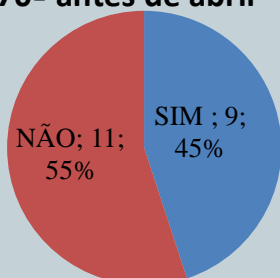


Utiliza um recipiente individual para cada doente (saco despejo ou jarro)

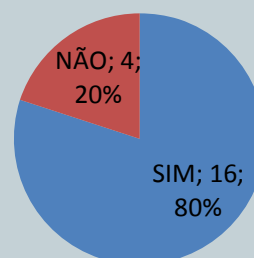


## Despejo dos sacos colectores – 20 observações

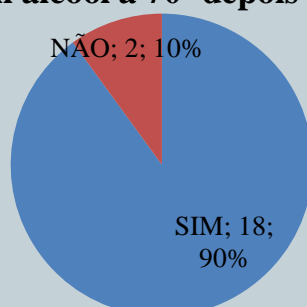
Desinfecta a torneira de drenagem com compressa embebida em álcool a 70º antes de abrir



Faz o despejo com jarro sem tocar com a torneira no recipiente



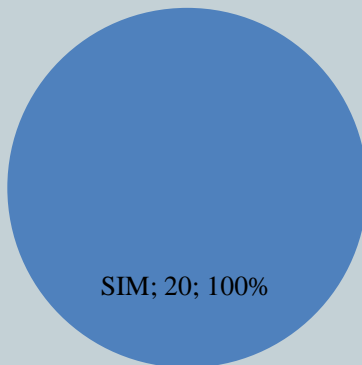
Desinfecta a torneira de drenagem com compressa embebida em álcool a 70º depois de fechada



## Despejo dos sacos colectores – 20 observações



### Despeja urina na pia de despejos nos sujos



Os sacos de despejo devem ser despejados na pia antes de serem colocados no lixo (saco branco)

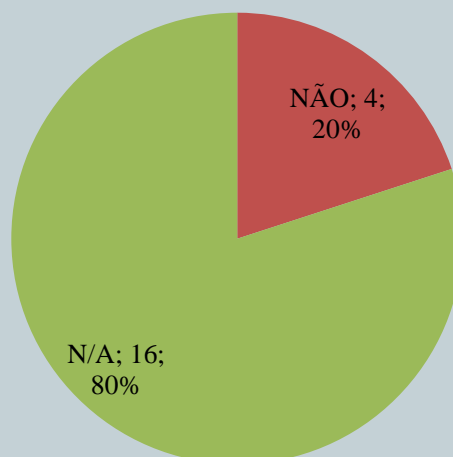
## Despejo dos sacos colectores – 20 observações



**Procede à descontaminação do jarro individualizado (água e detergente + enxaguamento, secagem)**

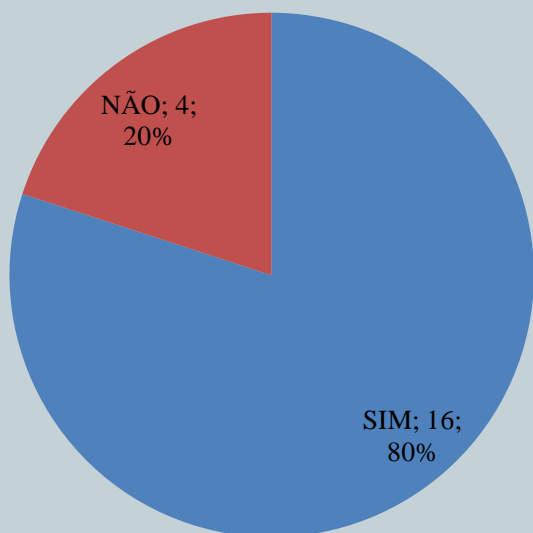


**Descontaminação do jarro na alta (limpeza com água e detergente + enxaguamento + desinfecção NaDCC a 1000ppm durante 10 minutos + enxaguamento)**

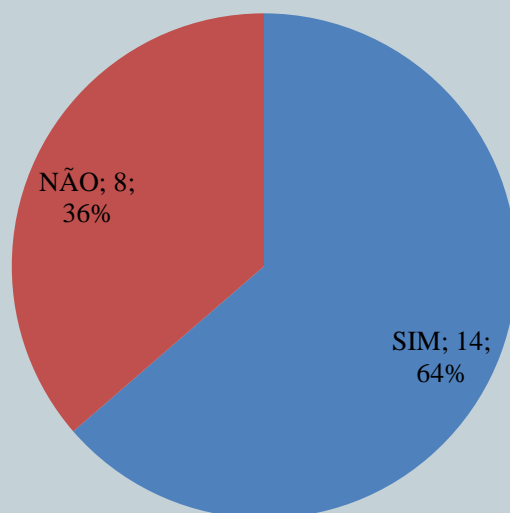


## Despejo dos sacos colectores – 20 observações

### Retira EPI no local



### Higieniza as mãos



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DGS - Circular Normativa. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Nº: 13/DQS/DSD, DATA: 14/06/2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access>
2. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care, Catheterisation, Indwelling catheters in adults, Urethral and Suprapubic – February 2012, European Association of Urology Nurses
3. Guideline For Prevention Of Catheter-associated Urinary Tract Infections, 2009, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
1. PNCI- Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: INSA, 2006. Disponível na Internet em [http://www.insarj.pt/site/resources/docs/PNCI/higienizacao\\_maos\\_pnci.pdf](http://www.insarj.pt/site/resources/docs/PNCI/higienizacao_maos_pnci.pdf)



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
**SANTAMARIA**



Hospital  
Pulido Valente

**ACÇÃO DE FORMAÇÃO**

**Boas Práticas na Prevenção da  
INFECÇÃO URINÁRIA  
RESULTADO DAS AUDITORIAS**

FORMADORA: VERA RODRIGUES

PROF.<sup>a</sup> TUTORA: PATRÍCIA PONTIFICE

ORIENTADORA: ENF.<sup>a</sup> PAULA ALMEIDA E SÓNIA ALBANO

**APÊNDICE Nº 7 – Artigo - A relação da prática com a teoria sobre  
dispositivos urinários no SMI-UCIP-HPV-CHLN**

# **A relação da prática com a teoria sobre dispositivos urinários no SMI-UCIP-HPV-CHLN**

Maria Paula Almeida, Patrícia Pontífice, Sónia Abano, Vera Rodrigues

## **RESUMO**

### **INTRODUÇÃO**

A infeção urinária continua a atingir uma das maiores percentagens de incidência das IACS. Os cuidados a ter com os dispositivos urinários são vastos e podem-se dividir em várias etapas, tais como: a sua colocação, manutenção e remoção. Associado ao risco de infeção urinária também é importante a manipulação dos sacos coletores e seu correto despejo bem como os métodos corretos para realizar colheitas de urina.

### **METODO**

Integrado no estágio da CCI, procurámos identificar através da observação das práticas dos enfermeiros e assistentes operacionais do SMI-UCIP-HPV-CHLN os conhecimentos e práticas relacionadas com a colocação, manutenção e remoção dos dispositivos urinários, bem como a manipulação dos sacos coletores no seu despejo e a forma de realizar as colheitas de urina.

### **RESULTADOS**

Os resultados com mais percentagem de não adesão foi a higienização das mãos nos seus cinco momentos, a não fixação do dispositivo na colocação e manutenção do mesmo, a colocação e avaliação da PIA de forma asséptica e a mudança do saco de drenagem apenas quando necessário.

### **CONCLUSÃO**

Os resultados obtidos demonstram inconformidades sobre a temática observada. A estratégia foi a realização de ações de formação para a melhoria e alteração de comportamentos. As grelhas realizadas e utilizadas podem servir para posteriores auditorias realizadas pela CCI no âmbito da prevenção e controlo das infeções urinárias.

Palavras Chave: Enfermagem, Infeção urinária, prevenção e controlo de infeção.

## **Introdução**

Os internamentos prolongados estão relacionados com vários fatores, sendo o mais determinante as IACS, as quais são um indicador de qualidade na avaliação dos cuidados prestados, pelo que a prestação de cuidados do enfermeiro e dos outros grupos profissionais pode ser uma consequência direta das IACS. Estas podem servir como um indicador de avaliação na qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, interferem e dificultam os tratamentos dos doentes e são uma causa importante de morbidade e mortalidade. Assumem também um papel principal a nível social, aumentando os custos económicos e humanos. (DGS, 2007)

O termo inicial atribuído às infeções adquiridas em meio hospitalar são as nosocomiais mas com o evoluir dos tempos surgiu o conceito IACS, este é mais completo pois engloba as nosocomiais e também as adquiridas em outra unidade prestadora de cuidados de saúde do ambulatório. (DGS, 2007)

As infeções das vias urinárias assumem o segundo lugar, com uma percentagem de 23,8% da totalidade das infeções nosocomiais. (Pina, 2010)

De acordo com o ultimo boletim trimestral da CCI do CHLN, as IACS localizadas nas vias urinárias assumem 19%. (CHLN, 2010)

Os enfermeiros assumem aqui um papel preponderante pois tem a responsabilidade de planear as suas intervenções de forma a prevenir a infeção urinária. O fator extrínseco mais preponderante é o dispositivo urinário, pelo que este aspeto é fundamental quando cuidamos de doentes algaliados, assumindo 21,71% nos fatores de risco. (CHLN 2010). Todas as intervenções relacionadas com a algaliação é exclusiva dos enfermeiros, desde a sua colocação, manutenção e remoção. Cabe também ao enfermeiro a supervisão das assistentes operacionais no correto manuseio dos sacos de drenagem.

Em serviços mais complexos o recurso às técnicas invasivas tem maior percentagem o que afeta proporcionalmente o risco de IACS. As unidades de cuidados intensivos conseguem atingir o primeiro lugar com uma prevalência de 39,7% de infeções nosocomiais. (Pina, 2010).

As Guidelines for Prevention of Cateter Associated Uninary Tract Infections estabelecem orientações específicas para a utilização de dispositivos urinários. (CDC, 2009). Estas orientações visam o esclarecimento das técnicas preventivas da infeção associadas ao dispositivo urinário.

O propósito deste estudo foi atuar de forma preventiva na prestação de cuidados de enfermagem relacionados com o dispositivo urinário de forma a diminuir as IACS, visto que estas infeções associadas à algaliação não são completamente evitáveis mas podem ser minimizadas.

A colocação de dispositivos urinários é uma prática muito utilizada pelos enfermeiros, onde em muitas situações não se ponderam métodos alternativos e em outras situações as normas mais atualizadas não são conhecidas e por isso não são praticadas. O método, a frequência, o tempo de algaliação e a qualidade dos cuidados durante a sua manutenção determina o maior ou menor risco de infeção do trato urinário, ou seja, a adequação das necessidades à realidade das situações determina o risco de infeção do trato urinário.

## **Método**

Integrado na Especialidade Médico – Cirúrgica da UCP - ICS no âmbito de estágio da Comissão de Controlo de Infeção, procurámos identificar junto dos enfermeiros do SMI-UCIP-HPV-CHLN os conhecimentos práticos relacionados com a colocação, manutenção e remoção de dispositivos urinários, bem como os procedimentos nas colheitas de urina. O grupo profissional das assistentes operacionais também foi observado no manuseio e despejo dos sacos coletores. Para isso elaborámos uma grelha de observação, com base nas guidelines atuais, para poder caracterizar os comportamentos observados. Apesar de a algaliação ser uma técnica antiga e bastante recorrente, conseguimos observar na nossa prática de cuidados diários várias inconformidades.

## **Resultados**

As observações foram realizadas entre 9 e 30 de outubro no SMI-UCIP-HPV-CHLN. A primeira etapa está relacionada com a **Colocação do Dispositivo Urinário**, onde foram feitas duas observações. Um parâmetro a considerar antes de realizar o procedimento é a ponderação se a cateterização é mesmo necessária, e considerar os métodos alternativos. 50% dos enfermeiros ponderaram métodos alternativos. Depois de ter a certeza que deve realizar a técnica invasiva deve ponderar o tipo e o calibre do dispositivo urinário de acordo com a duração prevista, sexo e situação clínica do doente e 100% dos enfermeiros fê-lo. O material deve ser previamente preparado e transportado até a unidade do doente de forma a manter a sua esterilidade. 100% dos enfermeiros preparou o material mas apenas 50% o transportou de forma adequada até a unidade do doente.

Os EPI devem ser colocados antes da entrada na unidade do doente e antes de sair da mesma. 100% dos enfermeiros cumpriu este procedimento antes e depois de ir realizar a cateterização

urinária. A utilização dos corretos EPI's previne a infecção cruzada e são fundamentais na prevenção e controlo da infecção hospitalar.

A higienização das mãos foi cumprida na totalidade antes e depois de realizar a técnica. O segundo momento da higienização das mãos é antes de procedimentos limpos ou assépticos e o terceiro momento após risco de exposição a fluidos orgânicos.

Está preconizado antes da realização do procedimento a lavagem dos genitais com água e sabão e antes da técnica a limpeza com soro fisiológico, 100% dos enfermeiros não lavou previamente os genitais mas os mesmos 100% limpam o meato urinário com soro fisiológico antes da introdução do dispositivo urinário. (CHLN, 2012)

A cateterização deve ser realizada em circuito fechado e mantida de forma asséptica, para diminuir o risco de migração bacteriana via ascendente. 100% dos enfermeiros cumpriu estes dois itens. Após o procedimento o dispositivo deve ser fixo de forma correta dependente do sexo do doente, com a finalidade de evitar a sua mobilização na uretra e assim diminuir a migração de micro-organismos via ascendente com o intuito de diminuir a infecção urinária. Este procedimento também diminui o risco de traumatismo por tração. 100% dos enfermeiros não realizou este procedimento. O saco coletor deve ficar colocado abaixo do nível da bexiga e sem obstruções, de forma a evitar refluxo urinário e estase urinaria respetivamente. A totalidade cumpriu este procedimento.

### **Foram realizadas 60 observações sobre a Manutenção do Dispositivo Urinário.**

Apesar de o doente estar algaliado devemos em cada turno avaliar se esta necessidade se mantem, ou seja, a redução do numero de horas de algaliação reduz o risco de infecção urinária, pelo que devemos adequar as necessidades às circunstâncias. 3% dos enfermeiros não cumpriu este item e 97% sim.

Novamente surge a higienização das mãos, nos seus vários momentos, 20% dos enfermeiros higieniza as mãos antes da manipulação do dispositivo, que corresponde ao segundo momento, antes de procedimentos limpos. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos, ou seja o terceiro momento, apenas 17% higienizou as mãos após manipulação do dispositivo urinário e 83% não. A higiene genital deve ser cuidada e realizada diariamente e sempre que necessário com água e sabão, e 100% dos enfermeiros cumpriu este item. O dispositivo deve ser fixo após a sua colocação e assim deve ser mantido, onde apenas 3% da equipa cumpriu e 97% não.

Os sacos coletores de urina devem ser trocados quando estão obstruídos ou danificados, em três situações que se deveria ter realizado este procedimento tal não foi feito. Na mudança do saco coletor as regras de assepsia tem que ser respeitadas e nas cinco observações que foram

feitas, pois nas restantes não era aplicado, não foram cumpridas as regras de assepsia e também não havia necessidade da sua troca.

O saco de drenagem deveria ficar pendurado abaixo do nível da bexiga, 93% dos enfermeiros cumpre, e sem obstruções, onde 88% também cumpre.

Numa situação de desconexão do circuito este deve ser repostado com desinfecção prévia das extremidades com álcool a 70°, se tais não tocarem no chão ou não tiverem ficado conspurcadas. Nas 8 situações observadas este procedimento não foi realizado e nas restantes 52 a situações não se aplicou.

Na avaliação da PIA a torneira que permite a sua avaliação tem de ser desinfetada antes da sua abertura. Foram observadas 13 situações de avaliação da PIA, onde 5 dos enfermeiros desinfetaram a torneira e 8 não.

Forma realizadas **14 observações** sobre **Colheitas de Urina em doentes algaliados**, as quais devem de obedecer às regras de assepsia preconizadas para evitar resultados falseados e para evitar o arrastamento de micro-organismos para o interior do circuito de drenagem. O material deve ser preparado previamente antes da colheita, 86% dos enfermeiros fê-lo. Antes da colheita de urina a tubuladura deve ser clampada para se obter a urina pretendida para a colheita. 100% cumpriu este item bem como a utilização de EPI's adequados para a sua realização. O dispositivo próprio para a realização da colheita de urina é desinfetado com álcool a 70°, onde em 100% das situações não se verificou, tendo-se optado pela solução de clorexidina que esta contra indicada devido a falsear os resultados.

A colheita deve ser realizada para a monovet adequada com agulha esterilizada evitando métodos alternativos que podem aumentar o risco de contaminação. 79% das colheitas foram assim realizadas.

Sobre a supervisão do desempenho das assistentes operacionais no **Manuseio dos Sacos Coletores** também foi criada uma grelha para caracterizar os procedimentos. Foram realizadas 20 observações. 100% das assistentes operacionais utiliza luvas para realizar o esvaziamento dos sacos coletores e 95% utiliza também avental devido ao risco de salpicos, visto o despejo ser para um jarro de vidro.

O despejo só deve ser realizado quando o saco coletor atinge dois terços da sua capacidade e 100% cumpriu este item, bem como a utilização de um jarro individual para cada doente.

A torneira de drenagem deve ser desinfetada com álcool a 70° antes e depois da sua utilização, 45% cumpriu antes de abrir a válvula de despejo e 90% cumpriu depois de fechar a válvula de despejo. Durante o despejo 80% das assistentes operacionais realizou o despejo sem tocar com a válvula no jarro de despejo. Após o despejo de urina do saco coletor a urina

transportada no jarro deve ser despejada na pia de despejos, onde 100% cumpriu este ponto. Para evitar o manuseio dos jarros e minimizar o risco de infecção foram adquiridos pela chefe do serviço, após uma conversa com a mesma sobre a importância de adquirir sacos de despejo descartáveis e de uso único. Este foi um ponto forte de mudança de comportamentos visto a descontaminação dos jarros não ser realizada em 100% dos casos de forma eficaz e correta. No momento da alta o mesmo jarro deveria ser submetido a uma diferente descontaminação e nas quatro situações aplicáveis tal não se realizou. 80% das assistentes operacionais retira os EPI's no local e apenas 64% higieniza as mãos após o procedimento descrito.

## **Conclusão**

Este artigo pretende modificar comportamentos no serviço SMI-UCIP-HPV-CHLN e posteriormente em toda a instituição. Pretende-se levar a cabo as observações aos outros serviços e atuar estrategicamente na formação para colmatar as inconformidades detetadas.

Existem muitos mitos, conceitos e ideias já desatualizadas sobre os tipos de dispositivos urinários existentes na instituição, bem como quais os mais adequados a utilizar em cada situação clínica e a sua durabilidade. A fixação do dispositivo urinário é uma prática que caiu em desuso erradamente e atinge os 100% de não adesão na sua colocação. Os métodos de colheita de urina também atingem percentagens elevadas pois não são realizadas de acordo com o preconizado pelas guidelines atuais.

Essencialmente este trabalho teve como fundamentação teórica as seguintes guidelines Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care, Catheterisation, Indwelling catheters in adults, Urethral and Suprapubic – February 2012, European Association of Urology Nurses e Guideline For Prevention Of Catheter-associated Urinary Tract Infections, 2009, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.

## **BIBLIOGRAFIA**

- CHLN. (2010). - Centro Hospitalar Lisboa Norte. Disponível em: [http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Boletim\\_Comissao\\_julho\\_a\\_setembro\\_2010.pdf](http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Boletim_Comissao_julho_a_setembro_2010.pdf)
- Direção Geral de Saúde. (2007) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. 2007.
- Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care, Catheterisation, Indwelling catheters in adults, Urethral and Suprapubic – February 2012, European Association of Urology Nurses
- Guideline For Prevention Of Catheter-associated Urinary Tract Infections. (2009). Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
- Pina, E., Silva, G. e Ferreira, E. (2010) Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

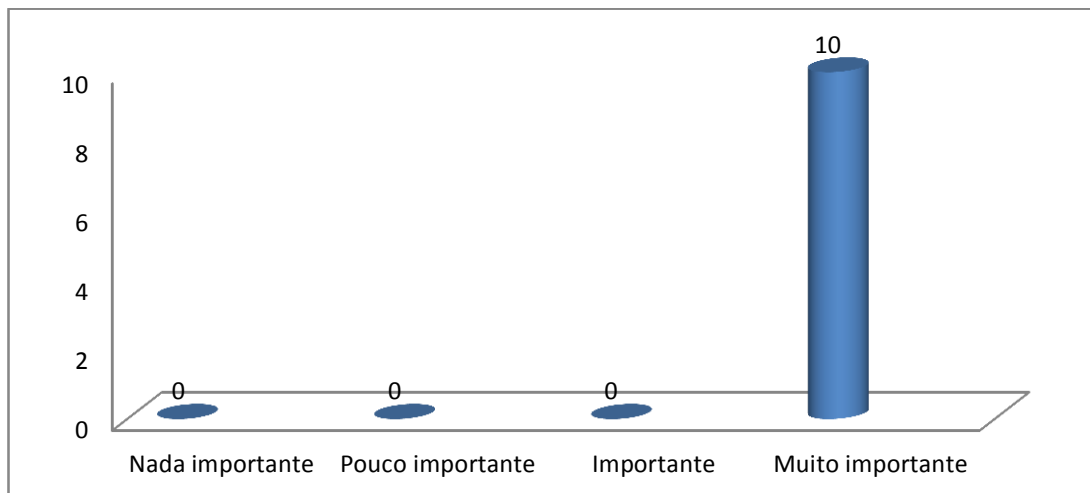
**APÊNDICE Nº 8 – Resultados dos questionários aplicados no final da  
formação do Apêndice nº 6**

## AÇÃO DE FORMAÇÃO

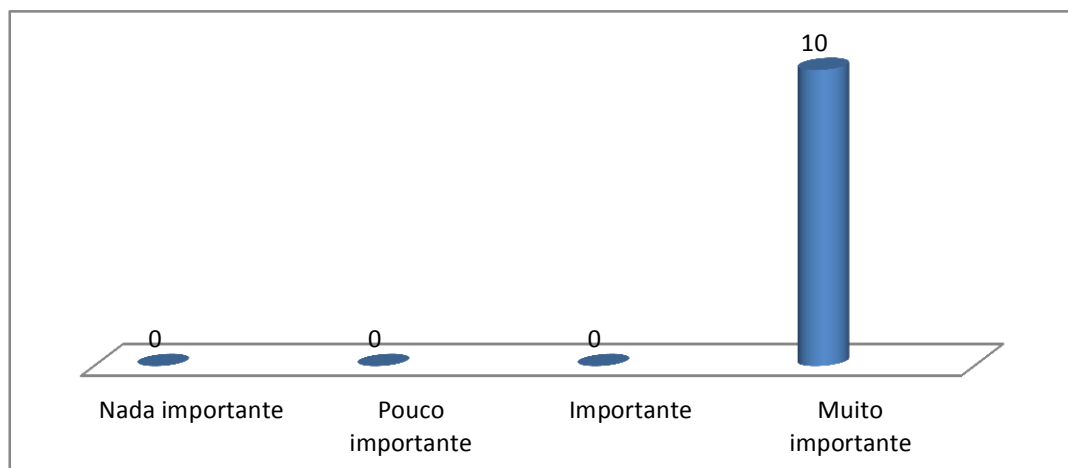
Boas Práticas na Prevenção da Infecção Urinária e resultados das observações

### QUESTIONÁRIO

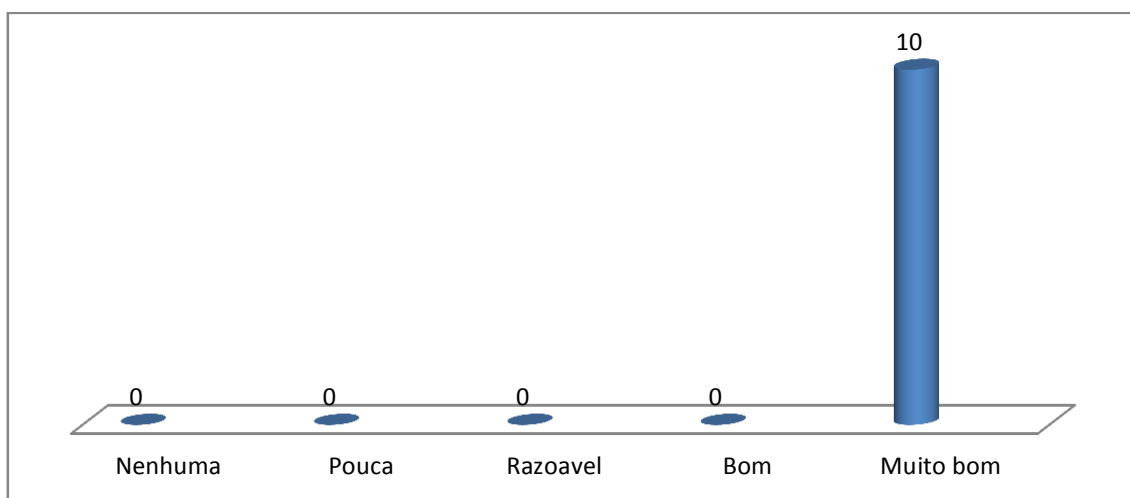
**1 – Que grau de importância atribui aos conteúdos adquiridos, na formação, para a sua prática diária?**



**2 – Que grau de importância atribui às boas práticas na prevenção da infecção urinária, na sua prestação de cuidados?**



**3 – Classifique a capacidade de exposição, clareza e domínio da formadora em relação às temáticas abordadas.**



**4 – Apreciação crítica da acção de formação e sugestões:**

- Ótima apresentação e com extrema importância para as boas práticas. Deve ser apresentada a toda a equipa;
- Muito pertinente, oportuna e apresentada de forma clara, simples e específica ao nosso serviço;
- Conseguiu incluir as novas guidelines e fazer sugestões para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Bastante pertinente;
- Muito pertinente, tendo em conta a alta probabilidade de doentes algaliados em UCI, pelo que os aspectos abordados são de extrema importância para a redução da incidência das infeções urinárias;
- Gostei muito e foi de extrema importância para o esclarecimento de algumas dúvidas e aquisição de conhecimentos.

Obrigada.

Vera Rodrigues