



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Prevenção e Controlo de Infecção na Prática
dos Enfermeiros:
Contributos da Formação**

Susana Maria Filipe Gonçalves

Coimbra, Janeiro de 2012



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação

Susana Maria Filipe Gonçalves

Orientador: Prof^a Maria Helena Brísio, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientador: Prof^a Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Coimbra, Janeiro de 2012



AGRADECIMENTOS

Este trabalho traduz um percurso de aprendizagem com a colaboração de algumas pessoas a quem gostaria de manifestar o meu apreço.

Assim, agradeço a todos os que colaboraram e tornaram possível este trabalho:

- À minha mãe, pelas horas em que me ajudou e encorajou;
- Ao Julio, pela paciência;
- À professora Amélia e à professora Helena, pela ajuda, simpatia, cuidado, orientação e partilha;
- Aos responsáveis dos serviços, aos colegas que entrevistei, sem a sua colaboração não seria possível o desenvolvimento deste estudo;
- Ao Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. que autorizou a realização deste trabalho na instituição.

Susana Filipe



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centro de Controlo de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention*)

DGS – Direcção Geral de Saúde

DQS – Direcção da Qualidade na Saúde

ECI – Enfermeiro de Controlo de Infecção

EPI – Equipamento de Protecção Individual

Enfº - Enfermeiro

HDFF, EPE – Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IN – Infecção Nosocomial

IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção

MRSA - *Staphylococcus aureus* metilicina resistente

Obs. – Observação

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

RESUMO

Nem todas as infecções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida se conseguirmos envolver os profissionais de saúde na adopção de boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infecção, nomeadamente as precauções padrão. Não obstante, reconhece-se que ainda permanece como um desafio a identificação de mecanismos promotores da adesão dos profissionais às práticas recomendadas, apesar da evidência científica.

Considerando a importância da adesão dos enfermeiros às boas práticas em prevenção e controlo de infecção pretendeu-se identificar o estado da arte numa unidade de saúde, os factores que a influenciam e em que medida se adequa às necessidades e expectativas dos profissionais a formação desenvolvida.

Este estudo qualitativo, desenvolvido sob o método da investigação-acção privilegiou a presença do investigador no contexto. Na colheita de dados recorremos à observação participante, sendo o público-alvo os enfermeiros dos serviços de internamento o que possibilitou o registo de 96 notas de observação e, a entrevista semi-estruturada dirigida a informantes-chave “práticos” e “peritos”, num total de oito.

Podemos concluir que a adesão dos enfermeiros às precauções padrão é satisfatória, no entanto, com maior expressividade em algumas práticas do que noutras. Os índices de adesão identificados foram na ordem dos seguintes valores: 18% para a higiene das mãos; 56% para o uso de equipamento de protecção individual; 83% na utilização de material cortopunçante; 83% para a colocação de doentes; 67% para as medidas de controlo ambiental; mas não foi verificada adesão às medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse. Os factores identificados como influentes na adesão às boas práticas foram o excesso de trabalho, a formação, as estruturas e as crenças pessoais. A formação foi referida como importante e necessária, no entanto emerge a imprescindibilidade do desenvolvimento de novas estratégias no sentido de dinamizar a adesão às boas práticas em prevenção e controlo de infecção.

Palavras-chave: prevenção e controlo de infecção; precauções padrão; formação em enfermagem.

ABSTRACT

Not all infections associated with health care are preventable, however, a significant proportion can be prevented if we are able to involve healthcare professionals in the adoption of good practice in infection prevention and control which include the standard precautions. Nevertheless, it is recognized that the identification of mechanisms promoting the adoption of this good practices by healthcare professionals still remains a challenge, despite scientific evidence.

Considering the importance of nurses adherence to good practice in infection prevention and control we aimed to identify the state of the art at a health care facility, identify the factors that influence the adoption of good practices in this context and how the needs and expectations of the healthcare professionals were responded trough the training designed.

This qualitative study was developed under the method of action research and favored the presence of the researcher in context. Data collection relied on the participant observation of the inpatient units nurses practices, performing a total of 96 observation notes, and semi-structured interviews addressed to key informants "practical" and "experts" in a total of eight.

We can conclude that the nurses adherence to standard precautions is satisfactory, however exhibiting greater expression in some practices than others. The adherence rates were identified in the order of the following values: 18% for hand hygiene, 56% for the use of personal protective equipment, 83% in the use of sharps, 83% for patient placement, 67 % for the environmental control measures, but it has not been verified adherence to respiratory hygiene / cough etiquette. The factors identified as influential in adherence to good practices were over-work, training, structures and beliefs. The training was regarded as important and necessary, however emerges the crucial development of new strategies to boost adherence to good practices in infection prevention and control.

Keywords: infection prevention and control, standard precautions, training in nursing.



ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Custos excedentes na hospitalização e mortalidade atribuídos às infecções associadas aos cuidados de saúde mais prevalentes....	26
Quadro 2: Categorização dos dados decorrentes das entrevistas aos informantes-chave.....	79



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para a higiene das mãos.....	62
Gráfico 2: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para o uso de luvas.....	65
Gráfico 3: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para o uso de máscaras e respiradores.....	68
Gráfico 4: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para o uso de batas e aventais.....	70
Gráfico 5: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para a utilização de corto-perfurantes.....	72
Gráfico 6: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para o acondicionamento de resíduos hospitalares.....	75
Gráfico 7: Conformidade dos relatos da entrevista informal com as medidas recomendadas para o transporte de doentes de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção.....	77
Gráfico 8: Conformidade com as medidas recomendadas para a restrição de visitas a doentes sob isolamento.....	77



SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	17
1. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO	21
1.1. A TOMADA DE CONSCIÊNCIA DE UMA COMUNIDADE	21
1.2. GESTÃO DE UM AMBIENTE SEGURO.....	25
1.3. IMPLICAÇÕES DOS E PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	27
2. PRECAUÇÕES PADRÃO	31
2.1. HIGIENE DAS MÃOS	32
2.2. EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL	35
2.3. UTILIZAÇÃO DE MATERIAL CORTO-PERFURANTE.....	38
2.4. COLOCAÇÃO DE DOENTES.....	39
2.5. CONTROLO AMBIENTAL	40
2.6. HIGIENE RESPIRATÓRIA / ETIQUETA DA TOSSE	44
3. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO	45
4. ABORDAGEM EMPÍRICA E PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	52
4.2. PLANEAMENTO E ACÇÃO DE FORMAÇÃO	53
4.3. PROBLEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	54
4.4. OBJECTIVOS	55
4.5. COLHEITA DE DADOS.....	55
4.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	59
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	61
5.1. OBSERVAÇÃO	61
5.1.1. Higiene das Mãos.....	62
5.1.2. Equipamento de Protecção Individual	65
5.1.3. Utilização de material corto-perfurante	71



5.1.4. Colocação de Doentes.....	73
5.1.5. Controle Ambiental	74
5.1.6. Higiene Respiratória/Etiqueta da Tosse	78
5.2. ENTREVISTA	78
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	89
CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXOS	
ANEXO I – Plano de formação	
ANEXO II – Grelha de observação	
ANEXO III – Notas de observação	
ANEXO IV – Explicação do estudo de investigação	
ANEXO V – Consentimento livre e esclarecido	
ANEXO VI – Guião da entrevista parcialmente estruturada	
ANEXO VII – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	
ANEXO VIII – Consentimento formal do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	
ANEXO IX – Relatos das entrevistas aos informantes-chave “práticos”	
ANEXO X - Relatos das entrevistas aos informantes-chave “peritos”	

INTRODUÇÃO

Integrada no desenvolvimento de uma política de qualidade nas unidades de saúde, a prevenção e controlo de infecção constitui uma componente estruturante da qualidade em saúde no contexto da segurança do doente. É neste sentido que instituições governamentais como a Organização Mundial de Saúde e a Direcção Geral de Saúde têm desenvolvido e divulgado um conjunto de recomendações de boas práticas, entre as quais, as precauções padrão. No entanto, é reconhecido que as crenças, competências e dinâmicas de trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, influenciam em definitivo a adesão a estas práticas recomendadas.

Enquanto elemento integrante da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) de uma unidade de saúde, esta problemática não nos é alheia, pelo que durante o ano de 2010 desenvolvemos um plano formativo com uma dinâmica mais prática, cujo principal objectivo era sensibilizar os profissionais de saúde para a prevenção e controlo de infecção. Decorrido o primeiro ano desta iniciativa, parece-nos pertinente e oportuno fazer um ponto de situação e debruçar-nos sobre a “Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: contributos da formação”.

Este estudo, desenvolvido no Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. (HDFF, E.P.E.), pretende dar resposta às seguintes questões de investigação: Os enfermeiros na prestação de cuidados gerais dos serviços de internamento do HDFF, E.P.E. estão a aderir às práticas preconizadas pela política de precauções padrão da CCI? A formação desenvolvida em sala, subordinada ao tema “Prevenção e Controlo de Infecção”, complementada com as visitas do Enfermeiro de Controlo de Infecção, na opinião dos enfermeiros, contribuiu para a mudança das práticas em prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão? Que factores influenciam a adesão às práticas pelos enfermeiros na prestação de cuidados gerais dos serviços de internamento do HDFF, E.P.E.?

Para responder a estas questões, desenhámos um estudo qualitativo, desenvolvido sob o método da investigação-acção, com o objectivo de identificar os índices de adesão dos enfermeiros às práticas de prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão, identificar factores que influenciam a adesão às boas práticas no



contexto da prevenção e controlo de infecção e, identificar a adequação às expectativas e necessidades dos profissionais, do programa formativo desenvolvido.

Definimos como população alvo os enfermeiros dos serviços de internamento de adultos, onde decorreu a colheita de dados, pela observação participante e entrevista semi-dirigida. Os dados obtidos foram tratados manualmente.

Todo este processo foi orientado e fundamentado com uma revisão da literatura em livros e revistas científicas especializadas, documentos electrónicos e em bases de dados de produção e investigação científica dos últimos anos, na área das ciências da saúde e das ciências sociais.

Do ponto de vista estrutural este estudo divide-se em capítulos e sub-capítulos.

Nos primeiros três capítulos apresentamos a revisão bibliográfica que se organiza da seguinte forma: Prevenção e Controlo de Infecção; Precauções Padrão; Formação em Enfermagem - implicações na prevenção e controlo de infecção.

No primeiro capítulo contextualizamos a prevenção e controlo de infecção desde os primórdios da medicina, com a forte herança de Florence Nightingale até aos dias de hoje. Abrimos espaço à reflexão sobre as repercussões da prevenção e controlo de infecção na gestão de um ambiente seguro e finalmente quais as implicações dos e nos cuidados de enfermagem num programa deste âmbito.

No segundo capítulo das Precauções Padrão, começamos por contextualizar e fundamentar a importância destas práticas, que de seguida explicitamos individualmente.

No terceiro capítulo debruçamo-nos sobre a formação em enfermagem para o desenvolvimento de competências, reflectimos sobre algumas estratégias formativas e sobre as suas implicações nos cuidados de enfermagem.

Nos últimos capítulos apresentamos a pesquisa empírica exposta na seguinte ordem: Abordagem Empírica e Percurso Metodológico; Apresentação e Análise dos Dados; Discussão dos Resultados.

Na abordagem empírica pormenorizamos o percurso metodológico para o desenvolvimento deste estudo, definimos o método de investigação, as questões de investigação, os objectivos do estudo e, apresentamos os instrumentos e os procedimentos utilizados para a colheita dos dados.

No capítulo da apresentação dos dados procedemos à descrição dos resultados



decorrentes da observação, organizados em função dos itens das precauções padrão, e procedemos à apresentação dos dados decorrentes da entrevista após a análise de conteúdo.

Finalmente no capítulo da análise dos resultados, passamos à sua discussão confrontando os dados obtidos através da observação, das entrevistas e da pesquisa bibliográfica, pela triangulação.

Esperamos com este trabalho conhecer os índices de adesão dos enfermeiros às precauções padrão e os factores que a condicionam no sentido de estudar estratégias de mudança de atitude, vocacionadas para a realidade institucional em que o estudo se desenvolve, numa espiral de melhoria contínua, desenvolvimento de saberes e aperfeiçoamento de competências.





1. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

A prevenção e controlo das infecções hospitalares, ou nosocomiais¹, foi evoluindo ao longo dos anos, evidenciando-se como um fenómeno que não se restringe apenas ao meio hospitalar, mas também a todas as unidades de saúde de cuidados continuados, cuidados de saúde primários e instituições privadas.

Actualmente, as infecções nosocomiais (IN) têm sido denominadas por infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), um termo mais abrangente uma vez que o desenvolvimento de infecções não se restringe apenas às unidades hospitalares. No Plano Nacional de Controlo de Infecção (PNCI), a IACS é definida como uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade (Portugal, 2007a).

Neste capítulo, abriremos espaço à reflexão sobre a evolução da prevenção e controlo de infecção ao longo dos séculos, sobre as suas repercussões na gestão de um ambiente seguro e finalmente quais as implicações dos e nos cuidados de enfermagem num programa de prevenção e controlo de infecção.

Conforme veremos, a IACS transcende os seus aspectos perceptíveis e conhecidos, situando-se em dimensões complexas dos cuidados de saúde na sociedade moderna, ambos em constante transformação. Assim sendo, a IACS é um evento histórico e social e não apenas biológico, exige investimento científico, tecnológico e humano para a integração de medidas de prevenção e controlo de infecção, sem qualquer compromisso da qualidade dos cuidados de enfermagem (Pereira *et al*, 2005).

1.1. A TOMADA DE CONSCIÊNCIA DE UMA COMUNIDADE

As medidas de prevenção e controlo de infecção, como hoje as conhecemos, são resultado da investigação que se foi desenvolvendo ao longo dos séculos. Muitas

¹ Infecção adquirida durante internamento no hospital, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão. Este conceito inclui ainda as infecções adquiridas no hospital que se detectam após a alta (Portugal, 20--?).



dessas medidas, com evidência da sua eficácia, foram muitas vezes censuradas e desacreditadas, talvez pela sua simplicidade.

As primeiras referências ao controlo de doenças podem ser encontradas na Bíblia (isolamento de casais com gonorreia, assim como dos doentes com lepra), tornando-se evidente que o controlo de surtos é uma preocupação de sempre das comunidades. Por exemplo, no séc. XVIII os doentes eram internados nos hospitais segundo o seu diagnóstico – hospital da febre tifóide, hospital da varíola, sanatório da tuberculose, entre outros (Fontana, 2006). E por muito tempo ainda os médicos acreditaram que os agentes infecciosos eram apenas gerados por carne putrefacta (o que mais tarde se veio a desmistificar com a descoberta do microscópio).

A prevenção e controlo de infecção como área da saúde multidisciplinar, está intimamente relacionada com a microbiologia. Com a descoberta do microscópio (em 1863 por Anton Van Leeuwenhock) lançaram-se as primeiras bases da bacteriologia, o que permitiu à comunidade científica esclarecer as vias de transmissão de microrganismos e traçar o seu perfil epidemiológico.

No séc. XIX as infecções cirúrgicas eram muito frequentes² e em 1860 Joseph Lister, demonstrou uma nova técnica para diminuir estas infecções. Baseando-se no trabalho de Pasteur³, o cirurgião acreditava que a infecção poderia ser ocasionada pela penetração do ar nocivo nas feridas. Defendia que “as propriedades sépticas da atmosfera” eram devidas a germens em suspensão no ar e depositados nas superfícies. Passou então a pulverizar o ar da sala cirúrgica com ácido fénico e a desinfetar os instrumentos cirúrgicos com ácido carbólico, obtendo algum sucesso na sua aplicação (Fontana, 2006).

Sucessivamente foram feitas várias tentativas para implementar medidas de controlo de infecção, como a lavagem da roupa, das mãos e do vestuário, mas que enfrentaram forte oposição. Os cirurgiões preferiam culpar “defeitos intrínsecos” do doente ou da “atmosfera” (Wilson, 2003).

² Para nos contextualizarmos, é importante referir que no séc. XIX os hospitais não dispunham de água corrente potável, os lixos e dejectos eram atirados para poços no fundo dos terrenos, os cirurgiões limpavam as suas mãos e instrumentos aos aventais, e as roupas de cama não eram trocadas com frequência. Tudo factores facilitadores da transmissão de infecção (Fontana, 2006).

³ Em 1864, na tentativa de solucionar a acidificação do vinho, que resultava em enormes prejuízos para a indústria vitivinícola, Louis Pasteur descobriu que os responsáveis pela acidificação do vinho eram uns microrganismos que “viviam” no ar, mas que poderiam ser eliminados caso se aquecesse o lagar a 60°C. Este processo ficou conhecido por pasteurização.



Mas foram Semmelweis⁴ e Florence Nightingale quem obteve notabilidade pelos seus achados relativos à infecção hospitalar.

Ao demonstrar a relação entre a contaminação das mãos e a transmissão da febre puerperal, Semmelweis defendia a antissepsia e a lavagem das mãos, constatando a gravidade da transmissão cruzada, mesmo antes da descoberta dos microrganismos. Semmelweis instituiu que todos os médicos, estudantes e pessoal de enfermagem deviam lavar as mãos com solução clorada. Com esta medida, reduziu a mortalidade materna de 12,24% para 1,2% (Fontana, 2006). A sua doutrina sobre a febre puerperal foi duramente criticada apesar das provas da eficácia das medidas profiláticas (Tipple *et al*, 2003).

Florence Nightingale, enfermeira inglesa do séc. XIX, desenvolveu um trabalho cujos princípios se mantêm actuais até aos dias de hoje. Em 1854 foi destacada para um hospital em Scutari⁵ (actual Istambul), que assistia os militares feridos na Guerra da Criméia, e que apresentava taxas de mortalidade na ordem dos 42%. Florence abriu cozinhas, lavandarias e melhorou as condições sanitárias do hospital, conseguindo com estas medidas de higiene reduzir as taxas de mortalidade para 2,2%. Florence Nightingale ajudou a mudar a realidade dos hospitais da sua época. Com as suas observações passaram a valorizar-se as necessidades dos doentes e as condições ambientais como a limpeza, iluminação natural, ventilação, odores e sistemas de esgotos. Defendeu a necessidade de ambientes assépticos e muito limpos, bem como explicitou a transmissão de infecção, especialmente por contacto com matéria orgânica.

O aparecimento dos antimicrobianos no séc. XX, revolucionou o tratamento das infecções, o que fez pressupor a comunidade médica que as infecções estariam hoje controladas e seriam um problema de menor importância (Corrêa, 2008). No entanto essa previsão não se concretizou. À medida que dispomos de mais tecnologia, recorremos a procedimentos cada vez mais invasivos, recorremos a terapêutica imunossupressora e usamos excessivamente os antimicrobianos, expusemos os doentes a um risco acrescido de desenvolver infecção e promovemos o desenvolvimento de estirpes de bactérias multirresistentes.

⁴ Médico obstetra no Hospital de Viena, que em 1847 publicou um trabalho que viria a confirmar definitivamente a hipótese da transmissão de doença intra-hospitalar (Fontana, 2006).

⁵ No hospital não existiam sanitários, as camas e as roupas de cama eram insuficientes, não havia bacias, sabão ou toalhas e as pessoas comiam com as mãos (Fontana, 2006).



Os antimicrobianos tornaram-se assim recursos esgotáveis e a sua eficácia para inibir e eliminar microrganismos é hoje limitada.

A evidência de que as IACS contribuem para o aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos financeiros associados aos cuidados de saúde é-nos dada pelos vários estudos epidemiológicos desenvolvidos ao longo dos anos, quer a nível local, quer a nível nacional ou global.

A título de exemplo, nos Estados Unidos da América estima-se que as IACS causam, por ano, aproximadamente 1,7 milhões de infecções e 99.000 mortes (Curtis, 2008). Na Europa, segundo dados dos Inquéritos de Prevalência de Infecção (IPI) a prevalência das IACS oscila entre 5% e 10% (Portugal, 2007a; Kooi *et al*, 2010; Gordts *et al*, 2010). Em Portugal, e segundo dados dos IPI realizados em 2003 e 2009, esta taxa oscila entre 8% e 10%, respectivamente (Portugal, 2007a; Costa, 2010).

Os dados disponíveis sobre as infecções causadas por agentes resistentes demonstram que 30% a 40% são resultado da colonização e infecção cruzada (tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde), 20% a 25% podem ser resultado da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada, 20% a 25% podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade, e 20% têm origem desconhecida (Portugal, 2007a).

Muitas das IACS adquiridas em ambiente hospitalar são endémicas e é considerada a sua relação directa com a não adesão às boas práticas por parte dos profissionais. Frequentemente são procedimentos simples como reencapsular agulhas ou cuidar o doente sem previamente ter lavado as mãos, que perpetuam a transmissão de infecção. No entanto, ainda que simples, estes procedimentos rotineiros são muito difíceis de mudar (Seto, 1995).

Actualmente, conhecemos as vias de transmissão de infecção, conhecemos as medidas que nos permitem prevenir aproximadamente 30% das mesmas, mas continuamos a debater-nos com a resistência à mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde.

A importância dos programas desenvolvidos pelas organizações governamentais de saúde e pelas CCI das unidades de saúde é indiscutível, mas o êxito dos mesmos está directamente relacionado com o envolvimento de todos. De pouco adianta conhecer a dinâmica da infecção hospitalar e as medidas preventivas neste contexto

se não as adoptarmos no decorrer dos cuidados. A responsabilidade de prevenir e controlar a infecção hospitalar é individual e colectiva (Pereira *et al*, 2005; Seto, 1995).

1.2. GESTÃO DE UM AMBIENTE SEGURO

A prevenção e controlo de infecção, parte integrante da segurança do doente e uma das componentes chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que pretendem prestar cuidados seguros, efectivos e eficientes (DQS, sd). Todavia, apesar do conhecimento disponível, incluindo várias medidas preventivas comprovadamente eficazes, permanece o desafio de torná-las práticas rotineiras nas unidades de saúde (Curtis, 2008; Seto, 1995).

Em Portugal, a infecção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direcção Geral de Saúde (DGS), mas só em 1993, a Direcção Geral dos Hospitais difundiu a necessidade da institucionalização de comissões de controlo de infecção nos hospitais⁶. Desde então, foram empreendidas pelas CCI uma série de iniciativas para prevenir e controlar as infecções nos hospitais.

No final dos anos 90 a discussão a respeito da segurança do doente durante a sua assistência nas unidades de saúde adensa-se, e tornou-se inaceitável que uma pessoa que se encontre doente ou mesmo saudável corra o risco de adquirir uma infecção no decorrer dos cuidados a que é sujeito.

Com a criação do PNCI em 1999 pretendia-se dar a conhecer a verdadeira dimensão das infecções hospitalares e promover as medidas necessárias para a sua prevenção através da identificação e modificação das práticas de risco (Portugal, 2007a). Este programa, que foi entretanto revisto e actualizado em 2007 e integrado na Divisão da Segurança Clínica da Direcção da Qualidade Clínica, é um plano centrado na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde. Tem como objectivos essenciais: promover a prevenção e controlo das IACS através da sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno às unidades de saúde; conhecer a realidade nacional no âmbito das IACS; reunir esforços para de uma forma concertada,

⁶ Circular Normativa nº 4/93 de 10-02-1993, da Direcção-Geral dos Hospitais (Portugal, 2007a).



organizada e sustentada, diminuir a incidência das IACS, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e finalmente para a segurança do doente (Silva, 2008).

Não sendo portanto um problema novo, a prevenção e controlo das IACS assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. O último IPI conduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) decorreu em 2005 (envolveu 55 hospitais de 14 países), veio a revelar que 8,7% dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS, assumindo-se como uma das maiores causas de morte em todo o mundo. Em Portugal, segundo os dados do IPI de 2003, 2009 e 2010, a taxa de prevalência de doentes com infecção nosocomial aumentou de 8,4%, em 2003, para 9,8% em 2009 e 2010 (Costa *et al*, 2010; Pina *et al*, 2011). Apesar das suas limitações⁷ os estudos de prevalência permitem identificar tendências epidemiológicas, taxas de infecção e a eficácia das medidas de prevenção e controlo implementadas. Neste contexto, as IN mais frequentemente identificadas nos IPI nacionais e internacionais são as infecções urinárias, a pneumonia associada ao ventilador, a infecção da corrente sanguínea e a infecção da ferida operatória. As estimativas dos custos com as IN variam consideravelmente, não obstante, têm associados elevados índices de morbimortalidade, aumento dos custos financeiros e um prolongamento significativo do tempo de internamento (Quadro 1).

Quadro 1: Custos excedentes na hospitalização e mortalidade atribuídos às infecções associadas aos cuidados de saúde mais prevalentes

Tipo de infecção	Custos atribuídos, em dólares média (intervalo)	Prolongamento da hospitalização, em dias média (intervalo)	Mortalidade atribuída média (intervalo)
Pneumonia associada à ventilação mecânica	22.875 (9.986-54.503)	9,6 (7,4-11,5)	27% (7,3-34)
Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter	18.432 (3.592-34.410)	12 (4,5-19,6)	35% (10-40)
Infecção de sítio cirúrgico	3.000 (400-18.000)	6,5 (1-12)	4,3% (2-5)
Infecção do trato urinário	1.257 (804-1.710)	1	< 1%

Fonte: Jarvis e Perencevich, adaptado por Corrêa, 2008: 195.

A nível local, dados de um estudo realizado no Centro Hospitalar Cova da Beira sobre os custos das infecções, os investigadores concluíram que: os doentes que adquiriram uma infecção tiveram uma média de tempo de internamento 2,4 vezes superior; a

⁷ Os estudos de prevalência são usados para medir a proporção de doentes infectados, durante um período de tempo do estudo, normalmente um dia (Costa *et al*, 2010).

média global de custos da duração do internamento por serviço foi cerca de 2 vezes aos controlos; nos doentes com infecção, os custos globais com os antibióticos foram 2,5 vezes superiores; as culturas microbiológicas cerca de 9 vezes mais; as análises de patologia clínica 2 vezes superiores; e finalmente a imagiologia foi 2 vezes superior em relação aos doentes sem infecção (Martins *et al*, 2007).

Corrêa (2008) considera que sendo a IN uma complicação frequente nos doentes hospitalizados, as estratégias de vigilância e de prevenção tornaram-se mais importantes. Estas não só devem ser efectivas na redução das IN mas também devem ser custo-efectivas. Como indicador da qualidade e segurança dos cuidados prestados numa unidade de saúde em última análise, os índices de infecção hospitalar podem ser reflexo dos problemas decorrentes do processo de cuidados e falha humana.

1.3. IMPLICAÇÕES DOS E PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Nem todas as IACS são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida com o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infecção (Curtis, 2008). O objectivo principal é a segurança do doente e minimizar o risco de contrair uma infecção decorrente dos cuidados de saúde.

Tipple *et al* (2003) no seu artigo de reflexão sobre a adesão dos profissionais às medidas de prevenção e controlo de infecção, como um desafio para o ensino, questionam se efectivamente todos os profissionais estarão bem conscientes das vias de transmissão de infecção, de como poderão prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde, as suas reais repercussões ou consequências na pessoa doente e consequentemente nos cuidados de enfermagem. Os autores, conscientes da dificuldade de tornar estas práticas como rotineiras nas unidades de saúde, ponderam se apesar dos avanços científicos e tecnológicos alcançados no séc. XX, particularmente no que se refere à adesão a medidas simples de controlo de infecção como a lavagem das mãos, se não nos encontramos em situação semelhante à da época de Semmelweis, há mais de 150 anos atrás.

Para responder a estas questões é necessário compreender que a infecção hospitalar pertence a uma área do conhecimento com uma abordagem multidisciplinar.

Nos cuidados de saúde, independentemente da sua vertente preventiva ou curativa, o doente deve ser visto como um ser integral, que não se fragmenta para receber



cuidados a partes independentes. As infecções hospitalares são multifactoriais e todas as actividades para reduzir as taxas de infecção, intervir em situações de surtos e manter sob controlo as infecções dentro de uma instituição, devem ser resultado de um trabalho de equipa (Pereira *et al*, 2005).

Apesar dos programas instituídos pelas CCI, a responsabilidade de prevenir e controlar as IACS é sempre individual e colectiva, estando o êxito dos programas desenvolvidos neste contexto directamente relacionado com o envolvimento de todos. Melo *et al* (2006) no seu estudo que pretendia identificar a compreensão dos enfermeiros sobre as medidas de precauções padrão verificaram percepções reducionistas da sua abrangência (por exemplo: apenas 7,3% dos enfermeiros identificaram as medidas de precauções padrão como medidas de protecção nos cuidados ao doente independentemente do seu diagnóstico; 11% identificaram estas medidas apenas como o uso de equipamento de protecção individual), o que vulnerabiliza a efectividade destas recomendações. Os autores ponderam que a compreensão sobre as precauções padrão interfere na formação e na adopção de boas práticas neste âmbito indicando o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, nomeadamente através da formação contínua, como uma estratégia de mudança.

Embora recaia sobre os enfermeiros uma grande responsabilidade na prevenção e controlo das infecções, no seu domínio de actuação existem também actividades interdependentes. Nesta perspectiva, segundo Pereira *et al* (2005) os desafios para o controlo da infecção podem ser considerados colectivos e abordados pelas seguintes vertentes: estrutura organizacional; a “batalha” biológica; a epidemiologia das infecções; as medidas de prevenção e controlo das infecções; a capacitação profissional, destacando-se a educação continuada; e o envolvimento profissional, com enfoque para a sensibilização dos profissionais, na adesão às medidas de prevenção e controlo de infecção e o sentimento de compromisso com o serviço e o doente.

A abrangência da estrutura organizacional vai desde as políticas governamentais até à sua aplicação a nível local difundidas pelos processos de normatização nos serviços e nas relações interpessoais. Assim sendo, apesar da responsabilidade individual de cada profissional de saúde na prevenção e controlo de infecção, é responsabilidade dos órgãos de gestão assegurar o cumprimento das políticas definidas pelas CCI, identificar os recursos humanos e estruturais adequados para um programa de

monitorização de infecções e ainda, aplicar os métodos apropriados para a sua prevenção (Portugal, 2007a).

A “batalha” biológica, que representa um desafio cada vez maior, relaciona-se com a identificação de novos microrganismos e o desenvolvimento de outras estirpes multirresistentes⁸, ao que acresce a cada vez maior evidência de que os recursos oferecidos pelos antimicrobianos são limitados. Consequentemente, emergem nas unidades de saúde microrganismos denominados de epidemiologicamente importantes, que por uma série de características que lhes são inerentes, são de difícil tratamento e erradicação, agravando-se desta forma o quadro epidemiológico das infecções.

Considera-se fundamental uma clara definição dos objectivos e medidas para prevenir e controlar a infecção, que sejam devidamente divulgados, facilmente identificáveis e aceitáveis por todos. A capacitação profissional, ou o desenvolvimento de competências, intimamente relacionada com a formação dos profissionais é outra das estratégias recomendadas pelo PNCI como factor promotor da adesão às boas práticas.

Pelo seu perfil profissional e a especificidade dos cuidados prestados, aos enfermeiros cabe o papel privilegiado de implementar a política institucional de prevenção e controlo de infecção hospitalar (Pereira *et al*, 2005). Não obstante, assumir este papel nem sempre é fácil em virtude do rácio enfermeiro/doente e dos constrangimentos estruturais das unidades de saúde (Curtis, 2008).

Pereira *et al* (2005) no seu estudo sobre a infecção hospitalar e suas implicações para os cuidados de enfermagem, concluiu, entre outros, que os enfermeiros reconhecem os desafios que os contextos de cuidados representam para a adesão às boas práticas e sofrem com o impacto decorrente das dificuldades encontradas para o controlo das infecções. Porém, na opinião do autor, essas dificuldades não deveriam constituir factores impeditivos, mas sim ser o gatilho na procura de caminhos alternativos que avancem na perspectiva do controlo das infecções. A mudança de comportamento, no sentido de racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas, expressa uma condição indispensável ao controlo de infecção, sendo

⁸ Microrganismo multirresistente é o agente resistente a duas ou mais famílias de antibióticos, incluindo o antibiótico padrão (Portugal, 2007a).



necessário a motivação dos profissionais, promovendo debates, treino e divulgação de informação (Pereira *et al*, 2005; Martins *et al*, 2007; Yokoe *et al*, 2008).

Segundo o PNCI, as medidas definidas pelas Precauções Padrão constituem a estratégia de primeira linha na prevenção e controlo da infecção. A adesão às medidas preconizadas, nomeadamente à higiene das mãos, influencia directamente um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde (as taxas de *Staphylococcus aureus* meticilina resistente - MRSA), o que justifica o destaque que as unidades de saúde atribuem às Precauções Padrão e que passamos a detalhar no capítulo seguinte.

2. PRECAUÇÕES PADRÃO

Desde a década de 70 que as organizações governamentais têm acompanhado a problemática das infecções associadas aos cuidados de saúde e têm vindo a divulgar uma série de recomendações no sentido de conter as infecções e prevenir a sua transmissão.

Em 1887 foram publicadas as primeiras recomendações sobre contenção de doenças nos Estados Unidos da América. Em função da doença infecciosa diagnosticada, preconizava-se o internamento dos doentes em diferentes instituições. No início do séc. XX foi introduzido um sistema de “compartimentação” dos doentes em isolamento sendo aplicadas as “barreiras de enfermagem”, que consistiam na lavagem das mãos depois do contacto com os doentes, a troca de aventais e a descontaminação dos instrumentos (Alves *et al*, 2007).

Em 1970 o Centers for Disease Control (CDC) introduziu o conceito de isolamento por categorias⁹ nas “Guidelines for Infection Precautions in Hospitals”, que foi revisto e actualizado em 1983. Esta última revisão previa que, após decisão conjunta do corpo clínico e das CCI, determinar-se-ia se o isolamento do doente seria por categoria ou por doença específica. Estas medidas de isolamento vieram por um lado eliminar medidas de isolamento excessivas, mas por outro lado os outros doentes continuariam expostos ao risco de transmissão de infecção por atrasos ou erros de diagnóstico (Alves *et al*, 2007).

Na década de 80, como consequência da epidemia de SIDA¹⁰, tornaram-se mais evidentes os problemas relativos à identificação dos doentes infectados, pelo que se desenvolveram um conjunto de “medidas universais”, as precauções universais ou precauções padrão. Estas precauções foram publicadas pelo CDC em 1987 e consistiam num conjunto de cuidados básicos, a aplicar a todos os fluidos orgânicos, a todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico (Pereira *et al*, 2005).

⁹ Tipo de isolamento de doentes em função das características epidemiológicas das doenças e não tendo em conta as vias de transmissão, pelo que mais tarde provou ser uma metodologia ineficaz (Alves *et al*, 2007).

¹⁰ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida



Actualmente as precauções padrão são um conjunto de medidas amplamente difundidas nas unidades de saúde, que devem ser aplicadas pelos profissionais nos cuidados de rotina a todos os doentes com o objectivo de quebrar a cadeia de transmissão de infecção¹¹ e proteger os profissionais de saúde (Wilson, 2003).

Segundo o Plano Nacional de Controlo de Infecção, as precauções padrão

“... constituem uma estratégia de primeira linha, para o controlo de infecções associadas à prestação de cuidados de saúde. São um conjunto de medidas que devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. São destinadas a todas as pessoas que tenham contacto com os doentes em todos os locais onde sejam prestados cuidados de saúde, seja qual for o diagnóstico ou a suspeita de diagnóstico”

(Portugal, 2007b)

Apesar das melhores intenções na prestação de cuidados, frequentemente os profissionais assumem o papel de vectores na transmissão de infecção. A atenção necessária a simples medidas preventivas, como as definidas pelas precauções padrão, poderá reduzir significativamente esta cadeia de transmissão (Saloojee e Steenhoff, 2001). Estas medidas englobam a higiene das mãos, utilização de equipamento de protecção individual (EPI), utilização de material corto-perfurante, colocação de doentes, controlo ambiental e higiene respiratória/etiqueta da tosse.

2.1. HIGIENE DAS MÃOS

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e efectivas na redução das infecções associadas aos cuidados de saúde. É inevitável a referência à higiene das mãos em qualquer artigo, norma ou orientação no contexto das boas práticas para a prevenção e controlo de infecção. Nomeadamente é uma medida associada ao controlo de surtos por *Acinetobacter baumannii* (Muñoz-Price e Weinstein, 2008) ou à diminuição das taxas de infecção por MRSA (Won *et al*, 2004; Grayson *et al*, 2008). Mas apesar da evidência, a adesão a esta prática continua a ser insuficiente e

¹¹ As vias de transmissão de infecção mais frequentes são as seguintes: por contacto – principalmente através das mãos dos profissionais; gotículas – que podem ser inaladas ou depositar-se nas superfícies e serem transmitidas pelas mãos dos profissionais; por via aérea – gotículas de dimensões inferiores a 5 µm, como por exemplo no caso do bacilo da tuberculose.

subvalorizada. Algumas das razões apontadas para esta baixa adesão são a falta de estruturas ou inadequação das normas para esta prática, número insuficiente de profissionais (sobrecarga de trabalho), crenças individuais e o uso de EPI como as luvas (Allegranzi e Pittet, 2009).

Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infecção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo preferencial nesta cadeia, a partir da pele do próprio doente para as mucosas (tracto respiratório) ou locais do corpo habitualmente estéreis (sangue ou líquido cefalo-raquidiano), ou ainda proveniente de outros doentes ou do ambiente contaminado (Allegranzi e Pittet, 2009).

Para que esta cadeia de transmissão se perpetue é necessário que os microrganismos tenham a capacidade de sobreviver pelo menos durante alguns minutos nas mãos dos profissionais; que a higiene das mãos entre contactos tenha sido inadequada ou omitida; e finalmente que as mãos contaminadas do prestador de cuidados entrem em contacto directo com o doente ou indirectamente através de objectos inanimados que vão entrar em contacto com o doente (Portugal, 2010).

Decorrente desta cadeia de eventos surgiu o modelo conceptual dos “cinco momentos” para a higiene das mãos, que constituem os pontos de referência temporais para esta prática. Segundo este modelo, o profissional de saúde deve proceder à higiene das suas mãos nos seguintes momentos: 1) Antes do contacto com o doente; 2) Antes de procedimentos limpos ou assépticos; 3) Após o risco de exposição a fluidos orgânicos; 4) Após contacto com o doente; 5) Após contacto com o ambiente do doente.

No seu estudo de revisão sobre o papel da higiene das mãos na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, Allegranzi e Pittet, (2009) evidenciam que os momentos para a higiene das mãos em maior risco de serem negligenciados são aqueles que previnem a transmissão dos microrganismos para o doente (antes do contacto com o doente e antes de procedimentos limpos ou assépticos). O que também vai de encontro ao facto de que cuidados que representam um maior risco de desenvolvimento de infecção associada a um cuidado de saúde, são aqueles que apresentam um menor índice de adesão.

Segundo os dados do Relatório da Campanha Nacional para a Higiene das Mãos (Costa *et al*, 2011) a taxa global de adesão para a higiene das mãos é de 64%. Quanto à taxa de adesão por momento, os momentos com maior adesão são “depois do risco de exposição a sangue e fluidos orgânicos” em 81% e, “depois do contacto



com o doente” em 74%. De seguida estão os momentos “antes de procedimentos limpos ou assépticos” em 69%, “depois do contacto com o ambiente envolvente do doente” em 58%, “depois do contacto com o doente” em 74% e, finalmente, “antes do contacto com o doente” em 53%.

A higiene das mãos é um termo geral que se aplica tanto à lavagem das mãos com água e sabão, como à fricção com soluto antisséptico de base alcoólica (SABA). A lavagem das mãos com água e sabão é um processo de limpeza por acção mecânica, de todas as superfícies das mãos e que remove parte da flora transitória¹² da pele das mãos. Apesar de até há pouco tempo se considerar que para remover a flora transitória era suficiente a lavagem com água e sabão, segundo alguns estudos esta prática nem sempre é eficaz na remoção de estirpes de microrganismos epidemiologicamente importantes como o *Enterococcus spp*, *Enterobacter spp*, *Klebsiella spp*, entre outros. Daí que as indicações para a utilização de SABA sejam cada vez mais abrangentes, inclusive para a desinfecção cirúrgica das mãos dos profissionais (Adams, 2010).

Apesar de ainda subsistir alguma confusão sobre a adequação de SABA ou água e sabão para a higiene das mãos em função do procedimento a efectuar, a Circular Normativa nº 13/DQS/DSD da DGS, distingue as suas indicações. A utilização de SABA é indicada nas seguintes circunstâncias: antes e após contacto directo com o doente; antes de manusear dispositivos invasivos nos cuidados (independentemente do uso de luvas); ao passar de um local do corpo contaminado para outro local não contaminado durante os cuidados ao mesmo doente; após contacto com o ambiente envolvente do doente, e depois de remover luvas. Ainda de acordo com as orientações da mesma circular a lavagem das mãos com água e sabão fica restrita às seguintes situações: quando os profissionais tenham as mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica; nas situações consideradas “sociais”, tais como antes e depois das refeições, e depois da utilização das instalações sanitárias; ao chegar e sair do local de trabalho; e na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*.

A higiene das mãos, integrada no conjunto das precauções padrão, constitui a medida mais relevante na prevenção e controlo de infecção nas unidades de saúde, sendo

¹² Flora transitória é constituída por microrganismos que não se multiplicam na pele, mas que se encontram nela em consequência do contacto, sendo facilmente transferidos para outras pessoas ou superfícies. A remoção destes microrganismos é essencial para a prevenção das infecções cruzadas (Portugal, 2010).



consensual considerar que esta prática pode ter impacto no controlo das resistências aos antimicrobianos, ainda que indirectamente (Allegranzi e Pittet, 2009).

2.2. EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

Para que a utilização de EPI seja eficaz, isto é, para que confira protecção aos profissionais em função do risco de exposição ocupacional aos agentes patogénicos, é fundamental que os profissionais de saúde compreendam as suas capacidades de barreira, limitações e indicações. O equipamento de protecção individual reduz, mas não elimina o risco de transmissão de infecção e só é efectivo se usado correctamente e em cada contacto.

De uma forma geral, a selecção do EPI (luvas, máscara e respirador, bata ou avental, óculos ou protector facial) dependerá sempre do risco de exposição a fluidos orgânicos que se antevê para cada procedimento. Não obstante, para não constituir mais um elo da cadeia de transmissão de infecção, os profissionais deverão ter alguns cuidados durante a sua utilização. O EPI deve ser sempre colocado imediatamente antes do contacto com o doente (porque desta forma estaremos a proteger o doente dos microrganismos oriundos de outros doentes ou do ambiente), deverá também ser sempre removido imediatamente após utilização (porque desta forma estaremos a evitar a transmissão de microrganismos do próprio doente ou do seu ambiente para outras áreas da enfermaria ou outros doentes).

Luvas

As luvas descartáveis são o EPI mais utilizado pelos profissionais de saúde, mas nem sempre têm a melhor utilização, quer pelo seu uso indiscriminado, quer pelo seu uso prolongado.

Como qualquer EPI, a selecção e utilização de luvas deve ser sempre sujeita a uma avaliação prévia do procedimento e dos riscos que lhe são inerentes. Quem necessita de protecção, o profissional, o doente, ou ambos? Qual o risco de exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos?

As principais indicações para o uso de luvas são as seguintes: proteger a pele das mãos da contaminação com matéria orgânica e microrganismos; e reduzir o risco de transmissão de microrganismos para o doente e profissionais (Pratt *et al*, 2007). O



recurso a luvas restringe-se assim a situações em que seja previsível o contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, secreções, excreções e dispositivos médicos visivelmente contaminados (como por exemplo: cateterização venosa, cuidados de higiene, realização de penso). Sempre tendo presente o objectivo de quebrar a cadeia de transmissão de infecção, as luvas devem ainda ser substituídas nos cuidados entre doentes e entre procedimentos diferentes no mesmo doente, principalmente sempre que se passa de um local/procedimento contaminado para um local/procedimento limpo (Portugal, 2010).

O uso de luvas tem sido considerado um factor de risco para a não adesão à higiene das mãos (Allegranzi e Pittet, 2009), todavia o seu uso jamais substitui a necessidade de higiene das mãos por duas razões: não é negligenciável o risco de contaminação da pele com matéria orgânica aquando da remoção deste equipamento de protecção individual e; ainda que aparentemente íntegras, as luvas não são totalmente impermeáveis, sendo possível encontrar nas mãos dos profissionais *Enterococcus spp* resistente à Vancomicina após a remoção de luvas (Pratt *et al*, 2007).

Desta forma é reforçado o princípio de que o uso de luvas, como EPI, diminui mas não elimina o risco de transmissão de infecção pelas mãos dos profissionais, ainda que visivelmente limpas.

Máscaras e respiradores

A utilização de máscaras e respiradores está intimamente relacionada com as medidas de prevenção e controlo da infecção respiratória nas unidades de saúde. Todavia, as máscaras são muito diferentes dos respiradores, e têm indicações de utilização e objectivos bem diferentes.

As máscaras são testadas para um fluxo de 30L/minuto (equivalente ao fluxo do ar durante a conversação), podem ou não ter características de fluído-resistência, e podem ser utilizadas com o intuito de proteger os profissionais da exposição a produtos biológicos infectantes como o sangue, secreções ou excreções (por exemplo: entubação orotraqueal, aspiração de secreções, cinesiterapia); e para proteger os doentes da exposição a agentes infecciosos transportados na boca ou nariz dos profissionais, sempre que o procedimento a efectuar implique técnica asséptica (como por exemplo: cirurgia, penso ao local de inserção de cateter central). As máscaras podem ainda ser usadas pelos doentes para contenção de gotículas ou secreções



respiratórias infectadas (como por exemplo: no contexto de higiene respiratória sempre que o doente exiba tosse intensa, ou na transferência do doente em isolamento por gotículas ou via aérea).

Os respiradores destinam-se à protecção dos profissionais, com o objectivo de reduzir a exposição respiratória do utilizador a partículas bacterianas dispersas no ar (contidas em gotículas de dimensões inferiores a 5 μm), como por exemplo nos cuidados ao doente em isolamento de via aérea ou sempre que o procedimento a efectuar seja gerador de aerossóis, como a broncoscopia (CCI, 2009).

As máscaras e respiradores, como todos os equipamentos de protecção individual, são sempre de uso único.

Batas e aventais

A selecção das batas e aventais baseia-se na natureza da interacção com o doente, da previsão de exposição a fluidos ou materiais contaminados e da necessidade de barreira contra a penetração de fluidos, ou seja, a sua impermeabilidade.

As batas conferem protecção do tronco, braços e até ao meio das pernas. As batas impermeáveis têm indicação de uso em técnicas que previsivelmente causem uma contaminação significativa ou, extensa, da pele e roupa com sangue ou outros fluidos (como por exemplo nos cuidados a doentes em isolamento por gotículas ou contacto, ou em procedimentos na sala de emergência). As batas impermeáveis também podem ser esterilizadas e são indicadas para o decorrer de intervenções cirúrgicas ou outros procedimentos que exijam assepsia (como por exemplo a inserção de cateter central). As batas de algodão são desaconselhadas uma vez que não são impermeáveis e quando húmidas não constituem barreira para os microrganismos (CCI, 2009).

Os aventais de plástico conferem protecção do tronco e minimizam o risco de contaminação da farda. Têm indicação de utilização nos cuidados mais rotineiros como os cuidados de higiene, na aspiração de secreções, mas também na manipulação de produtos químicos (CCI, 2009).

As batas e aventais são de uso único e devem ser removidas imediatamente após os cuidados. Embora ofereçam principalmente protecção ao profissional de saúde, o risco de transmissão de microrganismos para outros doentes ou para o ambiente só é minimizado se forem respeitadas as regras de ouro atrás enumeradas, uso único, eliminadas imediatamente após os cuidados e adequadas ao procedimento.



2.3. UTILIZAÇÃO DE MATERIAL CORTO-PERFURANTE

A exposição ocupacional a agentes patogénicos transmitidos pelo sangue devido a acidentes por picada ou corte¹³ é um importante problema de saúde ocupacional e que na maioria das vezes é prevenível. Neste contexto, o Royal College of Nursing lançou uma campanha em 2001 – *Be Sharp Be Safe* – com o objectivo de reduzir as taxas de acidentes profissionais com corto-perfurantes. Uma das vertentes essenciais desta campanha foi a criação de uma rede de registo nacional que em 2002 reportou 1445 acidentes por picada ou corte (dados de 15 hospitais do Reino Unido), entre os quais 52,6% foram superficiais, 44,6% foram moderados e 2,8% foram severos. Os enfermeiros foram o grupo profissional com mais acidentes de trabalho neste contexto, aproximadamente 41,2% (Pratt *et al*, 2007). As recomendações de boas práticas emanadas pelas organizações de saúde nacionais e internacionais, como a Direcção Geral de Saúde, o National Health Service e o Centers for Disease Control and Prevention, são congruentes entre si, apontando estratégias que visam essencialmente minimizar o risco de exposição do profissional e outros aos corto-perfurantes.

O CDC organiza as recomendações de boas práticas para a prevenção de acidentes por picada ou corte em três aspectos essenciais: preparar o ambiente de trabalho, ser organizado, ser cuidadoso na eliminação e acondicionamento do corto-perfurante.

O profissional deve preparar o seu ambiente de trabalho: se não tiver acesso a um contentor para corto-perfurantes deve fazer-se acompanhar de um contentor, com todo o material corto-perfurante devidamente organizado, evitando desta forma deslocações desnecessárias. Ou seja, adoptar estratégias de segurança para minimizar o risco de exposição ao corto-perfurante.

O profissional deve ser organizado, mantendo à vista todos os corto-perfurantes e estando atento às pessoas em seu redor, não passando agulhas ou outros dispositivos corto-perfurantes de mão-em-mão e evitando transportar corto-perfurantes na mão.

O profissional deve ser cuidadoso na eliminação e acondicionamento do corto-perfurante: ser responsável pelo resíduo que produziu, activar dispositivos de segurança (caso existam), eliminar imediatamente o corto-perfurante em contentor impermeável homologado, não permitir que o contentor seja preenchido a mais de 2/3

¹³ O CDC estima que todos os anos ocorrem 385000 acidentes por picada ou corte, relatados por profissionais de unidades hospitalares (CDC, 2010?).



da sua capacidade e finalmente, manter uma distância de segurança entre a sua mão e a abertura do contentor (Portugal, 2007b; CDC, 2010?).

Seria legítimo assumir que sempre que estivessem disponíveis dispositivos de segurança associados aos corto-perfurantes, tal fosse acompanhado por uma redução dos acidentes por picada ou corte, contudo, existem algumas barreiras ainda a ser ultrapassadas, tais como: a resistência dos profissionais à introdução de novos dispositivos médicos, a dificuldade de ou não adaptação ao dispositivo médico, e a falta de treino ou destreza. É por isso que além das medidas já apresentadas, o CDC recomenda uma avaliação cuidadosa nos processos de aquisição de dispositivos médicos corto-perfurantes no sentido de assegurar a sua aceitabilidade e eficiência (Pratt *et al*, 2007).

2.4. COLOCAÇÃO DE DOENTES

Na gestão da colocação de doentes deverá estar sempre subjacente a cadeia epidemiológica da infecção, a situação clínica e susceptibilidade imunológica do doente e o seu grau de colaboração. Naturalmente a implementação das medidas de isolamento físico, por si só, não são efectivos na prevenção e controlo da transmissão de infecção, podendo considerar-se até a ponta da pirâmide de todo o conjunto das precauções padrão. Os cuidados na colocação de doentes são mais uma barreira à transmissão de agentes patogénicos.

A colocação de doentes pode ser feita em função de dois objectivos: isolar¹⁴ para conter, ou proteger. No primeiro caso, isolamento de contenção, pretende-se prevenir a transmissão de infecção por microrganismos epidemiologicamente importantes¹⁵, quer se trate de uma suspeita de infecção (medidas empíricas) quer se tenha confirmação microbiológica do diagnóstico. Este tipo de isolamento pode ser feito em quarto individual ou em coorte¹⁶. No segundo caso, isolamento protector pretende-se proteger de infecções um doente imunocomprometido. Preferencialmente, este tipo de isolamento requer quarto individual, com características de ventilação específicas (Portugal, 2007b).

¹⁴ Entende-se por isolar ou isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão de infecção.

¹⁵ Agente infeccioso com uma ou mais das seguintes características: facilmente transmissível, com propensão para causar surtos, associado a um agravamento da situação clínica, de tratamento difícil por multirresistência antibiótica.

¹⁶ Coorte consiste na colocação de doentes no mesmo quarto, com colonização ou infecção activa pelo mesmo microrganismo, mas sem outra infecção associada.



2.5. CONTROLO AMBIENTAL

As medidas de controlo ambiental respeitam à generalidade do ambiente inanimado e constituem uma importante estratégia de prevenção e controlo de infecção, nomeadamente na eliminação de microrganismos do ambiente como o *Acinetobacter baumannii* (Muñoz-Price e Weinstein, 2008; Towner, 2009), o *Staphylococcus aureus* metilicina resistente (MRSA), *Enterococcus spp* resistente à Vancomicina e *Clostridium difficile* (Dancer, 2009). Estas medidas integram um conjunto de práticas respeitantes à higiene e limpeza do ambiente, triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares, cuidados com as roupas hospitalares, transporte de doentes e controlo de visitas.

Higiene e limpeza do ambiente

Segundo as *guidelines* do CDC para o controlo ambiental nas unidades de saúde, embora se reconheça que as práticas dos profissionais são as principais responsáveis pela transmissão cruzada de infecção, a qualidade do ambiente hospitalar reduz o risco de desenvolvimento de infecção nos doentes e profissionais (CDC, 2003).

O ambiente hospitalar pode efectivamente ser contaminado com os microrganismos identificados e responsáveis pelas IACS. A sua transmissão pode ocorrer através do contacto directo com equipamento contaminado ou indirectamente, através das mãos dos cuidadores. Essencialmente, o MRSA pode ser encontrado em superfícies de contacto frequente como as maçanetas das portas, os teclados de computador, dispensadores de sabão, entre outros. Contudo, a presença de microrganismos no ambiente das mesmas estirpes que os que desenvolvem infecção nos doentes, apenas demonstra que o ambiente é contaminado com os agentes patogénicos dos doentes, e não o contrário. Não obstante, a evidência de que podemos facilmente encontrar no ambiente estirpes de agentes patogénicos responsáveis pelas IACS, evidencia a importância da higiene das mãos antes de qualquer contacto com os doentes (Pratt *et al*, 2007).

A higiene e limpeza do ambiente hospitalar tem como finalidade prevenir as IACS, manter o ambiente limpo e seco, assegurar a funcionalidade dos materiais e equipamentos e prevenir acidentes de trabalho.

Para a concretização destes objectivos os profissionais deverão ter em conta um conjunto de cuidados, tais como a: metodologia de limpeza adoptada, a selecção de equipamentos e materiais, e as práticas de desinfeção de superfícies e pavimentos.

Tendo em conta que é em zonas onde o pó está acumulado que se encontram maior número de colónias de microrganismos como o MRSA (Pratt *et al*, 2007; Dancer, 2009) a metodologia de limpeza adoptada deve assegurar a sua remoção, mas não a sua dispersão (evitando a aspiração de partículas contaminadas). Após a higienização as superfícies deverão ainda ficar secas, requisito essencial para manter o ambiente salubre.

No que respeita à desinfeção de superfícies e pavimentos, não existe indicação para a descontaminação por rotina das superfícies, excepto no caso de derrames ou salpicos de matéria orgânica. Nesse caso deve-se proceder à contenção do derrame (para promover a segurança do profissional), à sua remoção e lavagem da superfície e finalmente procede-se à desinfeção da superfície (desta forma é garantida tanto a segurança do profissional como a do ambiente em geral).

A higiene hospitalar é responsabilidade de todos (Pratt *et al*, 2007), mas apesar da evidência sobre a eficácia deste cuidado na redução da IACS e controlo de surtos, as metodologias de limpeza empregues e a adequação de desinfectantes com pouco rigor e critério, compromete seriamente a sua eficácia. Seria muito importante que os profissionais de saúde assumissem a importância desta prática elevando-a ao estatuto de condição básica para a promoção de um ambiente seguro (Dancer, 2009).

Triagem a acondicionamento de resíduos hospitalares

Os resíduos hospitalares¹⁷ podem provocar doença e alterações na saúde e no bem-estar dos utentes, profissionais e também dos grupos populacionais. A natureza dos riscos a que nos referimos pode ser infecciosa, química ou tóxica, quer advenha da exposição a agentes patogénicos, a fármacos ou produtos radioactivos, respectivamente (Portugal, 2007c).

A classificação de resíduos hospitalares está definida no Despacho nº 242/96 de 13 de Agosto. Este documento determina que os resíduos hospitalares são objecto de

¹⁷ Resíduo hospitalar é todo “... o resíduo resultante de actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos...” (Decreto-Lei nº 178/2006 de 5 de Setembro).



tratamento apropriado e diferenciado, consoante os seguintes grupos: Grupo I e II – resíduos não perigosos, equiparados a urbanos; Grupo III e IV – resíduos perigosos, contaminados com matéria orgânica e corto-perfurantes ou resíduos químicos, respectivamente. Todos os resíduos hospitalares devem estar devidamente acondicionados de modo a permitir uma identificação clara da sua origem e do seu grupo: os resíduos dos grupos I e II em saco de cor preta; os resíduos dos grupos III em saco de cor branca; os resíduos do grupo IV em saco de cor vermelha, com excepção dos materiais corto-perfurantes que devem ser acondicionados em contentores ou recipientes imperfuráveis homologados.

Todos os indivíduos ou profissionais expostos a resíduos hospitalares estão potencialmente em risco, daí que a adesão às boas práticas na triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares seja essencial e uma das nossas responsabilidades individuais e colectivas.

Roupas hospitalares

O risco de transmissão de infecção através da roupa é baixo, não obstante, este pode ser minimizado se tivermos alguns cuidados durante o seu circuito no que respeita ao armazenamento, manipulação, triagem, acondicionamento, remoção, transporte e tratamento (CDC, 2003).

Para evitar a sua contaminação, quer pelas mãos dos profissionais, quer pelo ambiente, a roupa limpa deve ser manuseada o menos possível, deve ser transportada em carro próprio fechado e guardada em local limpo e seco, preferencialmente em armário fechado. Quando distribuída pelas unidades dos doentes, deverá ser só e exclusivamente a necessária aos procedimentos.

Em relação à roupa suja aplica-se o mesmo princípio que na triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares. Para minimizar o risco de contaminação da pele dos profissionais, da sua farda e do ambiente, a roupa deve ser triada junto ao local de produção e manipulada com segurança (o profissional deve usar luvas, deve remover a roupa com suavidade e verificar a ausência de objectos materiais ou outros resíduos). A roupa suja deve ser retirada da unidade do doente logo que possível e acondicionada em saco próprio impermeável (preenchido apenas até 2/3 da sua capacidade e fechado com braçadeira de segurança).



Transporte de Doentes

O transporte de doentes implica a adopção de medidas de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção. Estas medidas englobam a adequação do equipamento de protecção individual e a necessidade de avisar previamente os serviços ou unidades de destino para que se possam preparar para receber o doente. Regra geral, durante o transporte não é necessário o recurso a equipamento de protecção individual por parte do profissional que acompanha o doente, excepto se as medidas de contenção forem comprometidas pela dificuldade ou incapacidade de colaboração do doente (Portugal, 2007b).

Controlo de Visitas

Quando fora do ambiente familiar, as visitas proporcionam ao doente conforto emocional, e constituem o elo de ligação com o ambiente familiar. Contudo, no contexto da prevenção e controlo de infecção, o aumento do fluxo de pessoas nas unidades de saúde durante o horário de visitas, particularmente nas enfermarias, pode ser um risco acrescido de transmissão de agentes patogénicos entre doentes.

Neste sentido, todas as orientações de boas práticas apontam para a necessidade de envolver os familiares e visitantes nos cuidados de saúde, nomeadamente através de ensinamentos sobre a higiene das mãos.

A implementação de medidas de isolamento é uma das medidas recomendadas nas unidades de saúde quando se suspeita ou diagnostica infecção num doente por um microrganismo epidemiologicamente importante. Não obstante, apesar do impacto negativo que a restrição de visitas pode suscitar nos doentes, esta é uma medida complementar aos cuidados que os profissionais de saúde já desenvolveram. A educação dos familiares e doentes, a partilha de informação, tem sido apontada como uma estratégia para promover a adesão à restrição de visitas e minimizar o impacto negativo desta medida (Abad, Fearday e Safdar, 2010).

Este papel de educador nem sempre é fácil, assim como desmistificar riscos não justificáveis e incutir nas pessoas a necessidade de cumprir as medidas realmente eficazes, mas a sua colaboração é fundamental para quebrar cadeias de transmissão de infecção.



2.6. HIGIENE RESPIRATÓRIA / ETIQUETA DA TOSSE

Decorrente da epidemia de gripe A pelo vírus H1N1, em 2009, as medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse foram amplamente difundidas pela OMS, CDC e a nível local pela DGS. No entanto, estas medidas não são novidade dos dias de hoje, sendo possível encontrar registos de medidas desenvolvidas e divulgadas pelas entidades sanitárias de meados de 1917/1918, para prevenir a disseminação da então chamada “gripe espanhola”.

As medidas de higiene respiratória / etiqueta da tosse são um conjunto de medidas que visam a contenção de secreções respiratórias, com o objectivo de prevenir a transmissão deste tipo de infecções nas unidades de saúde. Devem ser aplicadas o mais precocemente possível a todos os utentes e profissionais com sinais e sintomas de infecção respiratória (CDC, 2009).

As precauções de Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse consistem nas seguintes: proteger a boca e o nariz sempre que tossir ou espirrar, com um lenço de papel ou a face interna do braço; proceder à higiene das mãos sempre que tossir ou espirrar; sempre que um utente exiba tosse intensa deve ser-lhe oferecida uma máscara de procedimentos e fazer ensinamentos no sentido de que este colabore na colocação e manutenção da mesma (CDC, 2009).

3. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO

A infecção hospitalar foi considerada durante muito tempo como apenas dependente da microbiologia e epidemiologia, áreas que embora sejam essenciais para a sua compreensão, não são suficientes por si só para a prevenção e controlo das infecções. Numa reflexão sobre a adesão dos profissionais de saúde às práticas recomendadas para a prevenção e controlo de infecção, Seto (1995) reflecte sobre o facto de que a maioria das infecções hospitalares são endémicas e se relacionam directamente com a baixa adesão às boas práticas neste contexto, tais como a higiene das mãos e o reencapsulamento de agulhas. Segundo o autor, se não for possível uma mudança de atitude, as recomendações de prevenção e controlo de infecção não poderão ser devidamente implementadas.

Saloojee e Steenhoff (2001), no seu artigo de reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde na prevenção e controlo de infecção reconhecem que ainda permanece como um desafio a identificação de mecanismos promotores da adesão dos profissionais às práticas recomendadas, apesar da evidência científica. Segundo os autores, o desenvolvimento de estratégias formativas tem provado algum sucesso, mas a sua sustentabilidade pode ser questionável.

As modalidades de formação que favorecem a construção de competências são cada vez mais valorizadas. Carrondo (2006) refere-se à formação pela resolução de problemas, por simulação, por prática e em alternância. O autor defende também a importância de uma formação inicial sólida e assume a necessidade emergente de o profissional se formar ao longo da vida.

A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a resposta aos desafios dos modelos de gestão, têm colocado o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações. A multiprofissionalidade na complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente, ou seja, um profissional que na gestão de vários tipos de



saberes, mobiliza competências cognitivas, afectivas, estéticas e reflexivas (Serrano *et al*, 2011).

Reconhecidamente a gestão de competências é cada vez mais um requisito para a afirmação dos padrões de qualidade profissional pelos quais nos pautamos. Na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, de entre uma série de contextos profissionais em que o enfermeiro se move, no âmbito da gestão dos cuidados, ambiente seguro, a Ordem dos Enfermeiros especifica a implementação de procedimentos de prevenção e controlo de infecção como uma competência, ao que acresce a formação contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2003), inferindo-se uma complementaridade indissociável entre estas duas vertentes.

Segundo Serrano *et al* (2011), o profissional revela-se num processo contínuo de construção e reconstrução, de confronto com patrimónios individuais e colectivos. Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjectividade de cada um, pelas singularidades no colectivo, que se articulam para reinventar um novo colectivo que, quando contextualizadas e consciencializadas, promovem aprendizagens ao longo da vida. Segundo os autores, existem esquemas de acção que permitem ao profissional adaptar-se naquilo que ele inova, que incorporados nas rotinas ampliam o *habitus*. Se este processo de adaptação se reproduzir em situações semelhantes e se estabilizar, criam-se novos esquemas de acção, enriquecendo o *habitus*. A tomada de consciência, como uma prática auto-reflexiva, pode favorecer a mudança de *habitus*. A formação emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir, no entanto, para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos profissionais nas situações de trabalho, ou seja, é necessário que a interacção com essa situação faça sentido.

A “prática baseada na evidência”¹⁸ tem surgido como uma fórmula para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Não obstante, é sempre necessário que o enfermeiro seja claro e cuidadoso na sua aplicação, ou seja, o profissional deve parar para reflectir sobre o impacto dos seus cuidados em nome da saúde e o porquê. Pode considerar-se que uma prática reflexiva é uma componente chave dos cuidados de saúde baseados na evidência, o verdadeiro carácter para uma boa prática profissional

¹⁸ A prática baseada na evidência tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas”. O que significa não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos (Craig e Smith, 2004).

(por exemplo, a adesão às precauções padrão para a prevenção e controlo de infecção) implica a reflexão sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interacções e intervenções nos doentes (Craig e Smith, 2004).

É necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos e sólidos, e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional, mobilizar a flexibilidade cognitiva, e mobilizar o próprio processo de integração enquanto sujeito que aprende (Serrano *et al*, 2011). De certa forma, os objectivos pretendidos por uma metodologia formativa activa.

Tem sido frequentemente referenciado na investigação o papel da formação contínua como estratégia de melhoria na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infecção, dos profissionais de saúde, e dos enfermeiros em particular (Gershon *et al*, 1995; Tipple *et al*, 2003; Melo *et al*, 2006; Pereira *et al*, 2005). Todavia os autores também questionam as metodologias de formação. Em seu entender não basta viabilizar momentos de formação contínua, as metodologias ou estratégias devem ser repensadas, nomeadamente a postura decorrente do ensino tradicional, meramente expositiva.

Dias (2004), no seu estudo que perspectiva a opinião dos formadores sobre a dinâmica da formação em serviço e o seu impacto na prática dos cuidados, reflecte sobre as exigências que a evolução contínua no contexto de qualquer actividade profissional, ao que a profissão de enfermagem não é alheia, tais como o aperfeiçoamento e actualização sistemáticos dos conhecimentos. Segundo o autor, pretende-se com esta abordagem a valorização dos profissionais, a optimização de recursos e a evolução qualitativa dos cuidados.

A educação permanente, processo que acompanha o desenvolvimento profissional dos indivíduos, atravessa o tempo e diferentes contextos, assumindo o que tem sido designado como educação ao longo da vida.

Segundo a Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI, a ideia de educação permanente deve ser reconsiderada e ampliada. Na verdade, além das adaptações necessárias em virtude das mudanças que ocorrem nas nossas vidas profissionais, a educação deve implicar também a construção contínua da pessoa, do seu saber, das suas aptidões, da sua capacidade para julgar e agir. Segundo esta



comissão, a educação ao longo da vida deverá assentar em quatro pilares: aprender a conviver; aprender a conhecer; aprender a fazer; e aprender a ser.

Aprendemos a conviver desenvolvendo o conhecimento a respeito dos outros, e com base nessa partilha e tomada de consciência da nossa interdependência nas relações interpessoais, torna-se possível enveredar por projectos comuns. Numa equipa de saúde, a interdisciplinaridade não exclui nem a independência e a autonomia de cada profissional, nem um referencial próprio que precise a contribuição específica no vasto domínio da saúde (Serrano *et al*, 2011).

Partindo de uma abordagem geral, para um aprofundamento de conhecimentos em determinado assunto do nosso particular interesse, aprendemos a conhecer. Noutras palavras, aprendemos a aprender, enriquecendo as nossas rotinas diárias.

Além da aprendizagem contínua profissional, é importante aprender a fazer, adquirir competências que permitam ao indivíduo fazer face às situações com que se depara no decorrer da sua actividade profissional, ou seja, desenvolver e promover novos esquemas de acção, que segundo Serrano *et al* (2011) podem transformar o profissional e o próprio contexto.

E finalmente aprender a ser, aprender a desenvolver a nossa personalidade e intelecto, e estar em condições de agir com cada vez mais autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal.

Em suma, a educação ou formação deve adaptar-se constantemente às mudanças da sociedade e do contexto, mas sem negligenciar as vivências, os saberes básicos e os resultados da experiência humana (Delors *et al*, 2010). Em concordância com esta perspectiva, que para formar não basta transmitir informação, Dias (2004) conclui, entre outros aspectos, que o processo formativo terá de ser facilitador da aprendizagem, deverá ser capaz de mobilizar as potencialidades do relacionamento interpessoal dos formandos de acordo com as diversas situações decorrentes do processo educativo, motivando os enfermeiros à procura de conhecimento específico, uma vez que o verdadeiro conhecimento tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não pode ser imposto. É também neste contexto que considera o factor motivacional como chave para a aprendizagem, uma vez que depende directamente das necessidades sentidas pelo indivíduo e que este persegue de forma prioritária.

Apesar do factor motivacional, ou individual, Dias (2004) questiona se não caberá também ao próprio formador desencadear estratégias de mobilização do interesse individual de cada profissional em formação, e em última instância do grupo? Não só a motivação afecta a aprendizagem, como também a aprendizagem afecta a motivação. Na perspectiva do autor, num contexto de mudança o formador deve incentivar os formandos a descrever as suas dificuldades e necessidades de formação, analisá-las para em seguida as problematizar e em conjunto procurar estratégias para dar resposta às dificuldades sentidas e necessidades identificadas.

Um desafio para a formação de adultos, como os profissionais de saúde já integrados no mundo do trabalho, é facilitar a integração dos novos conhecimentos adquiridos através da formação com base no conhecimento tácito do profissional que lhe advém da sua experiência, das interpretações das necessidades e perspectivas de cada pessoa com quem o enfermeiro interage nos seus encontros clínicos individuais (Craig e Smith, 2004).

É possível constatar pela experiência profissional e pela literatura que a formação em serviço em enfermagem desenvolvida replica o modelo escolar, o que de certa forma poderá explicar a sua ineficácia (Dias, 2004). Podendo socorrer-se de uma ampla panóplia de modelos formativos ou técnicas de formação, estamos conscientes de que a visibilidade da formação em serviço em enfermagem depende da capacidade dos sujeitos desenvolverem a capacidade de reflexão crítica sobre os cuidados que prestam e a melhor forma de trabalhar em torno da resolução de problemas reais. Assim sendo, na opinião de Dias (2004) para que a formação tenha visibilidade na prática dos cuidados é necessário que haja um acompanhamento por parte do formador no desenrolar do trabalho do dia-a-dia, com o objectivo de ajudar os formandos a desenvolver as competências necessárias para mobilizar em situações concretas os conhecimentos adquiridos.

Não obstante, apesar das diversas estratégias formativas “o acto de formar-se é sobretudo e em todas e quaisquer circunstâncias o acto de querer formar-se” (Arminda Costa *in* Dias, 2004).

Os processos de aprendizagem são diários, as mudanças tecnológicas e as exigências dos cuidados são contínuas e cada vez maiores, pelo que a adesão às medidas de prevenção de infecção assumem cada vez mais importância.



Apesar dos muitos trabalhos escritos sobre o assunto, este tema não se esgota, pelo que as equipas de saúde se vêem também continuamente desafiadas a criar estratégias humanas e técnicas para minimizar as IN, essencialmente o contexto deste trabalho cuja metodologia se explicita no capítulo seguinte.

4. ABORDAGEM EMPÍRICA E PERCURSO METODOLÓGICO

Tradicionalmente a ciência tem preferido as metodologias quantitativas, justificado pelo sucesso da medição, análise, réplica e conhecimento aplicado obtido com este paradigma. Todavia, os investigadores têm vindo a sentir a necessidade de explicar fenómenos que desafiam a medição, como os fenómenos dos valores das relações humanas, o que conduziu à aceitação da investigação qualitativa, como outra forma de produzir conhecimento (Streubert e Carpenter, 2002).

As duas metodologias – quantitativa e qualitativa – encaram a realidade sob diferentes perspectivas, mas ambas se desenvolvem sob um processo de investigação rigoroso.

Mais do que avaliar, a investigação qualitativa pretende descrever ou interpretar. É preocupação do investigador a compreensão ampla do fenómeno em estudo, observando, descrevendo e interpretando o meio e o fenómeno como se apresentam, como é vivido e relatado pelos participantes, sem procurar exercer controlo (Fortin, 2009).

Nesta perspectiva – de compreensão de um fenómeno vivido por um grupo de pessoas – optámos por assumir uma abordagem do tipo qualitativa, sob o método de investigação-acção. Segundo Streubert e Carpenter (2002) a investigação-acção é um método que implica agir para melhorar a prática e estudar os efeitos da acção desenvolvida. Um processo em muito semelhante ao processo de enfermagem, o investigador avalia, diagnostica, planeia, implementa e avalia os efeitos.

Pelo recurso a uma abordagem metodológica cuidada¹⁹, em articulação com a intervenção definida para imprimir mudança no seio de uma situação concreta, e finalmente as aprendizagens possibilitadas, pode considerar-se a investigação-acção como um sistema de actividades humanas que visa fazer emergir um processo colaborativo com o objectivo de produzir uma mudança.

¹⁹ Colheita de dados para identificar o problema, clarificar o quadro teórico que orienta a acção, proceder à colheita de dados e sua análise, a validação dos dados por métodos de triangulação e difusão de conhecimento.



Apesar da simultaneidade de desenvolvimento de algumas etapas do percurso de investigação, o seu desenvolvimento é expresso em quatro fases descritas por Streubert e Carpenter (2002): diagnóstico de situação, planeamento, acção e reflexão.

Neste trabalho, o diagnóstico de situação, o planeamento e a acção de formação foram prévios.

4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A metodologia da investigação-acção implica o estudo prévio de um contexto particular da prática para identificar áreas que necessitem de mudança, no entanto os investigadores diferem na sua abordagem no que se refere ao que vem primeiro – a análise ou a implementação.

Caso a análise venha primeiro, o processo de investigação-acção iniciar-se-á com a revisão da situação problemática. Caso a implementação venha primeiro, como no caso particular deste estudo, o investigador implementa a acção e avalia os seus efeitos (Streubert e Carpenter, 2002).

Decorrente da observação e conversas informais com os enfermeiros dos serviços de internamento enquanto enfermeiro de controlo de infecção e numa fase anterior a este estudo, foi identificada, entre outros aspectos, uma baixa adesão à prática de higiene das mãos, dificuldades na adequação do EPI aos procedimentos e a sub ou sobre valorização das precauções baseadas nas vias de transmissão (vulgo isolamento). Em suma, uma baixa adesão às precauções padrão, assumida pelos enfermeiros como decorrente da falta de conhecimentos ou formação.

Pela análise dos dados fornecidos pelo Departamento de Formação Contínua do HDFF, E.P.E. (enfermeiros com formação em prevenção e controlo de infecção) e pelo Serviço de Recursos Humanos (número de enfermeiros a 31 de Dezembro de 2009), calculámos a taxa de formação dos enfermeiros em prevenção e controlo de infecção²⁰, que até 31 de Dezembro de 2009 era de 27,72%²¹.

Da análise dos dados do Departamento de Formação Contínua respeitantes ao levantamento das necessidades de formação dos profissionais, verificámos que a

²⁰ Taxa de formação dos Enf^{os} em prevenção e controlo de infecção = (número de Enf^{os} com formação em prevenção e controlo de infecção / número total de Enf^{os} no exercício de funções no período em estudo) X 100 (PNCI, 2008)

²¹ Taxa de formação dos Enf^{os} em prevenção e controlo de infecção₂₀₀₉ = (56 / 202) X 100 = 27,72%

acção de formação em prevenção e controlo de infecção tinha ainda pendente mais de 100 inscrições de enfermeiros.

No sentido de dar resposta às necessidades de formação manifestas pelos profissionais, planeámos e desenvolvemos seis acções de formação subordinadas ao tema “Prevenção e Controlo de Infecção”. Estas acções decorreram durante o ano de 2010, entre os meses de Fevereiro e Novembro, tendo sido possível formar mais sessenta e nove enfermeiros. Em Dezembro de 2010, a taxa de formação de enfermeiros em prevenção e controlo de infecção passou a ser de 61,88%²².

No plano formativo desenvolvido privilegiámos a metodologia activa e introduzimos três *workshops*, ou mesas de trabalho, subordinadas ao tema da Higiene das Mãos, Máscaras e Respiradores e, Luvas.

4.2. PLANEAMENTO E ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Após o diagnóstico de situação inicial o nosso esforço desenvolveu-se no sentido de encontrar soluções para problemas da prática diária, através da implementação de mudanças na metodologia formativa, observação das práticas, entrevista aos profissionais e finalmente a sua avaliação (Streubert e Carpenter, 2002).

Foi neste sentido que nos propusemos ao desenvolvimento de um plano de formação com uma tónica mais prática (Anexo I), destinada aos profissionais da instituição. O principal objectivo deste plano formativo foi sensibilizar os profissionais para as boas práticas em prevenção e controlo de infecção e dotar os profissionais de competências transponíveis para as suas rotinas.

Os critérios definidos para a selecção dos formandos foram os seguintes: 1) profissionais sem formação em prevenção e controlo de infecção; 2) profissionais recém admitidos na instituição; 3) profissionais que manifestaram necessidade de formação em prevenção e controlo de infecção.

A metodologia adoptada foi a activa²³, tendo em conta que o público-alvo é maioritariamente constituído por profissionais de saúde já com experiência.

²² Taxa de formação dos Enf^{OS} em prevenção e controlo de infecção₂₀₁₀ = $[(56+69) / 202] \times 100 = 61,88\%$

²³ Metodologia centrada na actividade dos participantes cujo objectivo consiste em encontrar soluções para problemas (Segurado, 2006).



Esta metodologia implicou o recurso a estratégias promotoras da problematização dos temas tratados e uma abordagem orientada para o desenvolvimento da reflexão sobre o desempenho dos profissionais.

Apesar do cariz informativo de alguns dos conteúdos, a estratégia pedagógica desenvolvida envolveu a disponibilização de documentos originais e oficiais, e a análise de resolução de situações problema – com o intuito de mobilizar os conhecimentos anteriormente adquiridos – e a realização de mesas de trabalho com pequenos grupos. Estratégia pedagógica proposta por Segurado (2006) numa concepção construtivista da aprendizagem.

O dispositivo metodológico adoptado nas acções incluiu estratégias de ensaio através das mesas de trabalho (que envolvem a capacidade de analisar e reconstruir a prática dos profissionais), estratégias de elaboração (exercícios de relação com os conhecimentos já adquiridos e os novos) e estratégias de resolução de problemas (aplicação de soluções possíveis para os problemas propostos) (Vieira, 2004).

Neste momento, após o diagnóstico de situação e o desenvolvimento da acção de formação desenrola-se a investigação.

4.3. PROBLEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Após o desenvolvimento do plano formativo, quer em sala, quer pelo acompanhamento contínuo do enfermeiro de controlo de infecção nos serviços, importa agora perceber se os conteúdos do programa formativo foi compreendido pelos profissionais, se correspondeu às suas expectativas e se os profissionais foram capazes de transpor o conhecimento adquirido para as suas práticas.

Com este estudo pretendemos dar resposta às seguintes questões:

- Os enfermeiros na prestação de cuidados gerais dos serviços de internamento do HDFF, E.P.E. estão a aderir às práticas preconizadas pela política de precauções padrão da CCI?
- A formação desenvolvida em sala, subordinada ao tema “Prevenção e Controlo de Infecção”, complementada com as visitas do enfermeiro de controlo de infecção, na opinião dos enfermeiros, contribuiu para a mudança das práticas em prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão?
- Que factores influenciam a adesão às práticas pelos enfermeiros na prestação de cuidados gerais dos serviços de internamento do HDFF, E.P.E.?

4.4. OBJECTIVOS

Para responder às questões formuladas definimos os seguintes objectivos:

- Identificar os índices de adesão dos enfermeiros às práticas de prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão;
- Identificar factores que influenciam a adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infecção;
- Identificar a adequação às expectativas e necessidades dos profissionais, do programa formativo desenvolvido.

4.5. COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados seguirá duas abordagens, a observação participante e a entrevista semi-dirigida, sendo a população-alvo os enfermeiros dos serviços de internamento do HDFF, E.P.E.

Para a observação participante foram incluídos todos os enfermeiros na prestação de cuidados e em exercício de funções nos serviços de internamento de adultos.

Para a entrevista os critérios de inclusão foram os seguintes: no caso dos informantes-chave “peritos”, foi critério ser enfermeiro elo de ligação no serviço de internamento onde foram observadas as práticas; no caso dos informantes-chave “práticos”, foi constituída uma amostra por conveniência, sendo critério ser um de entre os enfermeiros no serviço onde foram observadas as práticas, com formação em prevenção e controlo de infecção e, aceitar participar no estudo.

As colheitas de dados decorreram em dois períodos distintos. Um primeiro período para a observação das práticas, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2010. O segundo período de colheita de dados, pela entrevista, decorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2011.

Observação

Para este estudo, o método adoptado foi a observação participante, com foco sobre as práticas dos enfermeiros no âmbito da prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão. Para o efeito foi elaborada uma grelha de observação (Anexo II),



organizada em seis pontos-chave, ou unidades de observação²⁴: os itens definidos na Política de Precauções Padrão da CCI do HDEF, EPE. Esta política foi veiculada nas acções desenvolvidas no plano de formação.

A fonte directa de dados foi o ambiente onde se desenvolveram os cuidados e o investigador foi o principal instrumento de recolha. No caso concreto do item "Colocação de Doentes", que implica a colocação de doentes de acordo com a cadeia epidemiológica, houve ainda necessidade de consultar os registos nos processos clínicos dos doentes internados. Todos os momentos de observação resultam de práticas rotineiras não tendo sido incluídas situações de emergência.

Foram acompanhadas as práticas de 32 enfermeiros dos serviços de internamento (num total de 68 enfermeiros na prestação de cuidados), com a seguinte distribuição: Especialidades Cirúrgicas, 57% (4 Enf^{OS}); Especialidades Médicas, 31,25% (5 Enf^{OS}); Cirurgia, 37,5% (6 Enf^{OS}); Medicina, 33% (8 Enf^{OS}); Ortopedia, 50% (9 Enf^{OS}). Esta distribuição justifica-se pelas diferentes dimensões das equipas e quando considerado que havia saturação dos dados decorrentes da observação, inerentes às próprias dinâmicas.

Foram observados os mais variados procedimentos e a adequação, ou conformidade com o definido na política de precauções padrão no decorrer dos mesmos. Da observação foi possível o registo e análise de 70 notas de observação (algumas das quais envolvem mais do que um profissional) de cuidados como a higiene e conforto à pessoa dependente, punção venosa periférica para colheita de sangue ou cateterização, mobilização, realização de penso a ferida cirúrgica e a ferida crónica, administração de terapêutica (via endovenosa, subcutânea e oral) e aspiração de secreções (Anexo III).

Segundo Streubert e Carpenter (2002) na observação participante, apesar de predominantemente o investigador observar, potencialmente entrevistar, ao que recorremos quando não foi possível a observação das práticas e havia necessidade de validar conhecimentos. Neste contexto foram registados 26 notas de observação (Anexo III).

O momento preferencial para a observação das práticas foi os turnos da manhã (8^H às 15^H), que nas dinâmicas das enfermarias são o turno com maior variedade de procedimentos. O investigador deslocou-se diariamente aos serviços, para períodos

²⁴ Actividades específicas e unidades de comportamento a observar.

de observação de aproximadamente uma hora e em horários diferentes até à saturação²⁵ dos dados. As visitas aos serviços foram organizadas desta forma porque em virtude da actividade profissional do investigador, que se desloca aos serviços diariamente, pretendeu-se que a sua presença não influenciasse as práticas dos profissionais. Os enfermeiros chefes dos serviços estavam a par do estudo a ser desenvolvido, tendo sido previamente abordados, ainda que de uma forma informal.

O modo de registo das observações das práticas dos enfermeiros reportou-se à conformidade dos procedimentos com as práticas recomendadas pela política de precauções padrão da instituição. A forma de análise dos dados foi apenas das práticas no contexto dos cuidados. O registo dos profissionais em exercício foi efectuado apenas para assegurar de que a observação das práticas não recaía sempre sobre os mesmos profissionais.

Entrevista

Para este estudo, a entrevista adoptada foi a semi-dirigida. Pelo recurso a este método pretendemos compreender as intenções por detrás das acções observadas, identificar factores reconhecidos pelos enfermeiros como facilitadores ou dificultadores para a adesão às precauções padrão e analisar a adequação do método de formação desenvolvido às necessidades e expectativas dos profissionais.

De acordo com os critérios de inclusão atrás referidos seleccionámos uma amostra intencional de dez informantes-chave em exercício de funções nos serviços de internamento de adultos do HDFF, E.P.E.: cinco “peritos”, enfermeiros elos de ligação com a CCI; e cinco “práticos”, enfermeiros nos cuidados gerais com formação em prevenção e controlo de infecção realizada em 2010. Da amostra prevista de dez enfermeiros, foi possível entrevistar oito profissionais, por dificuldades de gestão das disponibilidades de dois deles. Estes dois profissionais enquadrar-se-iam, um no grupo dos “peritos” e outro no grupo dos “práticos”. Apesar desta limitação, foi possível entrevistar profissionais de todos os serviços de internamento da instituição onde foi realizada a observação das práticas.

As entrevistas realizaram-se durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2011, nas instalações da instituição, em horário previamente combinado com os participantes e

²⁵ Fenómeno caracterizado pela estabilização das categorias de análise e no qual as informações suplementares não vêm acrescentar novos dados à compreensão do fenómeno (Streubert e Carpenter, 2002).



em espaços que possibilitaram a realização das mesmas de forma tranquila e sem interrupções. Tiveram a duração média de trinta minutos.

A participação dos profissionais na entrevista só ocorreu após uma abordagem individual e esclarecimento quanto ao objectivo do estudo (Anexo IV), e formal anuência ao termo de consentimento livre e esclarecido para recolha e registo em sistema áudio (Anexo V), a qual será destruída após a utilização no âmbito deste trabalho.

O investigador adoptou uma postura descontraída face aos entrevistados, procurando realizar uma entrevista que não sendo completamente aberta, permitisse ao entrevistado uma certa liberdade de discussão. De nossa parte, intervimos somente quando nos apercebêssemos que os pontos abordados se desviavam do pretendido.

Para o efeito foi elaborado um guião de entrevista (Anexo VI) organizado em várias questões dirigidas aos seguintes temas: a motivação dos profissionais para fazer formação em prevenção e controlo de infecção, a sua experiência formativa em função da metodologia adoptada, a sua percepção sobre os contributos da formação para a adesão às precauções padrão.

Os enfermeiros falaram abertamente acerca da sua experiência formativa, não só em sala, mas também as suas experiências de aprendizagem informais (decorrentes das visitas do enfermeiro de controlo de infecção), bem como das suas dificuldades para a adesão às medidas recomendadas e as suas sugestões de melhoria do plano formativo.

No final de cada entrevista foi feita uma recapitulação dos aspectos mais importantes, de forma a validar as ideias expostas, sujeitando-as a esclarecimentos, alterações ou correcções.

Uma vez recolhidos os testemunhos dos informantes-chave, prosseguimos à sua audição e transcrição integral. Os dados obtidos foram submetidos a análise de conteúdo, que segundo Deschamps citado por Dubouloz (1999) pode ser perspectivada em quatro fases: colocação em evidência do sentido global do texto; identificação de unidades de significação; desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação; síntese do conjunto das unidades de significação. Procedemos à leitura cuidada das entrevistas com o objectivo de encontrar unidades de significação, neste caso proposições. Estas foram colocadas à margem do texto, organizadas de

forma homogénea e categorizadas, ou seja, foi-lhes atribuído um nome representativo do fenómeno.

Para a análise de conteúdo, os autores fazem referência à tendência para o equilíbrio entre uma análise qualitativa e uma análise quantitativa dos dados decorrentes ou emergentes de uma entrevista. Este equilíbrio justifica-se pelo facto de a contagem da frequência dos indicadores conferir à análise uma riqueza complementar de grande significado, podendo apresentar-se na fase de interpretação como medida da importância, atenção ou ênfase concedida a um determinado objecto da comunicação (Amado, 2005).

Neste estudo, valorizámos a frequência com que as proposições surgem no mesmo contexto – análise de ocorrências – baseando-nos na hipótese implícita de que quanto maior for o interesse do informante-chave sobre determinado aspecto, maior será a frequência de referência a esse aspecto no seu discurso (Vala, 1988 *in* Amado, 2005).

4.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação qualitativa implica um conjunto de considerações éticas relacionadas com o consentimento informado, o anonimato, a obtenção de dados, entre outros (Streubert e Carpenter, 2002).

Para este estudo a primeira diligência feita foi junto do Conselho de Administração do HDFF, EPE no sentido de obter a sua aprovação para o desenvolvimento do estudo (Anexo VII).

Uma vez obtido o consentimento formal da instituição (Anexo VIII), antes de proceder à observação das práticas nos serviços, os enfermeiros chefes e responsáveis foram previamente informados, numa abordagem informal e de forma verbal. Foi-lhes dado a conhecer o intuito da observação, a metodologia a utilizar durante o período observacional e a autorização prévia para o efeito do Conselho de Administração da Instituição.

Os participantes tomaram conhecimento do estudo, numa abordagem informal e de forma verbal, dos seus objectivos e que o mesmo implicaria a observação das práticas.

Na obtenção do consentimento informado dos informantes-chave para as entrevistas, foi-lhes assegurado o respeito pela confidencialidade e anonimato, ao ser-lhes



atribuído um código numérico visando o respeito pelos pressupostos atrás enumerados.

Aos mesmos foram apresentados os objectivos do estudo, o seu contexto de realização, de forma verbal numa linguagem acessível, tendo-lhes sido dada a oportunidade de consultar o projecto de investigação se assim o desejassem. Tendo em conta o respeito pelo princípio de autonomia, os consentimentos foram obtidos de uma forma livre, esclarecida e voluntária.

Tendo ainda em conta o respeito pelo princípio da não maleficência, além da codificação numérica dos informantes-chave que participaram nas entrevistas, também os serviços onde foram efectuadas as observações, e os enfermeiros cujas práticas foram observadas, têm atribuído um código alfabético, de forma a que os dados observados ou as informações dadas não sejam relacionáveis com as fontes, pois “A garantia da confidencialidade implica que os dados dos sujeitos da investigação serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhece a fonte” (Behi e Nolan *in* Streubert e Carpenter, 2002, p. 44).

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo explicitaremos os resultados decorrentes da colheita de dados, obtidos pela observação participante e pela entrevista semi-estruturada. No sub-capítulo dedicado à apresentação dos dados resultantes da observação, estes surgem numa perspectiva descritiva, obtida pela determinação da frequência de determinada prática (através da observação), complementada com a determinação dos índices de adesão às práticas. Este valor baseia-se na regra de cálculo do índice de adesão às práticas de higiene das mãos adoptado pela DGS, tendo em conta as acções em conformidade com os critérios em avaliação em função da totalidade das observações que constituem uma oportunidade ²⁶. No sub-capítulo da entrevista, é feita a apresentação dos dados obtidos através da entrevista semi-estruturada, após o seu tratamento pela análise de conteúdo.

5.1. OBSERVAÇÃO

Uma vez que a este estudo importa identificar, numa perspectiva geral, as práticas dos enfermeiros em prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão, categorizámos as observações de acordo com os seis aspectos básicos que a compõem: Higiene das Mãos, Equipamento de Protecção Individual, Utilização de Material Corto-Perfurante, Colocação de Doentes, Controlo Ambiental e Higiene Respiratória/Etiqueta da Tosse.

Em todos estes aspectos, o registo das práticas observadas foi transposto para o formato de gráfico, de forma a que a análise dos dados seja mais intuitiva. Neste, os registos evidenciam-se em “sim” e “não”. Os registos em “sim” respeitam a todas as práticas observadas em conformidade com o preconizado pelas precauções padrão. Este registo poderá ainda respeitar aos conhecimentos evidenciados pelos profissionais quando questionados sobre as práticas, em entrevista informal, sempre que não tenha sido possível a observação. Os registos em “não” respeitam às

²⁶ **Índice de adesão** = (Acções em conformidade com os critérios em avaliação / Totalidade das observações que constituem uma oportunidade) X 100 (Costa *et al*, 2011)



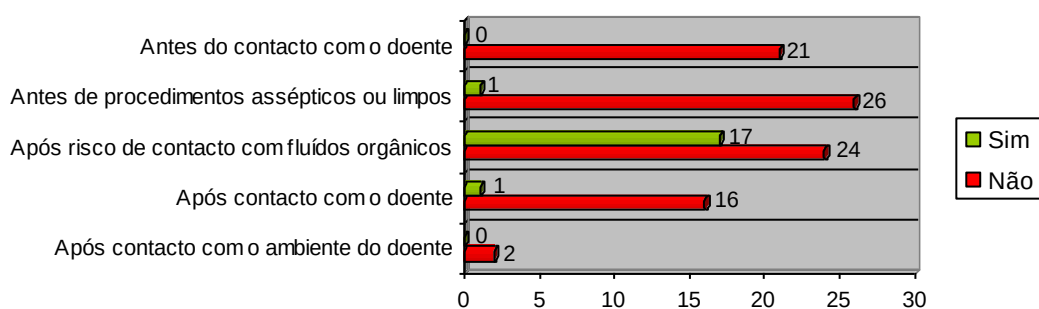
situações em que não se verificou conformidade nas práticas com as recomendações das precauções padrão, tanto em situações de omissão como quando a técnica executada era incorrecta. Este registo poderá respeitar ainda a situações em que, através de entrevista informal, não foram evidenciados os conhecimentos dos profissionais.

Embora no decorrer desta análise façamos referência aos relatos importa referir que alguns dos relatos envolvem mais do que um profissional e os dados apresentados resultam da observação das práticas dos profissionais envolvidos.

5.1.1. Higiene das Mãos

Durante a observação das práticas, o registo da adesão à higiene das mãos traduziu-se em oportunidades de realização do procedimento, organizada sob cinco momentos essenciais²⁷: antes do contacto com o doente, antes da realização de procedimentos assépticos ou limpos, depois do risco de contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, depois do contacto com o doente, depois do contacto com o ambiente do doente (Gráfico 1).

Gráfico 1: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para a higiene das mãos



Pela análise dos dados decorrentes da observação das práticas dos enfermeiros nos serviços de internamento, o índice de adesão à prática de higiene das mãos é de aproximadamente 18%. Neste âmbito, verifica-se maior adesão à higiene das mãos no momento "após risco de contacto com fluídos orgânicos", em detrimento dos outros momentos, ou padrões, e que a seguir detalhamos.

²⁷ Momentos definidos na Circular Normativa nº 13/DQS/DSD da DGS



As observações registadas do momento “antes do contacto com o doente” referem-se a actividades em que existe contacto directo com o doente. Contudo, estas actividades não são invasivas nem implicam contacto com pele não íntegra. Em todas as observações efectuadas neste contexto, num total de 21, os enfermeiros não higienizaram as suas mãos. As situações observadas respeitam à mobilizações do doente (7 obs. - relato 3, 9, 42, 43, 52, 62 e 81), cuidados de alimentação (2 obs. – relato 23, 77), administração de terapêutica oral (6 obs. – relato 24, 41, 63, 80 e 87) e cuidados de higiene (6 obs. – relato 37, 38, 53, 57 e 83). Em 4 observações o enfermeiro não dispunha de lavatório com água e sabão ou SABA nas proximidades da zona de cuidados, localizando-se o SABA mais próximo entre 2 a 3 metros (relato 23, 77, 80 e 81).

Em relação ao momento “antes de procedimentos assépticos ou limpos” os dados registados referem-se a procedimentos que implicam assepsia, como o contacto com mucosas e pele não íntegra, procedimentos invasivos ou contacto com dispositivos médicos invasivos, tais como: a aspiração de secreções, a realização de pensos, administração de terapêutica via subcutânea ou endovenosa, a colheita de sangue, a cateterização venosa periférica, o acesso a sistemas vasculares ou sistemas de drenagem, preparação de terapêutica. No total das 27 observações contextualizadas neste momento, apenas em uma o enfermeiro procedeu à higiene das mãos, que foi antes da preparação de terapêutica. As restantes 26 situações observadas em que o enfermeiro não higienizou as suas mãos distribuem-se entre a realização de penso (6 obs. – relato 1, 39, 51, 59, 60 e 64), a preparação de terapêutica via endovenosa e subcutânea (2 obs. – relato 2 e 7), a administração de terapêutica (9 obs. – relatos 5, 8, 40, 55, 63, 63, 78, 79 e 87), colheita de sangue venoso periférico (6 obs. – relatos 22, 44, 50, 58, 65 e 85), duas aspirações de secreções (relato 34 e 96) e uma cateterização venosa periférica (relato 88). No total das 26 observações, em 5 os enfermeiros não tinham acesso a lavatório ou SABA na proximidade da zona de cuidados (relatos 22, 34, 79, 85 e 88).

Todas as observações contextualizadas no momento “após risco de exposição a fluidos orgânicos” referem-se a todo e qualquer procedimento com risco acrescido de contacto com fluidos orgânicos ou que tenham efectivamente envolvido este contacto, independentemente do uso de luvas²⁸ (por exemplo: cuidados de higiene, aspiração

²⁸ O uso de luvas só tem indicação quando se prevê o contacto com sangue ou outros fluidos corporais, sendo que a sua utilização nunca invalida a higiene das mãos.



de secreções, a realização de penso – excepto com a técnica *no touch* -, administração de terapêutica via subcutânea ou endovenosa, a colheita de sangue ou de outros produtos. Em 41 observações que se contextualizam neste padrão, verificou-se conformidade com o preconizado em 17 observações e não conformidade²⁹ em 24 observações (um índice de adesão de aproximadamente 41%). Os enfermeiros higienizaram as suas mãos após a aspiração de secreções (relato 34 e 96) e após a prestação de cuidados a doentes sob precauções de isolamento (relato 28, 45 e 61). Após a realização de penso verificou-se adesão ao padrão em 4 observações (relatos 1, 39, 60 e 64) e não adesão ao padrão em uma observação (relato 59). Após outros procedimentos esta frequência de adesão foi menor. Após a administração de terapêutica endovenosa e subcutânea os enfermeiros higienizaram as suas mãos em 3 observações (relatos 55, 78 e 79) e não higienizaram as suas mãos em 6 observações (relatos 5, 8, 40, 55, 63 e 87). Após os cuidados de higiene verificou-se conformidade com o padrão em 3 observações (relatos 26, 37 e 66) e não conformidade em 8 (relatos 25, 26, 38, 57, 82, 83 e 84). Após a colheita de sangue em 3 observações verificou-se conformidade com o preconizado (relatos 44, 50 e 85) e em 5 observações não (relatos 11, 22, 35, 58 e 65). Nas 2 situações em que o enfermeiro manipulou o circuito de algaliação (relato 3 e 27) posteriormente não higienizou as suas mãos. Após uma cateterização venosa periférica (relato 88) o enfermeiro não procedeu à higiene das mãos.

No contexto do momento para a higiene das mãos “após contacto com o doente” preconiza-se esta prática após o contacto com um doente, numa abordagem mais social ou quando não houve qualquer contacto com fluidos orgânicos, ou sequer esse risco esteve presente. Neste âmbito enquadram-se práticas como cumprimentar o doente, mobilização do doente ou após a avaliação de pressão arterial. De entre as práticas observadas, 17 enquadrar-se-iam neste contexto. Destas, verificou-se a conformidade com o padrão numa observação, após a mobilização de doente no leito (relato 62), enquanto que nas restantes observações não se verificou conformidade com o preconizado. Os enfermeiros não procederam à higiene das mãos após a mobilização de doentes (6 obs. , relatos 3, 9, 42, 43, 52 e 81), após os cuidados de higiene com ajuda parcial (2 obs., relatos 4 e 10), após a avaliação de pressão arterial (2 obs., relato 29) e após a administração de terapêutica oral (5 obs. - relato 24, 41, 63, 80 e 87).

²⁹ De entre as situações/observações consideradas como não conforme com o recomendado, estão todas aquelas em que, apesar de o enfermeiro ter lavado as suas mãos, não o fez no *timing certo* (relatos 8, 10, 11, 22, 55, 57, 59 e 65) ou a técnica de higiene das mãos foi incorrecta (relato 51).



As observações do momento “após contacto com ambiente envolvente do doente” reportaram-se às situações em que o profissional abandona o ambiente envolvente do doente depois de ter tocado em equipamento, mobília, dispositivos médicos, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, sem ter estado efectivamente em contacto com o doente. São exemplos destas observações a mudança de roupa da cama, ajuste no ritmo das perfusões, manuseamento de monitores, manuseamento das grades da cama. Neste contexto, em que não houve qualquer contacto físico com o doente, foram observadas apenas duas situações, em que o profissional se dirigiu à unidade do doente para ajustar o débito de perfusão de uma bomba infusora (relatos 36 e 41) após o que não procedeu à higiene das mãos.

5.1.2. Equipamento de Protecção Individual

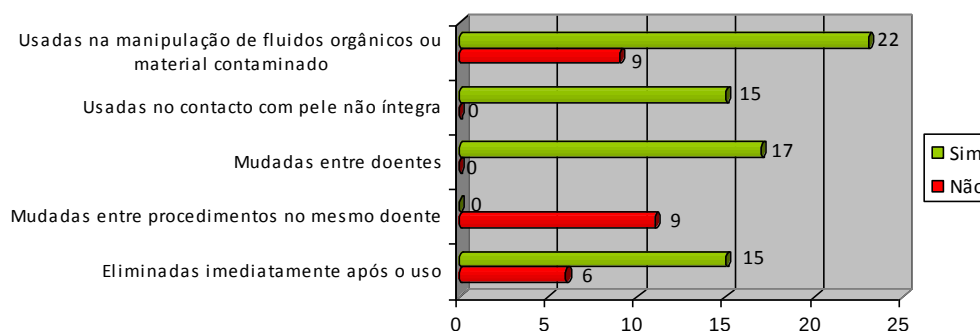
A observação das práticas no contexto do equipamento de protecção individual respeitou à sua adequação aos procedimentos efectuados e/ou a efectuar e respectivas indicações de utilização.

Procedemos à observação e registo da adequação das luvas, máscaras e respiradores, batas e aventais.

Luvas

Durante a observação das práticas na adequação das luvas aos procedimentos concentrámo-nos nos cinco cuidados essenciais com este EPI: as luvas são usadas na manipulação de fluidos orgânicos; as luvas são usadas no contacto com pele não íntegra; as luvas são mudadas entre doentes; as luvas são mudadas entre procedimentos no mesmo doente; as luvas são eliminadas imediatamente após o uso (Gráfico 2).

Gráfico 2: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para o uso de luvas





Pela análise dos dados calculámos que o índice de adesão às práticas recomendadas para o uso de luvas é de aproximadamente 74%, com uma expressividade positiva entre a maioria dos padrões em observação, excepto para o padrão "as luvas devem ser mudadas entre procedimentos no mesmo doente".

Em relação ao padrão "as luvas são usadas sempre que se prevê o risco de exposição ou a manipulação de fluidos orgânicos" foram consideradas em conformidade todas as práticas em que o profissional sabe adequar este equipamento, como por exemplo: nos cuidados de higiene a doente totalmente dependente; na realização de pensos (com excepção da técnica *no touch*); na colheita de sangue; na cateterização venosa; no manuseamento do circuito de algália e na aspiração de secreções; e na possível presença de microrganismos perigosos e altamente infecciosos. Em todos os procedimentos observados neste contexto, em 31 seria adequado o uso de luvas. Destes, em 22 observações verificámos conformidade com o padrão e em 9 observações não. De entre os cuidados/procedimentos em que se verificou total conformidade com o padrão descrito estão, a prestação de cuidados de higiene com ajuda total (12 obs. - relatos 25, 26, 37, 38, 53, 54, 57, 66, 82, 83 e 84), na prestação de cuidados a doentes em isolamento (4 obs. - relatos 45, 61, 86 e 89), na aspiração de secreções (2 obs. – relato 34 e 96) e na realização de penso (2 obs. - relato 39 e 64). Verificámos uma frequência de adesão menor na colheita de sangue, em que do total de 8 observações, em 6 os enfermeiros não usaram luvas (relatos 11, 22, 44, 50, 58 e 65) e em 2 observações os enfermeiros usaram luvas (relatos 35 e 85). Na manipulação do circuito de algaliação (2 observações, relatos 3 e 27) e na cateterização venosa periférica (relato 88) os enfermeiros não usaram luvas.

O padrão "as luvas são usadas sempre que se prevê contacto com mucosas ou pele não íntegra" também está intimamente relacionado com o anterior. De entre todas as práticas observadas, os cuidados de higiene com ajuda total (13 observações) contextualizam-se na íntegra neste padrão, assim como a realização de pensos³⁰ (2 observações). Na totalidade dos procedimentos observados os enfermeiros usaram luvas.

Para o padrão "as luvas devem ser trocadas entre doentes" procedeu-se ao registo das observações em que o profissional eliminou as luvas usadas nos cuidados a determinado doente, sem repetir a sua utilização para a prestação de cuidados a outro

³⁰ Com excepção da técnica *no touch*.



doente. Neste contexto enquadram-se 17 observações (cuidados de higiene - 8 obs.; após cuidados a doente em isolamento - 3 obs.; aspiração de secreções - 1 obs.; colheita de sangue, 2 observações; realização de penso - 2 obs.) e houve conformidade na sua totalidade com o padrão.

No padrão “as luvas devem ser mudadas entre procedimentos no mesmo doente”, nas observações das práticas dos enfermeiros não houve conformidade com o padrão descrito. Dos 9 procedimentos observados, os enfermeiros não mudaram de luvas nos seguintes cuidados: entre pensos diferentes (2 obs. - relato 39 e 64); e após os cuidados de higiene mantiveram as mesmas luvas para manusear roupa limpa ao fazer a cama (7 observações, relatos 25, 26, 37, 38, 57 e 83). A respeito desta última descrição é de ressaltar que o cuidado desejado era que os enfermeiros tivessem removido as luvas, e não propriamente a mudança deste EPI (uma vez que para manusear roupa limpa não são necessárias luvas).

Em relação ao padrão “as luvas são imediatamente eliminadas após o uso” foram consideradas em conformidade todas as observações em que este equipamento de protecção individual foi eliminado imediatamente após os cuidados, junto ao local de produção do resíduo, sem que o enfermeiro tenha tocado em qualquer outra superfície. De entre os procedimentos observados, 21 contextualizar-se-iam neste padrão. Destes, foi verificada conformidade em 15 observações e não conformidade em 6. Após cuidados aos doentes em isolamento (relato 45 e 61), após a realização de penso (relato 39 e 64) e aspiração de secreções (relato 34 e 96) os enfermeiros removeram as luvas imediatamente após os cuidados. Após os cuidados de higiene, em 4 observações não foi verificada conformidade com o padrão (relatos 4, 10, 25 e 84), não obstante, os enfermeiros removeram as luvas logo após os cuidados em 9 observações neste contexto (relatos 26, 37, 38, 54, 57, 66, 82 e 83). Nas duas colheitas de sangue em que os profissionais calçaram luvas (relatos 35 e 85), não as removeram imediatamente após o procedimento, pelo que estas observações foram consideradas como não conforme.

Na análise dos dados respeitantes à utilização de luvas, apesar de estar planeado na lista de verificação o item “As luvas são mudadas sempre que se danificarem”, esta prática não foi avaliada, uma vez que não ocorreu qualquer observação neste contexto e este também não era um cuidado possível de validar através da entrevista informal.



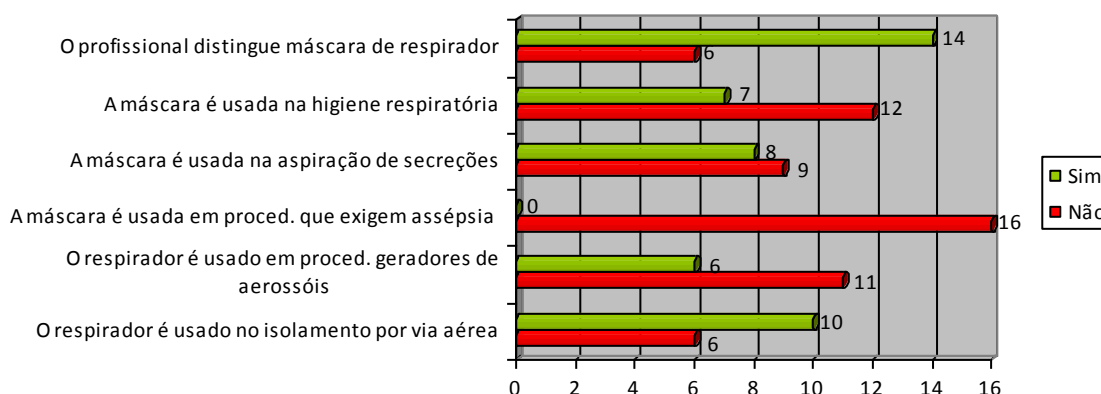
Máscaras e Respiradores

Para analisar a adesão às práticas no contexto da protecção respiratória, recorremos à observação e à entrevista informal³¹.

Apesar de apenas ter sido possível observar dois procedimentos que implicassem a utilização de máscara e respirador, considerámos que os critérios em observância neste contexto poderiam ser validados em função dos conhecimentos referidos pelos profissionais quando questionados (Gráfico 3).

De uma forma geral, o índice de adesão às práticas recomendadas para o uso de máscaras e respiradores foi de aproximadamente 43%, cuja distribuição evidenciou algumas diferenças, que de seguida detalhamos.

Gráfico 3: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para o uso de máscaras e respiradores



Sob pena de compromisso da eficácia do EPI, máscara ou respirador, o profissional deverá saber distingui-los, isto é, deverá saber descrever as suas diferenças essenciais e indicações de utilização. Neste contexto questionámos 20 enfermeiros, entre os quais 14 souberam distinguir a máscara de respirador (relatos 32, 45, 47, 68, 71, 74 e 89), enquanto que 6 não souberam identificar os aspectos que os distinguem (relatos 12, 17 e 74).

Uma das indicações de utilização de máscara é no contexto da higiene respiratória, ou seja, para a contenção de secreções na fonte (na atenção particular, no doente) a fim de evitar a dispersão de gotículas contaminadas, ou potencialmente contaminadas

³¹ Na observação participante, apesar de predominantemente o investigador observar, potencialmente entrevistará (Streubert e Carpenter, 2002).

com microrganismos. Para este cuidados é suficiente que o doente colabore com a colocação e manutenção de máscara cirúrgica. Neste contexto foram registados os dados de 19 relatos decorrentes das entrevistas informais. 7 enfermeiros identificaram o recurso a máscara no contexto da higiene respiratória (relatos 32, 68, 73 e 91) e 12 profissionais não (relatos 12, 14, 17, 71, 91 e 93).

Para a avaliação do padrão “ a máscara é usada na aspiração de secreções” apenas nos foi possível observar 2 procedimentos nos quais houve efectivamente conformidade com o preconizado (relato 34 e 96). Os restantes 15 dados apresentados foram obtidos através da entrevista informal. Entre estes, 6 enfermeiros identificaram a utilização de máscara para a aspiração de secreções (relatos 32, 71, 74 e 93), enquanto que 9 enfermeiros não (relatos 12, 17, 68 e 74).

O recurso a máscara em procedimentos realizados na enfermaria e que exigem assepsia, especificamente a realização de penso a cateter venoso central (CDC, 2009), pretende proteger o doente da flora microbiana que coloniza a nossa mucosa oral e fossas nasais. Numa totalidade de 16 profissionais aos quais se proporcionou questionar este aspecto, nenhum identificou a adequação de máscara a este tipo de procedimento (relatos 12, 17, 32, 68, 71, 74 e 93).

Os respiradores têm dois contextos de utilização: para protecção do profissional sempre que o procedimento a efectuar seja gerador de aerossóis (como a nebulização, mas também na aspiração de secreções dos doentes em isolamento) e na abordagem ao doente em isolamento por via aérea. Em relação ao primeiro cuidado, 6 enfermeiros souberam identificar esta utilização de respirador (relatos 32, 74, 89 e 93) e 11 enfermeiros não (relatos 12, 17, 68, 71 e 74). Nos cuidados ao doente em isolamento por via aérea, 10 enfermeiros descreveram a indicação de utilização do respirador (relatos 93, 74, 71, 68 e 32) e 6 enfermeiros não relataram esta indicação (relatos 12, 17 e 74).

No que respeita ao padrão “máscaras e respiradores são eliminados imediatamente após o uso”, as únicas observações proporcionadas neste contexto foram a aspiração de secreções, tendo havido conformidade com o definido nas duas situações (relato 34 e 96).

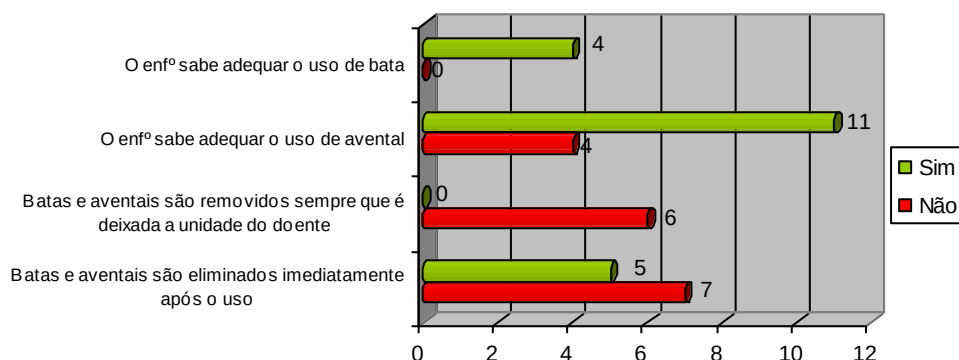


Batas e aventais

Este EPI é utilizado com o intuito de prevenir a contaminação da roupa e da pele dos profissionais durante procedimentos, e na prestação de cuidados, em que exista elevada probabilidade de produção de salpicos e fluidos orgânicos.

Para não comprometer a eficácia deste EPI os profissionais no decorrer das suas práticas deverão observar alguns cuidados tais como: saber adequar o uso de bata ou avental; trocar sempre a bata ou avental entre doentes; remover a bata ou avental sempre que se abandona a unidade do doente e imediatamente após o uso (Gráfico 4). Neste âmbito, o índice de adesão às práticas recomendadas para o uso de batas e aventais foi de aproximadamente 54%.

Gráfico 4: Conformidade das práticas com o recomendado para o uso de batas e aventais



O uso de bata impermeável é adequado na prestação de cuidados ao doente sob precauções de isolamento por contacto ou gotículas, sempre que em função do procedimento a efectuar se prevê o contacto com fluidos orgânicos. Nos 4 procedimentos observados em que era adequado o uso de bata (relatos 45, 56, 86 e 89) os enfermeiros usaram sempre este EPI. O contexto dos cuidados desenrolou-se junto de doentes em isolamento.

É considerado adequado o uso de avental impermeável sempre que no decorrer dos cuidados se prevê contacto com fluidos orgânicos ou existe risco de salpicos, como por exemplo na prestação de cuidados de higiene ou na aspiração de secreções. Foram observados 12 cuidados de higiene, 2 aspirações de secreções e 1 administração de terapêutica a doente em isolamento por contacto. Apenas em 2 observações no contexto dos cuidados de higiene não foi utilizado avental (relato 10 –



cuidados de higiene com ajuda parcial; relato 57 – enfermeiro equipado com bata de pano nos cuidados a doente totalmente dependente) enquanto que nas restantes observações os enfermeiros souberam adequar este EPI (relatos 4, 25, 26, 37, 38, 53, 54, 57, 66, 82 e 83). Nas 2 observações respeitantes à aspiração de secreções, os enfermeiros não utilizaram avental (relatos 34 e 96), apesar de ser indicado. Na abordagem ao doente em isolamento, tendo em conta o risco representado pelo procedimento, o enfermeiro soube adequar o uso de avental (relato 61).

Eventualmente, no decorrer dos cuidados é necessário abandonar a unidade do doente, o que no conjunto das observações se deveu à necessidade de ir buscar material, cremes ou loções para os cuidados ao doente. Não obstante, e para minimizar o risco de infecção cruzada “as batas e aventais devem ser removidas sempre que o profissional sai da unidade do doente”. No âmbito deste padrão obtivemos 6 observações e em nenhuma foi verificada conformidade das práticas com o padrão definido (relatos 4, 25, 54, 83, 84 e 86).

Como qualquer EPI, as batas e aventais são de uso único, pelo que devem ser eliminadas imediatamente após o uso. Com esta prática assegura-se que este EPI seja trocado entre doentes e consequentemente diminuimos o risco de transmissão cruzada. Num total de 12 observações neste contexto, em 5 os enfermeiros eliminaram este EPI imediatamente após o uso e em 7 não. Nas 5 observações em que houve conformidade com o padrão nas práticas dos enfermeiros, 3 observações respeitam a cuidados de higiene a doentes totalmente dependentes (relatos 26, 38 e 57) e 2 observações contextualizam-se nos cuidados a doentes em isolamento (relatos 45 e 61). De entre as observações em que não foi verificada conformidade com o padrão, uma reporta a cuidados de higiene com ajuda parcial (relato 4), 5 reportam a cuidados de higiene com ajuda total (relatos 37, 57, 66, 82 e 83) e uma contextualiza-se nos cuidados ao doente em isolamento (relato 86).

5.1.3. Utilização de material corto-perfurante

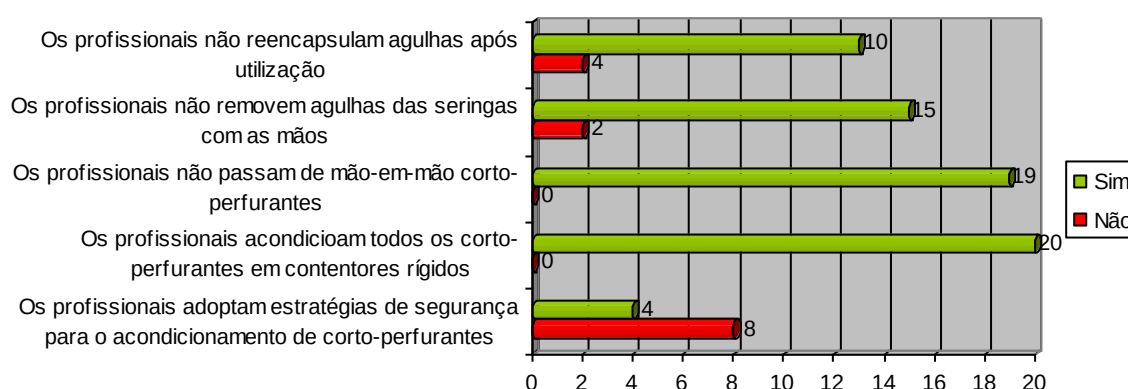
Na manipulação de agulhas, bisturis ou outros dispositivos médicos corto-perfurantes devem ser observados uma série de cuidados com o intuito de minimizar o risco de acidentes. Os cuidados definidos pelas precauções padrão e em avaliação nas observações efectuadas foram os seguintes: não reencapsular agulhas após utilização; não retirar agulhas das seringas com as mãos; não passar de mão-em-mão



objectos corto-perfurantes; todos os corto-perfurantes devem ser acondicionados em contentores rígidos; os profissionais adoptam estratégias de segurança para o acondicionamento de corto-perfurantes.

Neste contexto, observámos a utilização, triagem e acondicionamento de corto-perfurantes em procedimentos como a administração de terapêutica endovenosa e subcutânea, cateterização venosa periférica e colheita de sangue, num total de 20 observações (Gráfico 5). Pela análise dos dados decorrentes da observação das práticas dos enfermeiros, o índice de adesão aos padrões recomendados para a utilização de corto-perfurantes foi de aproximadamente 83%.

Gráfico 5: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para a utilização de corto-perfurantes



No âmbito do padrão “os profissionais não reencapsulam agulhas após utilização”³² foram registadas todas as práticas em que se aplica este cuidado num total de 14. Destas, verificou-se conformidade com o padrão em 10 observações (relatos 22, 40, 44, 50, 58, 65, 78, 79, 85 e 88) e em 4 das observações não, em que após utilização (administração de terapêutica via sc – relatos 11, 35, 55 e 63) dois enfermeiros reencapsularam a agulha.

No que respeita ao padrão “os profissionais não removem agulhas das seringas com as mãos” verificou-se uma boa adesão dos profissionais. Em 15 observações os enfermeiros não removem as agulhas das seringas com as mãos (após utilização²⁹) e

³² Entende-se por utilização o contacto com sangue do doente, como a colheita de sangue, cateterização venosa periférica e administração de terapêutica via sc ou ocasionalmente via ev (se administrada com agulha).

apenas em 2 observações (relatos 8 e 11) os enfermeiros removeram as agulhas das seringas com as mãos após utilização²⁹.

No contexto do padrão “os profissionais não passam de mão-em-mão corto-perfurantes” tendo havido conformidade das práticas na totalidade das observações (19 obs.).

Todos os corto-perfurantes, num total de 20 observações, foram acondicionados em contentor rígido, isto é, contentor homologado imperfurável.

Em relação ao padrão “os profissionais adoptam estratégias de segurança para o acondicionamento de corto-perfurantes” foram observadas e registadas as práticas em que, não estando disponível na zona de trabalho contentor para o acondicionamento imediato deste resíduo, o profissional adoptou a seguinte estratégia de segurança: fazer-se acompanhar de contentor rígido num tabuleiro, ou levar o carro de medicação equipado com um contentor rígido, por exemplo para a administração de terapêutica. Neste contexto foram efectuadas 12 observações, em 8 das quais o profissional não adoptou estratégias de segurança para minimizar o risco de acidente por picada (relatos 5, 8, 11, 35, 55, 63 e 65) e em 4 sim, o enfermeiro fez-se acompanhar de contentor portátil para o acondicionamento de corto-perfurantes (relatos 22, 30, 40 e 44).

5.1.4. Colocação de Doentes

Para conter microrganismos multirresistentes (isolamento de contenção) ou proteger doentes imunocomprometidos (isolamento protector), a colocação de doentes deve ser feita de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção, tendo em conta a situação clínica e a susceptibilidade imunológica dos doentes em questão.

Para a colheita de dados neste âmbito, além da observação das práticas, questionámos os profissionais sobre os diagnósticos clínicos dos doentes internados, verificámos os registos nos processos clínicos, a informação disponível no quadro resumo da sala de enfermagem e a adequação da sinalética definida para as precauções de isolamento às medidas efectivamente implementadas.

Os dados registados neste contexto tiveram em conta os seguintes padrões: a colocação de doentes é efectuada de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção; são implementadas medidas empíricas de isolamento; os doentes sob



precauções baseadas nas vias de transmissão estão devidamente identificados; as precauções baseadas nas vias de transmissão são devidamente transmitidas à equipa.

Os dados relativos à implementação de medidas empíricas de isolamento foram principalmente obtidos através da entrevista informal. De entre os profissionais questionados, 1 conhecia as medidas empíricas e 3 não as conheciam. Numa das observações (relato 46) o isolamento observado era uma medida empírica.

No período observacional estiveram 7 doentes em isolamento, por contacto e gotículas (relatos 28, 45, 46, 56, 61, 86 e 89). Em todas as observações efectuadas verificou-se conformidade com o definido para a sua colocação (de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção e a virulência do microrganismo), a sua identificação (pelo recurso à sinalética desenvolvida pela CCI) e no que respeita à transmissão de informação à equipa (registo no processo do doente, no quadro resumo do serviço e sinalética).

5.1.5. Controle Ambiental

O controlo ambiental engloba os cuidados na gestão de derrames ou salpicos de matéria orgânica, a gestão de resíduos hospitalares, os cuidados com as roupas hospitalares, os cuidados no transporte de doentes de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção e finalmente o controlo de visitas (especificamente os visitantes de doentes sob precauções de isolamento).

Gestão de derrames ou salpicos de matéria orgânica

Pela elevada carga microbiana e pelo facto de constituir um óptimo meio de cultura de agentes patogénicos, a devida contenção e limpeza de derrames é sempre prioritária no contexto da higiene e limpeza do ambiente.

No que respeita a este cuidado, o enfermeiro (como formador do assistente operacional) deverá conhecer o procedimento para a gestão de derrames e salpicos de sangue ou outra matéria orgânica, de forma a tornar o ambiente seguro.

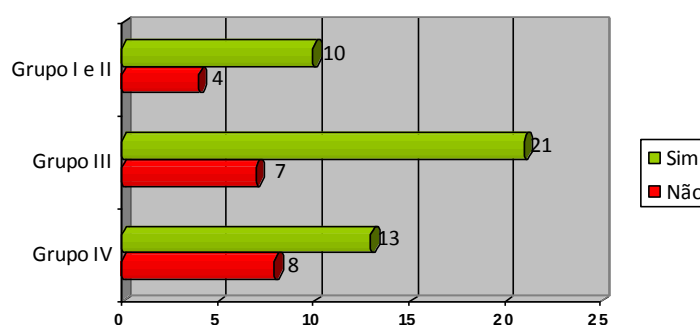
Dado que não foi possível observar qualquer procedimento neste contexto, recorreremos à entrevista informal para validar os conhecimentos dos profissionais. Num total de 19 enfermeiros entrevistados, 6 souberam identificar as etapas do procedimento de

gestão de derrames³³, enquanto 13 não souberam, o que representa um índice de adesão de aproximadamente 32%.

Gestão de resíduos hospitalares

Os dados obtidos neste contexto reportaram-se à observação da prática. Considerámos que houve conformidade com os padrões definidos quando a triagem e acondicionamento de resíduos ocorreu no momento certo (ou seja, junto ao local de produção do resíduo) e simultaneamente foi correctamente acondicionado (resíduos do grupo I e II para saco preto, resíduos do grupo III para saco branco e resíduos do grupo IV para saco vermelho ou contentor impermeável) (Gráfico 6).

Gráfico 6: Conformidade das práticas observadas com o recomendado para o acondicionamento de resíduos hospitalares



Apesar de em todas as observações ter sido feito um correcto acondicionamento dos resíduos hospitalares (excepto em 4 observações: relatos 39, 51, 59 e 60), o mesmo não se verificou em relação ao momento do seu acondicionamento e como tal, as práticas foram consideradas como não estando em conformidade com o padrão definido. Não obstante, o índice de adesão às práticas recomendadas para o acondicionamento de resíduos hospitalares foi de aproximadamente 70%.

Em relação aos resíduos do Grupo I e II, num conjunto de 14 observações, em 4, os enfermeiros não fizeram uma correcta triagem dos resíduos (relatos 39, 51, 59 e 60),

³³ Caso não conhecessem o procedimento de memória, mas soubessem socorrer-se dos instrumentos desenvolvidos pela CCI (tabelas de bolso e organigrama disponibilizado nos serviços), os seus conhecimentos foram considerados como válidos.



enquanto que em 10 observações foi verificada conformidade com o padrão.

Em relação aos resíduos do Grupo III, num conjunto de 28 observações, em 7 não foi verificada conformidade com o padrão na medida em que apesar do seu correcto acondicionamento, o momento não foi o correcto (relato 1, 8, 10, 11, 35, 55 e 85).

Em semelhança ao anterior, num conjunto de 21 observações de triagem e acondicionamento de resíduos do grupo IV (agulhas e ampolas de vidro), em 8 observações não foi verificada conformidade com o padrão, pois apesar do seu acondicionamento no contentor devido, o momento não foi o correcto (relato 5, 8, 11, 35, 40, 55, 63 e 65).

Roupas hospitalares

No que respeita aos cuidados com as roupas hospitalares foi verificada conformidade na totalidade das observações das práticas dos enfermeiros. Os padrões em observância foram os seguintes: a roupa limpa tem o mínimo de manipulação, isto é, só é colocada na unidade do doente a roupa limpa exclusivamente necessária (relato 25, 26, 38, 53, 54 e 83); a roupa suja é triada junto ao local de produção e é retirada da unidade do doente logo que possível (relato 4, 25, 26, 38, 53, 54 e 57); a roupa suja é manipulada com segurança, com luvas no caso de estar contaminada e com suavidade (relato 25, 26, 38 e 66).

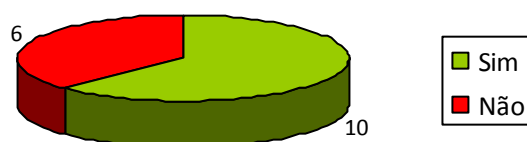
Todos estes momentos da observação respeitaram a cuidados de higiene e nos serviços, os profissionais dispõem de carros de higiene que se deslocam para a zona de prestação de cuidados, onde está acondicionada a roupa limpa. Dispõem ainda de carros rodados com tampa accionada por pedal com saco impermeável para acondicionamento da roupa suja, na sua área de trabalho.

Transporte de doentes

Para a colheita de dados neste contexto recorreremos à entrevista informal aos profissionais, uma vez que não foi possível observar as práticas. Procurámos validar os conhecimentos dos profissionais, dando exemplos das situações mais frequentes (isolamento por gotículas e contacto) e solicitando ao profissional que explicasse como procederia.

No gráfico 7 apresentamos os dados representativos dos conhecimentos demonstrados pelos profissionais neste contexto.

Gráfico 7: Conformidade dos relatos da entrevista informal com as medidas recomendadas para o transporte de doentes de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção

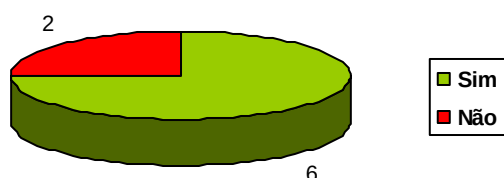


De entre os 16 profissionais questionados neste contexto, 10 descreveram correctamente os cuidados no transporte de doentes em isolamento (relato 28, 33, 45, 46, 70, 73, 76, 89 e 91) e 6 não os souberam indicar (relato 14, 21, 33 e 91). Os dados evidenciam um índice de adesão às práticas recomendadas de aproximadamente 63%.

Controlo de visitas

Não obstante a importância do controlo de visitas em qualquer contexto no ambiente hospitalar, no caso dos doentes em isolamento este cuidado é particularmente necessário tendo em conta a importância epidemiológica dos microrganismos que causam infecção no doente. Nem sempre foi possível observar as práticas dos enfermeiros neste contexto, pelo que os dados apresentados no gráfico 8 reflectem também dados obtidos através da entrevista informal.

Gráfico 8: Conformidade com as medidas recomendadas para a restrição de visitas a doentes sob isolamento



Foram questionados 5 profissionais, dos quais 2 não identificaram a necessidade de restrição de visitas (relatos 13 e 18) e 3 identificaram este cuidado (relatos 13, 18 e



28). Observámos também 3 enfermeiros a comunicar à portaria a necessidade de restrição de visitas mediante o isolamento implementado (relato 46, 56 e 92). Estes dados evidenciam um índice de adesão a estas práticas de aproximadamente 75%.

5.1.6. Higiene Respiratória/Etiqueta da Tosse

Entre os cuidados preconizados para a prevenção de infecção respiratória estão as medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse, com o objectivo de minimizar a dispersão de gotículas de saliva ou secreções respiratórias no ambiente. Tais medidas consistem em: proteger a boca ou nariz sempre que se tossir ou espirrar sem ser com as mãos; é recomendado usar um lenço de papel após o que se deve lavar as mãos.

Neste âmbito observámos apenas 5 situações. Em qualquer destas observações não foi verificada conformidade das práticas com os padrões definidos (relatos 6, 31, 67, 94 e 95).

5.2. ENTREVISTA

Foram entrevistados oito informantes-chave com formação em prevenção e controlo de infecção realizada em 2010: quatro “peritos”, enfermeiros elos de ligação com a CCI; e quatro “práticos”, enfermeiros na prestação de cuidados gerais.

O tipo de entrevista adoptado, semi-estruturada, assegurou ao entrevistado uma certa liberdade de discussão, ao mesmo tempo que se manteve um fio condutor num momento que em muito se assemelhou a uma conversa informal.

Seguindo a técnica de análise de conteúdo, começámos por analisar os grupos de “peritos” e “práticos” isoladamente com o intuito de perceber diferenças entre estes grupos, e só posteriormente realizámos a análise conjunta dos dois grupos. Da análise e sistematização dos dados decorrentes das entrevistas efectuadas emergiram as seguintes categorias: motivação para a formação, reflexos da formação, aspectos valorizados na experiência formativa, percepção das visitas do enfermeiro de controlo de infecção (ECI) e, factores que influenciam a adesão às práticas (Quadro 2).

**Quadro 2:** Categorização dos dados decorrentes das entrevistas aos informantes-chave

Categorias	Sub-categorias	Unidades de informação	“práticos”	“peritos”	Total
A. Motivação para a formação	A.1. Melhorar as práticas	Perspectiva individual	3	3	6
		Perspectiva colectiva	4	6	10
	A.2. Novos conhecimentos		6	2	8
	A.3. Aprofundar conhecimentos		4	4	8
B. Reflexos da formação	B.1. Espírito reflexivo/crítico		10	7	17
	B.2. Mudanças nas práticas	Perspectiva individual	2	1	3
		Perspectiva colectiva	7	4	11
	B.3. Predisposição para a mudança		2	9	11
	B.4. Novos conhecimentos		4	5	9
	B.5. Melhor comunicação entre classes profissionais		0	1	1
C. Aspectos valorizados na formação	C.1. Pontos fortes	Conteúdos programáticos	5	1	6
		Mesas de trabalho	8	7	15
		Multidisciplinaridade	0	6	6
		Actualização de normas e procedimentos da CCI	3	0	3
	C.2. Pontos menos fortes	Gestão do tempo de formação	2	1	3
	C.3. Sugestões de melhoria	Formação <i>in loco</i>	3	1	5
		Continuidade do plano formativo	4	6	10
D. Percepção das visitas do ECI	D.1. Formativas		6	3	9
	D.2. Como complemento à formação		6	7	13
	D.3. Concretiza a teoria na prática		7	3	10
	D.4. Veículo de informação		6	2	8
E. Factores que influenciam a adesão às práticas	E.1. Estruturas	Espaço físico	3	7	10
		Para a higiene das mãos	4	4	8
		Para isolamento	1	1	2
	E.2. Formação		5	7	12
	E.3. Crenças pessoais		5	4	9
	E.4. Excesso de trabalho		11	4	14

Motivação para a formação

O factor motivacional como factor predisponente para a mudança, é dos mais importantes num processo formativo.

Os enfermeiros referiram ter-se proposto a fazer formação em prevenção e controlo de infecção para adquirir novos conhecimentos, actualizar ou complementar a sua formação base em controlo de infecção e principalmente, com o objectivo de melhorar as suas práticas.



“... era uma formação para a qual me despertou sempre o interesse uma vez que é uma realidade em todos os serviços (...) transversal a qualquer instituição hospitalar e de facto a nossa formação base é deficitária (...) As características do próprio serviço, com a quantidade de doentes infectados que tem, fez com que seja uma necessidade ainda mais premente...” N.E. 2

O objectivo de melhoria das práticas, foi ainda referido, quer numa perspectiva individual, quer numa perspectiva colectiva, assumindo-se os enfermeiros como agentes de mudança nos seus serviços.

“Primeiro, porque nunca tinha tido uma formação específica de controlo de infecção, depois (...) também para haver umas alterações aqui a nível do serviço, de algumas coisas que eu achava que não estavam tão correctas” N.E. 3

“... queria não só repensar as minhas práticas, como fazer uma análise daquilo que se faz no serviço, daquilo que pode ser melhorado...” E. 1

“... acho fundamental para a minha prática de enfermagem aprender mais, nomeadamente sobre a infecção porque serve como prevenção de situações futuras...” E. 3

Reflexos da formação

Decorrente da análise dos dados no que respeita aos reflexos da formação, apercebemo-nos do desenvolvimento de espírito reflexivo/crítico, além das mudanças nas práticas, evidenciaram predisposição para a mudança, valorizaram as melhorias na comunicação e demonstraram novos conhecimentos.

Após o desenvolvimento de um período formativo é muito difícil que os formandos dominem todos os conteúdos transmitidos. Todavia, o desenvolvimento de espírito reflexivo/crítico, devidamente fundamentado, sobre a realidade que nos rodeia, sobre os nossos contextos de trabalho denota uma maior sensibilidade dos profissionais para a prevenção e controlo de infecção.

“...fazer o melhor para o doente implica fazeres o melhor em prevenção e controlo de infecção...” E.4



“Nós não temos se calhar ainda assim estatísticas de consumo [SABA], daquilo que modificou, mas acho que estamos a mudar.” E.1

“Se o local de acondicionamento do material é o mais adequado, se deve estar naquele sítio, a que distância é que deve estar do doente, se aquele material deve ser considerado infectado ou não quando está exposto...”

N.E.2

As mudanças nas práticas tiveram muita expressividade nos discursos, não somente nos relatos directos mas através de exemplos ilustrativos das rotinas dos enfermeiros, relatados durante a entrevista. As mudanças nas práticas referidas respeitam tanto a práticas individuais como colectivas, ou seja, no seio da equipa.

“As práticas agora são substancialmente diferentes, existe a preocupação com as medidas de isolamento, existe a preocupação com as medidas de contacto, existe a preocupação com a sinalização.” N.E. 2

“Teve repercussões sobre a gestão do plano de trabalho, no contexto da prevenção de infecção do local cirúrgico, foi falado e a equipa mudou em massa (...) A nossa rotina mudou completamente” N.E. 4

“... a utilização de solução alcoólica, pela minha parte passou a ser muito mais frequente (...) fazia sobretudo a lavagem social das mãos e não a lavagem que se deve fazer (...) o SABA é tão ou mais eficaz do que só a lavagem social...” E. 1

“... já mudamos as luvas de doente para doente e antes não o fazíamos...” E. 3

“... as coisas não eram logo aceites. Tivemos o caso da roupa suja, tivemos o caso da louça descartável (...) Como quase tudo o que tem de ser implementado, no início é capaz de haver resistência (...) mas ao fim de algum tempo as pessoas passaram a fazer isso já de forma quase natural...” E. 4

Na categoria em análise emergiu uma subcategoria, “predisposição para a mudança”, que apesar de se poder relacionar com a motivação, ficou explícito pelos relatos de que esta predisposição decorreu da formação.

“...temos todos que trabalhar entre todos e sensibilizar-nos uns aos outros porque sei que também cometo alguns erros e tenho um colega que me



pode dizer que em vez de fazeres assim se calhar é mais correcto assim”

N.E.3

“... já conversamos um bocadinho sobre essas coisas, vai-se perdendo um bocado aquele mito de mais vale estar calado (...) O papel da formação veio no fundo quebrar alguma resistência...” E.1

“... as pessoas já começam a estar alerta para muito mais coisas, já questionam, já mudam, têm interesse em pedir material novo...” E.3

Alguns dos “peritos” valorizaram também a melhoria da comunicação entre classes profissionais e entre serviços, como reflexo da multidisciplinaridade impressa na formação e sala. No contexto dos reflexos da formação, surgiu apenas uma relação directa da multidisciplinaridade com a formação, que se reflectiu numa melhor comunicação entre classes profissionais.

“... a relação com os médicos. Para já fez com que houvesse uma comunicação maior...” E.3

A aquisição de novos conhecimentos como reflexo da formação teve uma expressividade equilibrada nos discursos dos “práticos” e dos “peritos”.

“Acho que com a aprendizagem, com as coisas que aprendemos fomos tendo mais a certeza do que tínhamos de fazer como medidas de prevenção, os comportamentos foram mudando realmente” E.3

“Antes não sabia identificar tão bem as diferenças das máscaras dos respiradores e agora percebi bem...” N.E.1

Experiência formativa

Decorrente da sua experiência formativa, os enfermeiros falaram sobre os pontos fortes da formação, isto é, os aspectos que mais valorizaram, falaram sobre os pontos menos fortes e sugeriram ainda alguns aspectos a melhorar no plano formativo.

A abrangência dos conteúdos, a multidisciplinaridade, isto é, o facto de estarem no mesmo ambiente enfermeiros de serviços diferentes e, as mesas de trabalho, foram os aspectos mais tocados pelos enfermeiros e referidos como pontos fortes.

Da análise de conteúdo emergiu como um ponto forte da experiência formativa dos enfermeiros as mesas de trabalho (a vertente mais prática introduzida na formação em sala). A prática que as mesas de trabalho importaram para a formação foram descritas como complemento necessário à teoria para sedimentar aspectos teóricos.

“A vertente prática foi muito boa, foi importante, ajudou a consolidar o que tinha sido transmitido, mesmo para reconhecer os materiais...” N.E.3

“A parte prática (...) ajudou a sedimentar ou concretizar a teoria...” N.E.4

“Prática, eu acho que isso foi uma das coisas melhores porque a teoria é muito bonita mas quando a gente olha e relembra depois na nossa prática aquilo que até se fez e ensaiámos, é muito mais fácil aprender. Ajudou sem dúvida a consolidar os conhecimentos transmitidos durante a formação” E.3

“... fazer esse tipo de formação e não haver uma parte prática não teria a mínima lógica” E.4

“Quando andavas sempre a falar da Gripe A e da lavagem das mãos, que devíamos lavar as mãos, ali [mesas de trabalho]foi evidente que é realmente importante. Mesmo nós lavando e parecendo que estava tudo bem, afinal a lavagem que fazia não era assim tão eficaz.” N.E.4

Nas entrevistas a maioria dos profissionais apontam a abrangência dos conteúdos como um aspecto positivo uma vez que lhes ofereceu uma perspectiva global do que é a prevenção e controlo de infecção.

“Acho que também uma das coisas boas que procuraram fazer foi uma formação em que se falasse de tudo um pouco...” N.E. 3

“... toda ela focalizou aspectos fundamentais para todos nós cuidarmos melhor...” E. 1

A multidisciplinaridade foi outro dos aspectos focado como um ponto forte, mas pelos “peritos”. Principalmente apontam a troca de experiências quer para desenvolver estratégias facilitadoras de adesão ao preconizado pela prevenção e controlo de infecção, quer pelo confronto com outras realidades.

“... é um ponto forte em terem escolhido pessoas de serviços diferentes com perspectivas e prestações também diferentes, porque todos nós fomos levados a pensar sobre outras realidades...” E. 1



“As nossas dificuldades não são só nossas (...) e se calhar algumas soluções encontradas por outros colegas, noutros serviços adaptam-se à nossa realidade (...) Positivo é a troca de experiências...” E. 3

Finalmente, de entre os pontos mais valorizados no discurso dos “práticos” emergiu a actualização de normas e procedimentos da CCI.

“Também acabaram por fazer uma actualização acerca de algumas circulares que não tinha acesso, não me tinham falado delas nem tinha noção daquilo que se fazia aqui...” N.E.3

De entre os aspectos considerados como menos fortes e apontados pelos informantes-chave prende-se com a gestão do tempo da componente teórica.

“Se calhar se os dois dias passassem a três, para não ser tanta informação tão compactada...” E.1

As sugestões de melhoria expressas pelos enfermeiros versaram sobre a importância da continuidade do plano formativo, bem como o planeamento e desenvolvimento da formação *in loco*.

“... acho que é sempre importante portanto reforçar e voltar a reforçar porque para relembrar novamente algumas coisas que nós achamos que são básicas...” N.E.3

“... a minha sugestão é essa, de insistir [com formações]” E.3

O desenvolvimento de formação *in loco* foi basicamente referido pelos “práticos” e com uma menor expressividade nas entrevistas dos “peritos”.

“Se calhar, dando continuidade à formação em contexto de sala, mesmo com o componente prático, se calhar faria sentido até para as pessoas se sentirem mais confortáveis com o ambiente físico e com o equipamento e sua distribuição física” N.E.2

Factores que influenciam a adesão às práticas

Entre os factores que influenciam a adesão às práticas recomendadas pela prevenção e controlo de infecção, os enfermeiros falaram sobre a formação (como factor



facilitador), as estruturas, as crenças pessoais e excesso de trabalho (como factores dificultadores).

Os enfermeiros consideram que a formação pode influenciar a adesão às boas práticas como factor facilitador, numa perspectiva equilibrada entre “práticos” e “peritos”.

“Não são só os factores físicos que influenciam as práticas, tem também a ver com a formação...” N.E. 3

“Eu penso que sim, a formação influenciou a adopção de boas práticas, embora como profissionais responsáveis acho que sim, devemos adoptar as medidas para contribuir para as boas práticas de enfermagem.” N.E. 4

“O papel da formação veio no fundo quebrar alguma resistência que às vezes ainda há, muitas vezes por desconhecimento (...) eu acho que a formação aí tem grande importância.” E. 1

“A formação tem um papel na adopção de boas práticas (...) As coisas evoluíram muito.” E. 4

Os constrangimentos estruturais como a inacessibilidade aos lavatórios ou ao SABA, assim como instalações antiquadas foram apontados como dificultadores na adesão às práticas, nomeadamente na higiene das mãos.

“No sentido de facilitar a higiene das mãos (...) Para mim faria todo o sentido que o soluto alcoólico estivesse à cabeceira do doente.” N.E. 2

“Também era importante haver recursos materiais e a estrutura do serviço que nos evitasse às vezes cometer certos erros...” N.E. 3

“A estrutura física também não nos permite, temos de mexer nas camas, porque os lavatórios estão ali, inacessíveis...” N.E. 4

“Em relação ao soluto eu acho que deviam haver mais locais de disponibilização de solução alcoólica. Honestamente acho que são poucos os sítios onde está...” E. 1

“... o Promanum está muito longe (...) Portanto a importância da adequação das estruturas para a adesão às boas práticas.” E. 3



As crenças pessoais poderão influenciar a predisposição para aprender ou mudar, no caso concreto dos dados obtidos nas entrevistas, as crenças pessoais foram percebidas como dificultadoras na adesão às práticas.

“... só não o faz quem não quer, porque nesse aspecto temos o equipamento.” N.E. 1

“... cada um também tem a sua opinião não é e isso também influencia na prática de cada um o que acha correcto fazer ou não fazer.” N.E. 3

“O ‘infectado’ é que conta porque tem um bicho que pode passar e até se pode tornar perigoso para a pessoa...” E. 3

“... [a equipa] fazia como achava mais correcto...” E. 4

O excesso de trabalho é outro dos factores percebidos pelos profissionais como dificultador na adesão às boas práticas.

“... o volume de trabalho é grande (...) mais recursos humanos permitiria outro tipo de atenção, outro tipo de cuidados.” N.E. 2

“Uma coisa é aquilo que nos foi dito na teoria, ouvimos e até reflectimos, outra coisa é estarmos no nosso local de trabalho e muitas das vezes o trabalho que temos, em excesso...” N.E. 4

“... no meio do rol da pressão há muita coisa a fazer e depois vamos aligeirando algumas coisas...” E. 1

“... acima de tudo é a questão de muito trabalho, tu sabes que para cada procedimento tens de fazer a desinfeção das mãos mas tens tantos doentes ali à tua responsabilidade, que para consegues conciliar tudo e ter tempo para tudo, pensas que até nem tens as tuas mãos sujas então deixa-me lá ir fazer mais isto...” E. 3

Não obstante, valorizam a formação contínua, em contexto de enfermaria, como complemento necessário à formação em sala.

“... eu acho que faria sentido era alargar o período de formação (...) em que a formação pudesse ser feita num contexto prático, na enfermaria (...) Formação em serviço com uma vertente mais prática.” N.E. 2



Visitas do enfermeiro de controlo de infecção

As visitas do ECI são outro dos aspectos valorizados pelos enfermeiros sendo sentidas como formativas, como um complemento à formação, permitindo concretizar a teoria na prática. O ECI é também visto como um veículo de informação para os serviços.

A perspectiva formativa que os enfermeiros têm das visitas do ECI foi expressa de uma forma transversal nas entrevistas.

“... noto realmente que as pessoas estão mais sensibilizadas e parecendo que não, essas visitas ajudam imenso.” N.E.3

“... a partir do momento em que se viu que as coisas mudavam para melhor, que se começou a tratar e a fazer parte da rotina de trabalho, até fomos nós que começámos a procurar mais o ECI (...) a partir de um certo momento acabou por fazer parte da equipa.” E.3

As visitas do ECI como complemento à formação foi um dos aspectos com mais enfoque nos relatos, tanto dos “práticos” como dos “peritos”.

“Eu acho que a formação em sala é muito importante, mas acho que além disso, e para cada um expor aquilo que acha e haver troca de ideias e haver reciclagem da informação, acho que é muito importante. Complementando a isso acho que também é importante essas visitas que acho deveriam ser mais amiúdes...” N.E.3

“... as coisas não ficam assimiladas logo à primeira, e se se vai relembrando, as coisas acabam por ficar, além de que também vamos tirando as dúvidas...” E.3

Outra perspectiva importante em relação ao ECI e que emergiu das entrevistas foi a de que o ECI colabora na concretização da teoria na prática. Esta perspectiva foi mais significativa nos relatos dos “práticos”.

“Acho que é importante porque não vens naquela de carrasco, o juiz que está ali a avaliar-nos, mas numa de ver o que é que fazemos menos bem e poderemos melhorar...” N.E.4

“Tem um papel interventivo no que respeita à melhoria das estruturas para promover a prevenção e controlo de infecção.” E.2



“... se pudesses aparecer mais, se calhar de todo irias encontrar coisas que se calhar poderiam ser conversadas e debatidas.” E.1

Finalmente, às visitas do ECI está também associado o papel de veículo de informação, com mais expressividade no que respeita ao alerta para a necessidade de implementação de medidas de isolamento, mas também sobre as boas práticas preconizadas em prevenção e controlo de infecção.

“... outra coisa muito importante que tu chegas aqui e é quando sabemos pela primeira vez que aquele doente está infectado e temos de ter cuidados...” N.E.4

“Foi isto que percebemos que muitas das vezes quando cá vens para nós é bom, para nós e para o doente, porque a informação que nós não temos ou que chega de forma desvirtuada, na forma exacta ou no tempo certo, e consegue-se otimizar daqui resultados...” N.E.2

“O ECI tem um trabalho de background, de pesquisa, de estudo, de fundamentação, e o que sai da sua boca não é porque quer ou lhe apetece” E.4

“... dá o feed-back aos profissionais das observações efectuadas nos serviços para direccionar esforços.” E.2

Uma vez expostos os dados decorrentes da observação e da entrevista, no capítulo seguinte passaremos a uma abordagem interpretativa dos mesmos, através da triangulação, na análise e discussão dos resultados.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à discussão dos dados apresentados anteriormente, através da análise crítica fundamentada no quadro conceptual de referência. Optámos por apresentar os resultados de acordo com os objectivos do estudo, no intuito de melhor sistematizar a discussão.

Índices de adesão dos enfermeiros às práticas de prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão

Para a discussão dos índices de adesão recorremos à escala de classificação usada por Costa *et al* (2011), baseada na fórmula³⁴ já apresentada no capítulo da apresentação e análise dos dados. A escala de classificação referida, organiza-se de acordo com os índices de adesão nas seguintes classes: insatisfatória – 0% a 25%; razoável – 26% a 50%; satisfatória – 51% a 75%; muito satisfatória – 76% a 100%.

De uma forma geral, a adesão dos enfermeiros às precauções padrão foi de aproximadamente 57% e como tal, é considerada satisfatória, no entanto, algumas práticas têm maior expressividade em detrimento de outras.

No que respeita à higiene das mãos, verificámos uma adesão dos enfermeiros dos serviços de internamento na ordem dos 18%, um índice de adesão que apesar de também já ter sido referido na bibliografia (Novoa, 2007), revelou-se como significativamente baixo. Os momentos em que não se verificou adesão à higiene das mãos foram “antes do contacto com o doente” e “após o contacto com o ambiente do doente” (ainda que a respeito deste último tivessem havido apenas duas oportunidades de observação). Estes momentos envolvem essencialmente um tipo de cuidados não invasivos, ou uma abordagem mais social do doente. O momento “após contacto com o doente”, que assume os mesmos contornos que os momentos já referidos, teve uma adesão mínima. “Após o risco de contacto com fluidos orgânicos” verificámos o melhor índice de adesão dos enfermeiros ao recomendado,

³⁴ Índice de adesão = (número de procedimentos em conformidade / número de oportunidades) X 100 (Costa *et al*, 2011)



aproximadamente 41%. No momento “antes de procedimentos assépticos ou limpos” o índice de adesão também foi mínimo.

Em semelhança com outros trabalhos desenvolvidos no âmbito da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos (Randle *et al*, 2010; Costa *et al*, 2011), o momento “após o risco de contacto com fluidos orgânicos” é aquele que evidencia maior adesão por parte dos profissionais, o que tem sido explicado em função da maior percepção do risco de exposição a secreções e excreções.

O fenómeno observado poderá relacionar-se com os seguintes aspectos: a percepção de risco inerente ao acto de enfermagem construído pelo próprio profissional, quer em função do risco de exposição a agentes biológicos, quer em função do tempo disponível para desenvolver as suas actividades (Randle *et al*, 2010; Gershon *et al*, 1995; Whitby *et al*, 2006); carência de estruturas adequadas e; formação (Portugal, 2010).

No decorrer das entrevistas aos enfermeiros, e quando abordados sobre a baixa adesão identificada em relação à higiene das mãos, os profissionais reflectem sobre a carência de estruturas adequadas (lavatórios disponíveis nas zonas de prestação de cuidados e disposição dos dispensadores de SABA percebida como sendo insuficiente) o excesso de trabalho e a formação dos profissionais, mas não sobre a sua própria percepção do risco. No conjunto das observações que se enquadram na higiene das mãos, em cerca de 56,9% os profissionais não tinham acesso a lavatório ou SABA disponível³⁵. Dos cinco serviços em que se procedeu à observação das práticas, apenas em três existem lavatórios destinados à higiene das mãos dos profissionais nas enfermarias, sendo que só num serviço a acessibilidade a esta estrutura não está comprometida. Apesar da disponibilidade de SABA em todos os locais de prestação de cuidados, nas enfermarias existe apenas um por cada seis camas. Neste âmbito, as unidades de saúde poderão e deverão fazer um esforço em relação à optimização das estruturas para a higiene das mãos, não obstante, a promoção de adesão a esta prática passará essencialmente pela mudança na percepção comportamental dos profissionais (Whitby *et al*, 2006). A introdução de SABA nas unidades de saúde veio obviar alguns dos problemas estruturais descritos, como a falta de lavatórios e ainda reduzir o esforço do profissional para a higiene das

³⁵ Entenda-se por disponibilidade destas estruturas o acesso imediato a SABA nos locais de prestação de cuidados aos doentes, como por exemplo dispensadores de SABA fixos às camas dos doentes ou nos *trolley's* (carros de pensos e medicação). Esta disponibilidade é particularmente importante quando o acesso a lavatórios é difícil (DGS, 2010).



mãos poupando no tempo dispendido para esta prática (Allegrnazi e Pittet, 2009). A DGS, nas suas recomendações para a higiene das mãos, aconselha a disponibilidade deste soluto “ao alcance do braço”, o que poderá também ter uma função de lembrete para os profissionais. Contudo, no estudo desenvolvido por Whitby *et al* (2006) que pretendia elucidar sobre as determinantes comportamentais para a higiene das mãos por parte dos enfermeiros, os autores concluíram que a introdução de SABA por si só não induzirá uma alteração na adesão à higiene das mãos de uma forma sustentada sem uma mudança comportamental. Segundo os autores, quando os enfermeiros referem a falta de tempo para proceder à higiene das mãos, intuitivamente constroem uma cadeia hierárquica de exposição ao risco à luz da qual determinam a necessidade de higienizar as mãos ou não. O problema é que esta hierarquia é construída em função do tempo disponível e não em função do risco, principalmente o risco para o outro.

Segundo Pittet (2000) no seu estudo sobre estratégias de melhoria para a adesão à higiene das mãos, descreve o uso de luvas como factor de não adesão à higiene das mãos em virtude do sentimento de falsa segurança que induz nos profissionais. No contexto das nossas observações, este também poderá ser um factor com influência negativa e particular expressividade no momento “antes do contacto com o doente” uma vez que em 43% das situações observadas os enfermeiros usaram luvas. No estudo de De Wandel *et al* (2010) que pretende estudar as determinantes comportamentais dos enfermeiros para a adesão à higiene das mãos, actividades como fazer a cama ou avaliar uma pressão arterial, após as quais existe indicação para a higiene das mãos, não são percebidas pelos profissionais como situações de risco e desta forma, é-lhes dada baixa prioridade. Estas oportunidades, evidenciadas como importantes para quebrar a cadeia de transmissão de infecção são frequentemente omissas por enfermeiros ocupados. Segundo os autores, este fenómeno pode também explicar porque é que a criação de maior acessibilidade a estruturas para a higiene das mãos não conduz necessariamente a um aumento na adesão a esta prática.

No nosso estudo, outro aspecto que merece particular interesse é a preferência evidente pela higiene das mãos com água e sabão (81% das vezes em que os enfermeiros procederam à higiene das mãos foi com água e sabão) em detrimento do SABA. Esta tendência reflecte a crença de que o SABA irritará mais a pele do que a água e sabão, mas também a descrença em relação à sua eficácia (“... *muitos*



enfermeiros têm aquele hábito de chegar, pôr um bocado de soluto nas mãos e a partir daí está tudo bem e já não passa nada para ninguém. E nós sabemos que não é bem assim.” E.4) como alguns autores concluíram e se descreve a seguir.

Num estudo desenvolvido por Stutz *et al* (2009) em que os autores procuraram investigar a percepção dos enfermeiros no que concerne aos efeitos adversos da utilização de SABA *versus* água e sabão, concluíram que apesar da evidência que o SABA causa menos irritação cutânea, este soluto é percebido pelos enfermeiros como causando mais irritação da pele. Como consequência, o nível de adesão à utilização de SABA para a higiene das mãos é menor e, há uma maior prevalência no desenvolvimento de dermatites nas mãos dos profissionais.

Como anteriormente referido, em relação às crenças dos profissionais, De Wandel *et al* (2010) reflectem que apesar de os enfermeiros reconhecerem a necessidade e eficácia desta prática, claramente subestimam as consequências de uma baixa adesão à higiene das mãos e tendem a minimizar o problema. Os autores concluíram que uma baixa percepção do enfermeiro para a sua capacidade para agir em conformidade com as boas práticas e uma atitude negativa no que concerne às limitações de tempo, são factores preditores de uma baixa adesão ao recomendado para a higiene das mãos.

É importante lembrar que na análise das práticas dos enfermeiros no âmbito da higiene das mãos o enfoque foi dado no momento em que esta prática foi efectivamente efectuada. Este pormenor é particularmente importante em prevenção e controlo de infecção na quebra da cadeia de transmissão de agentes patogénicos. Os enfermeiros dos serviços de internamento lavam as suas mãos, e muitas vezes, mas não no momento certo, o que nos leva necessariamente a reflectir sobre a abordagem formativa neste âmbito.

Além da higiene das mãos, as precauções padrão integram outras vertentes que o nosso estudo analisou e que evidenciaram maiores índices de adesão. Em relação à adesão às práticas recomendadas para o uso de equipamento de protecção individual, o índice de adesão foi de aproximadamente 56% (o uso de luvas evidenciou um índice de adesão de 74%, as máscaras e respiradores de 43% e, as batas e aventais de 54%). A conformidade de adesão às boas práticas na utilização de material cortopunçante foi de aproximadamente 83%, assim como para a colocação de doentes. Em relação às medidas de controlo ambiental o índice de adesão foi de aproximadamente 67% (na gestão de derrames ou salpicos de matéria orgânica 32%,

na gestão de resíduos hospitalares foi de 70%, nos cuidados com a roupa hospitalar aproximadamente 100%, no transporte de doentes 63% e no controlo de visitas com 75%).

Numa perspectiva global, estes dados vão de encontro aos descritos na bibliografia. No estudo de Gershon *et al* (1995), em que os autores procuraram caracterizar os índices de adesão dos profissionais de saúde às precauções padrão, identificaram os maiores índices de adesão nos cuidados com o material corto-perfurante, na utilização de luvas quando presente o risco de exposição a fluidos orgânicos e dos cuidados na triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares. De acordo com a análise feita pelos autores, estes índices de adesão foram evidenciados pelos profissionais com maior percepção do risco de exposição a agentes biológicos associando a adesão às precauções padrão como uma forma de minimizar esse risco, mas também pelos profissionais com níveis de stress menores. Por outro lado, os índices de menor adesão às precauções padrão foram evidenciados pelos profissionais com menor percepção do risco, e com maiores níveis de stress. Os autores associam aos níveis de stress referidos pelos profissionais o excesso de trabalho, o que em última instância deixa o profissional mais exposto a riscos ocupacionais.

No que respeita ao uso de luvas, o índice evidenciado reflecte a tendência para uma correcta adequação deste EPI por parte dos enfermeiros. Não obstante, este EPI é também sobreutilizado, nomeadamente em procedimentos que não implicam o seu uso como a avaliação de tensão arterial ou o manuseamento de roupa limpa. Por outro lado, apesar do risco de exposição a fluidos orgânicos, particularmente a sangue, os enfermeiros não usaram luvas na maioria dos procedimentos de colheita de sangue, em nosso entender, sob pena da perda de sensibilidade na palpação da veia. De entre as práticas observadas, não se verificou conformidade com o padrão “as luvas devem ser mudadas entre procedimentos no mesmo doente”, prática que merece particular atenção uma vez que poderá ser o reflexo de um desconhecimento das vias de transmissão cruzada de infecção. No estudo desenvolvido por Girou *et al* (2004), os autores enfatizam o facto de que o uso de luvas encoraja os profissionais a tocar nas várias superfícies da unidade do doente ou do serviço, com essas mesmas luvas contaminadas. Os autores fizeram notar o facto de que o uso inadequado deste EPI aumenta o potencial para a infecção cruzada e consequentemente o desenvolvimento de IACS nos doentes.



A adesão às práticas em proporcionalidade com a percepção do risco de exposição agentes biológicos percebido pelos enfermeiros é extensível ao uso de máscaras e respiradores (em que a menor adesão se evidenciou no uso de máscara em procedimentos que exigem assepsia), assim como ao uso de batas e aventais (onde se exibem maiores índices de adesão na utilização deste EPI aquando da exposição a fluidos orgânicos, mas menores índices de adesão na sua remoção imediatamente após os cuidados ou sempre que é deixada a unidade do doente, ainda que em todas as observações fosse possível descartar este EPI pois os enfermeiros dispunham de contentores destinados a resíduos do grupo III na sua zona de cuidados). Da análise destes dados, poderemos inferir que as actividades percebidas pelos enfermeiros como de risco para si mesmos, serão as acompanhadas de maiores índices de adesão, o que é corroborado por Curtis (2008), Gershon *et al* (1995) Randle *et al* (2010) e Whitby *et al* (2006).

Apesar de nas entrevistas os enfermeiros denotarem a consciência da importância da prevenção e controlo de infecção para a segurança do doente, na observação das práticas evidenciou-se um cuidado maior na adesão às recomendações que nos protegem da exposição a fluidos orgânicos, e uma percepção do risco menor em procedimentos que efectivamente protegem o outro (por exemplo: a higiene das mãos antes de procedimentos assépticos ou limpos, luvas mudadas entre procedimentos no mesmo doente, o uso de máscara em procedimentos que exigem assepsia, a remoção de batas e aventais sempre que é deixada a unidade do doente).

No que respeita aos cuidados no manuseamento e acondicionamento de corto-perfurantes verificámos a total adesão dos profissionais nos padrões “os profissionais não passam de mão em mão corto-perfurantes” e “os profissionais acondicionam todos os corto-perfurantes em contentores rígidos”, assim como apenas em 4 situações reencapsularam a agulha da seringa com as mãos para o seu acondicionamento, junto ao contentor. Não obstante, na maioria das observações os enfermeiros não adoptaram as estratégias de segurança para o acondicionamento dos corto-perfurantes quando o contentor não se encontra na zona da prestação de cuidados, procedendo ao transporte do picante nas mãos para o contentor habitualmente localizado nas salas de medicação. Esta observação leva-nos a estar de acordo com os autores Serrano *et al* (2011), na sua reflexão em que a maior limitação para a mudança das práticas é o *habitus*. A esta circunstância pode acrescer o facto de que os profissionais ainda subestimem a sua própria protecção, oferecida pelo não reencapsulamento de agulhas, conforme as conclusões de Doebbeling *et al*

(2003) no seu trabalho sobre o risco de exposição dos profissionais a cortopunçantes e fluidos orgânicos. No HDFS, E.P.E. não existem ainda dados respeitantes aos acidentes por picada e corte, estando a sua epidemiologia por apurar. Provavelmente se estes dados fossem conhecidos ser-lhes-ia dada a visibilidade necessária para fundamentar uma mudança de atitude. Esta informação de retorno é apontada como uma das estratégias de adesão às boas práticas por organizações como o CDC e o PNCI.

No que respeita à colocação de doentes, a adesão foi muito satisfatória, sendo cuidadosamente cumpridas as medidas de isolamento dos doentes com infecção identificada por microrganismo multirresistente. De certa forma, com este cuidado associa-se também o bom nível de adesão em relação à restrição de visitas.

Na gestão de derrames de matéria orgânica, os enfermeiros não estão tão despertos para este procedimento, delegando inclusive nos assistentes operacionais esta actividade. No entanto, assumindo-se o enfermeiro como elemento activo na gestão da segurança do ambiente do doente, este deverá ter um papel activo neste cuidado.

Em relação aos cuidados com o acondicionamento de resíduos hospitalares a avaliação global do nível de adesão dos profissionais é bom, não obstante, gostaríamos de lembrar que, os critérios em avaliação para considerar a conformidade total com o preconizado implicavam a sua triagem no momento certo, ou seja, mesmo junto ao local de produção. No que respeita ao acondicionamento de resíduos do grupo I e II, as não conformidades verificadas reportaram à sua colocação em saco branco, que se encontrava no campo de visão imediata do enfermeiro, apesar de a menos de um metro se encontrar o contentor devido. Em relação aos resíduos do grupo III, os relatos do seu não correcto acondicionamento reportam somente ao facto de não terem sido feitos no momento certo, apesar de junto ao local da prestação de cuidados se encontrar contentor para resíduos do grupo III.

A não adesão observada no que respeita às medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse que, tal como a higiene das mãos são um conjunto de medidas extremamente simples e que fazem uma diferença significativa na transmissão de infecção, neste caso particular, na transmissão da infecção respiratória, merece particular atenção e investimento. Depois do apanágio das medidas no contexto de pandemia de gripe A, medidas simples como as preconizadas parecem ter caído no esquecimento, e o hábito ou o instinto do profissional prevalece.



Ainda que aquém das nossas expectativas, conforme já referido anteriormente, a adesão dos enfermeiros às precauções padrão é satisfatória, mas pensamos ser necessário contrariar a tendência de adesão a estas práticas apenas quando o profissional se sente em risco. A cultura preventiva deverá ser melhorada/desenvolvida, sob pena de comprometer a segurança do doente e do profissional.

Factores que influenciam a adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infecção

De entre os factores identificados pelos enfermeiros com influência na adesão às boas práticas estão as crenças pessoais, a formação, o excesso de trabalho e factores estruturais.

Brevidelli e Cianciarullo (2009) no seu estudo sobre os factores psicológicos e estruturais que se relacionam com a adesão às precauções padrão, organizam estes aspectos em torno de três dimensões: dimensão individual; dinâmicas de trabalho; dimensão organizacional.

Na dimensão individual, além da percepção do risco de exposição a agentes biológicos, enquadram-se também as crenças pessoais, com reflexo direto na resistência dos profissionais à mudança ou não. Esta predisposição para a mudança evidenciou-se nas entrevistas quando os informantes-chave se propõem a fazer formação para, maioritariamente, melhorar as suas práticas, assumindo-se alguns como agentes de mudança no seio das suas equipas. No entanto, a questão das crenças pessoais, frequentemente com fundamento único na prática ou *habitus* é particularmente limitativa nos processos de mudança de atitude. Seto (1995) refere-se aos profissionais como os “agreeables” ou os “non-agreeables”. O autor, num estudo que pretendeu aplicar as ciências comportamentais à prevenção e controlo de infecção, verificou que se os profissionais se encontram predispostos para a mudança, quer a mensagem lhes tenha chegado de uma forma passiva (posters e panfletos) quer de uma forma activa, evidenciaram mudanças de comportamento. No entanto, no que respeita aos profissionais não predisposto *per si* a essa mudança, o investimento deverá ser feito nos métodos activos para a implementação de boas práticas.

O excesso de trabalho foi o factor mais referido pelos enfermeiros como influenciador na adesão às práticas, numa perspectiva limitativa. As dinâmicas de trabalho –

excesso de trabalho, falta de recursos humanos, ambiente stressante – têm-se revelado como uma importante barreira à adesão às práticas em prevenção e controlo de infecção, mas conforme vimos anteriormente, os próprios profissionais criam as suas hierarquias e mais ainda evidenciam alguma dificuldade em operacionalizar na prática os conhecimentos teóricos. O contexto profissional é determinante no desenvolvimento de competências sendo a cultura do serviço, nas diferentes dimensões, um factor a considerar (Serrano *et al*, 2011). Pittet *et al* (1999) num estudo que pretendeu estudar a adesão à higiene das mãos, reflecte sobre uma relação de causalidade entre o excesso de trabalho e uma baixa adesão à prática de higiene das mãos, sugerindo ainda que ao maximizar os níveis de produtividade dos profissionais a iniciativa pode entrar em conflito com os padrões exigidos nos cuidados de saúde.

Um outro aspecto pertinente, também referenciado pelos enfermeiros entrevistados, são as condicionantes estruturais, parte da dimensão organizacional. Esta dimensão é entendida, por alguns autores, como a oportunidade de efectivar junto dos profissionais as recomendações das CCI, entre os quais a disponibilidade de EPI, a adequação de estruturas, a cultura organizacional implementada (de segurança), a disponibilidade de formação, mas também a informação de retorno aos profissionais sobre as práticas (Brevidegli e Cianciarullo, 2009; Souza, 2002). O HDFF, E.P.E. é uma unidade de saúde com uma estrutura física já antiga, o que desafia a sua manutenção e modernização. Embora referenciada pelos enfermeiros de uma forma tão incisiva, no contexto particular deste estudo estas condicionantes poderão efectivamente dificultar a adesão à higiene das mãos.

Formação desenvolvida – expectativas e necessidades dos profissionais

O plano formativo desenvolvido junto dos profissionais da instituição envolveu duas vertentes: uma vertente formal, em sala com uma parte prática (pelas mesas de trabalho) e uma vertente informal, através das visitas regulares do enfermeiro de controlo de infecção (ECI) aos serviços. Decorrente da análise das entrevistas, os aspectos mais valorizados na experiência formativa dos profissionais foram as mesas de trabalho e as visitas do ECI percebidas como um complemento à formação. Evidenciaram espírito reflexivo em relação às suas práticas e contextos de trabalho, mudanças nas práticas e acima de tudo predisposição para a mudança. Não obstante, de entre as sugestões de melhoria está a importância para os profissionais da formação contínua, *in loco*, no sentido de dar resposta à aplicabilidade na prática, nos



seus contextos de trabalho, dos conteúdos teóricos. Na revisão de Penz e Bassendowsky (2006) é enfatizado como factor dificultador para a formação dos enfermeiros constrangimentos na gestão do tempo para aceder aos bancos de informação (intranet, internet, biblioteca), as próprias capacidades de pesquisa dos enfermeiros e a cultura de enfermagem da instituição. Os enfermeiros ressentem-se das dificuldades na gestão do seu tempo em função do volume de trabalho a desenvolver. Os mesmos autores reflectem ainda sobre a cultura de saúde em relação aos cuidados de enfermagem, que continua a valorizar a prática de enfermagem em função da quantidade de tarefas a desenvolver e não em função do pensamento crítico que as actividades de enfermagem envolvem. Outro aspecto relevante é que nem sempre os profissionais têm acesso à informação, ou sequer sabem onde e como podem encontrá-la. Este último aspecto foi também referenciado por um dos informantes-chave nas entrevistas, uma vez que ele sentiu necessidade de fazer a formação em prevenção e controlo de infecção porque também não sabia o que era preconizado na instituição e não estava familiarizado com as recomendações da CCI. No estudo de Penz e Bassendowsky (2006) os enfermeiros manifestaram a necessidade de programas de formação contínua como uma oportunidade de melhorar as suas práticas, dar resposta às suas necessidades formativas e desenvolver competências. Estas competências são percebidas como essenciais para apurar o espírito crítico ou reflexivo nos seus contextos de trabalho. Apesar da crescente referência à prática baseada na evidência, muitos dos enfermeiros recorrem no seu dia-a-dia à sua experiência profissional, aos saberes adquiridos na sua formação de base, intuição e prática usual, tendo tido uma expressão mínima o recurso a literatura. Naturalmente que a intuição, o julgamento clínico e a experiência prévia, não podem ser descartadas como recursos válidos, não obstante deverá ser estabelecida e reforçada uma parceria com a evidência científica. Ervin citado por Penz e Bassendowsky (2006), sugere que se os enfermeiros se motivarem com os bons resultados decorrentes das suas práticas baseadas em evidência, como consequência interessar-se-ão mais nas boas práticas e estarão mais predispostos para a mudança. Novamente, a importância anteriormente referida da informação de retorno.

Apesar de as entrevistas evidenciarem um reflexo positivo da formação desenvolvida, quer seja na sensibilização dos profissionais para a prevenção e controlo de infecção, quer seja pelas mudanças nas práticas ou atitudes, os informantes-chave referiram a

formação *in loco* e a continuidade do plano formativo como oportunidades de melhoria para promover a adesão dos profissionais às precauções padrão.

Estas observações vêm de encontro às evidências proporcionadas pela bibliografia, Alves *et al* (2007) e Souza *et al* (2011) referem que conhecer não significa ter atitudes correctas, ou seja, embora os profissionais sejam detentores de conhecimentos, de saberes teóricos, quando avaliadas as suas práticas, os comportamentos e atitudes que evidenciam não são compatíveis com esses conhecimentos. Para Souza *et al* (2011) os aspectos atrás referidos serão reflexo de falhas no processo de formação dos profissionais que se agravam com as limitações de ordem estrutural e logística das unidades de saúde a que pertencem.

De entre as estratégias formativas apontadas pelos autores para aumentar a adesão dos profissionais às boas práticas está a formação em serviço, em períodos mais curtos mas direccionada às práticas ou a equipas em particular. Efstathiou *et al* (2011) sugere a importância da informação de retorno que estes momentos formativos proporcionam, por forma a facilitar a reflexão dos profissionais sobre as suas próprias práticas, quer sejam positivas ou não. O contexto é determinante no desenvolvimento de competências, sendo a cultura dos serviços, nas suas diferentes dimensões, um factor a considerar (Serrano *et al*, 2011) para o sucesso das estratégias formativas e o desenvolvimento de competências. A importância dos contextos de trabalho para promover a transferência dos conhecimentos teóricos para a prática é particularmente evidente num dos relatos dos informantes-chave: “... *dando continuidade à formação em contexto de sala (...) faria sentido até para as pessoas se sentirem mais confortáveis com o ambiente físico...*” N.E.2. Gershon *et al* (1995) sugerem, neste âmbito, acções de treino interactivos nos quais os participantes façam *role-play* sobre procedimentos como por exemplo a articulação da equipa para a adequação do EPI em situações de emergência.

Michie *et al* (2005) exploram no seu artigo uma aproximação de consenso sobre o recurso a teorias da psicologia para a implementação das práticas baseadas na evidência. Os autores referenciam o sucesso de uma estratégia formativa na adesão às boas práticas de profissionais de saúde pela disponibilidade de informação em vários pontos ou lembretes. Segundo os autores esta estratégia pode providenciar informação facilitadora ou promotora do desenvolvimento de saber, contribuir para um ambiente facilitador de contextos como gatilhos de comportamento e, podem ainda influenciar a atenção e a memória.



Pereira *et al* (2005) e Gershon *et al* (1995) reforçam a ideia de formação contínua como uma estratégia de implementação de medidas para a prevenção e controlo de infecção. Destacam a formação profissional voltada para uma cultura prevencionista como condição necessária para a concretização de um programa de prevenção e controlo de infecção, com o intuito da mudança de comportamento, ao mobilizar a motivação dos profissionais promovendo debates, treino e a divulgação de informação. Esta última, dirigida aos aspectos percebidos como directamente relacionados com a adesão, percepção de risco, a prevalência de infecção entre os doentes nos serviços e/ou na unidade de saúde, taxas de acidentes por picada ou corte, entre outros factores que expõem os profissionais e os doentes ao risco.

Apesar da importância do saber teórico sobre as precauções padrão, tal não é suficiente para a adesão às boas práticas, não obstante, no estudo de Gershon *et al* (1995) os autores concluíram, entre outros aspectos, que os profissionais com pelo menos uma hora de formação sobre as precauções padrão evidenciaram maiores taxas de adesão às precauções padrão, pelo que nos mantemos convictos da importância de se assegurar que todos os elementos da equipa multidisciplinar tenham formação em prevenção e controlo de infecção.

CONCLUSÃO

A discussão em torno da prevenção e controlo de infecção é interminável, e muitas vezes pouco profícua. Não obstante, o papel principal na consecução e sucesso de qualquer programa interventivo neste âmbito cabe, sem margem para dúvidas, aos profissionais de saúde. Acreditando na importância do impacto das boas práticas em prevenção e controlo de infecção, realizámos este estudo qualitativo numa unidade de saúde em processo de acreditação, e que apostou fortemente no último ano na formação dos seus profissionais.

Nos primeiros capítulos efectuámos uma revisão da literatura onde foi evidente a extensão e complexidade da prevenção e controlo de infecção, a importância da motivação dos enfermeiros, entre outras condicionantes para a adesão às boas práticas recomendadas.

De seguida, definimos os objectivos e o desenho de pesquisa e para a sua prossecução procedemos à observação das práticas no ambiente onde se desenvolveram os cuidados, complementada com a entrevista semi-dirigida a dois grupos distintos de enfermeiros, os “peritos” e os “práticos”.

Perante os resultados obtidos a partir da observação chegámos às seguintes conclusões:

- Numa perspectiva global, o índice de adesão dos enfermeiros dos serviços de internamento às precauções padrão é satisfatória (aproximadamente de 57%) mas com algumas particularidades que importa especificar;
- O índice de adesão dos enfermeiros à higiene das mãos é insatisfatória (aproximadamente 18%), podendo ser condicionada pelas estruturas inexistentes ou com distribuição aquém das necessidades, pelo uso de luvas e pela percepção do risco;
- Na prática de higiene das mãos os enfermeiros preferem o uso de água e sabão ao SABA, o que se pode relacionar com a crença de que o segundo irrita a pele das mãos mas também com o facto de que as luvas mais frequentemente utilizadas pelos profissionais são pré-empoadas;



- O índice de adesão dos enfermeiros na colocação de doentes, que engloba os cuidados ao doente sob precauções de isolamento, esteve em conformidade na sua totalidade;
- Os cuidados em que em média se verificou um bom índice de conformidade ($\geq 75\%$) por parte dos profissionais foram os cuidados com material cortopuncente, colocação de doentes, cuidados com a roupa hospitalar e no controlo de visitas;
- Os cuidados em que em média se verificou um índice de conformidade razoável ($50\% > 75\%$) por parte dos profissionais foram o uso de luvas, o uso de batas e aventais, a gestão de resíduos hospitalares e o transporte de doentes;

Perante os resultados obtidos a partir da entrevista chegámos às seguintes conclusões:

- A formação desenvolvida foi identificada pela maioria dos enfermeiros como tendo contribuído para sensibilizar os profissionais para a prevenção e controlo de infecção, no entanto a observação mostra-nos que por si só a formação é insuficiente para as mudanças nas práticas;
- Os enfermeiros consideram que a formação teve reflexo, em parte, nas mudanças das práticas nas suas rotinas (como por exemplo nos cuidados com as luvas e adequação de máscaras e respiradores, cuidados com o doente sob precauções de isolamento, gestão de resíduos, na preparação pré-operatória do doente);
- Os enfermeiros valorizam a vertente prática do plano formativo, assim como as visitas do enfermeiro de controlo de infecção, como um complemento necessário à sedimentação dos conteúdos teóricos transmitidos;
- A formação *in loco*, ou no seu contexto profissional foi uma perspectiva formativa valorizada pelos profissionais, como complemento à formação dita formal, em sala, mas importante para concretizar a teoria nas suas práticas.

Como sugestões, este estudo poderá contribuir para direccionar esforços que favoreçam a adesão às boas práticas por parte dos enfermeiros, uma vez que, em nosso entender os resultados indiciam a importância dos seguintes aspectos:

- Promover informação de retorno aos profissionais acerca das práticas, resultados de auditoria e dados de vigilância epidemiológica por forma a dar

visibilidade aos conceitos abordados na formação, aos princípios em que assenta o controlo de infecção e também nortear a acção dos enfermeiros e restantes elementos da equipa;

- Adequar as estruturas, nomeadamente aumentando a disponibilidade de solução antisséptica de base alcoólica nas zonas de prestação de cuidados;
- Repensar estratégias formativas que estimulem a adesão às boas práticas, inclusivamente envolvendo os profissionais neste planeamento e, indo de encontro a aspectos como as vias de transmissão de infecção, equipamento de protecção individual (nomeadamente o uso de luvas), medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse e a segurança do doente;
- Como anteriormente referido, a adesão dos enfermeiros às precauções padrão é satisfatória, no entanto, pensamos ser necessário contrariar a tendência de adesão a estas práticas apenas quando o profissional se sente em risco. A cultura preventiva deverá ser melhorada/desenvolvida, sob pena de comprometer a segurança do doente e do profissional.

Nas limitações deste estudo destaca-se o facto de os dados se reportarem a um contexto em particular (os serviços de internamento de adultos do HDFF, E.P.E.), podendo ainda não ser representativo uma vez que as observações das práticas se desenvolveram apenas num período, durante a manhã. Teve-se cuidado com a representatividade da população, no entanto, e tendo em conta as limitações anteriores, este estudo poderá não ser extrapolável para outra população.

A recolha documental para a discussão dos resultados também se revestiu de alguma complexidade, pois os dados publicados referem-se a particularidades das medidas de aspectos isolados das precauções padrão, com critérios de análise diferentes dos utilizados neste estudo. No que concerne às medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse não encontramos estudos que tratassem o tema. Existem poucos estudos de base observacional, e os que existem não tratam as precauções padrão como um todo.

A prevenção e controlo de infecção e o seu impacto nas dinâmicas dos cuidados são temas que induzem investigações futuras e os resultados por nós obtidos indiciam a pertinência de estudos nomeadamente nas seguintes áreas:

- Analisar estratégias de mudança de atitude à luz das teorias das ciências comportamentais;



-
- Analisar a percepção do risco pelos enfermeiros decorrentes dos cuidados de saúde prestados aos doentes e a adesão a medidas como a higiene das mãos ou a utilização de luvas;
 - Analisar a percepção dos enfermeiros em relação à prática de higiene das mãos;
 - Identificar índices de adesão à higiene das mãos face à utilização de luvas por parte dos enfermeiros.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABAD, C.; FEARDAY, A.; SAFDAR, N. – **Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review.** *Journal of Hospital Infection.* Vol. 76 (2010), p. 97-102.
- ADAMS, Audrey B. – **Surgical hand antisepsis: where we have been and where we are today.** *Perioperative Nursing Clinics.* Vol. 5, nº 4 (2010), p. 443-448.
- ALLEGGRANZY, B; PITTET, D.- **Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention.** *Journal of Hospital Infection.* ISSN 0163-4453. Vol. 73, nº 3 (2009), p. 305-315.
- ALVES, Alessandra Nara Faria; DUARTES, Celso Alvares; PAULA, Magda Pereira de; MORAES, Rodolfo Eulâmpio de; COUTINHO, Raquel Machado Cavalca – **Conhecimento da enfermagem na prevenção de infecção hospitalar.** *Revista do Instituto de Ciências da Saúde.* São Paulo. ISSN 0104-1894.Vol. 25, nº 4 (2007), p. 365-372.
- AMADO, João da Silva – **A técnica de análise de conteúdo.** *Revista Referência.* Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 5 (Nov. 2005), p. 53-63
- BREVIDELLI, Maria Meimei; CIACIARULLO, Tamara Iwanow – **Psychological and organizational factors relating to adherence to standard precautions.** *Revista Saúde Pública.* São Paulo. Vol. 43, nº 6 (2009), p. 1-10.
- CARRONDO, Ezequiel Martins – **Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico.** Universidade do Minho: Instituto de Estudos da Criança, 2006. [Consult. em 10 Ago. 2010]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf>
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – **Workbook for designing, implementing and evaluating a sharps injury prevention program.**



Atlanta (2010?). 162 p. [Consult. em 5 Ago. 2011]. Disponível em <http://www.cdc.gov/sharpssafety>

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – **Respiratory Hygiene / Cough Etiquette in Healthcare Settings**. Atlanta, 2009. [Consult. em 5 Jul. 2011]. Disponível em <http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphgiene.htm>
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – **Guidelines for environmental infection control in health-care facilities**. Atlanta, 2003. [Consult. em 5 Jul. 2011]. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/eic_in_HCF_03.pdf
- CIRCULAR NORMATIVA nº13/DQS/DSD. **DGS** (14-06-2010).
- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO – **Norma de equipamento de protecção individual**. Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, 2009.
- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO – **Política de precauções padrão**. Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, 2010.
- COSTA, Ana Cristina; NORIEGA, Elena; FONSECA, Luís Filipe; SILVA, Maria Goretti – **Inquérito nacional de prevalência de infecção, 25 de Março de 2009: relatório**. DQS: PNCI, 2010.
- COSTA, Ana Cristina; NORIEGA, Elena; GASPAR, Maria João – **Relatório: campanha nacional de higiene das mãos, 2010-2011**. DGS: DQS, 2011. [Consult. Em 29 Set. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- CORRÊA, Luci – **Impacto da prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde: segurança e redução dos custos**. *einstein: Educação Continuada em Saúde*. São Paulo. ISSN 1679-4508. Vol. 6, nº 4 Pt 2 (2008), p. 194-196.
- CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. – **Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. 291 p. ISBN 972-8383-61-4.



- CURTIS, L. T. – **Prevention of hospital-acquired infections: review of non-pharmacological interventions.** *Journal of Hospital Infection*. ISSN 0163-4453. Vol 69 (2008), p. 204-219.
- DANCER, S. J. – **The role of the environmental cleaning in the control of hospital acquired infections.** *Journal of Hospital Infection*. ISSN 0163-4453. Vol. 73 (2009), p. 378-385.
- DECRETO-LEI nº 178/2006. **D.R. I Série.** 171 (05-09-2006) 6526-6545
- DESPACHO nº 242/96. **D.R. II Série.** 187 (13-08-1996) 11380-11381.
- DELORS, Jacques et al – **Educação, um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.** Brasília: Faber-Castell, 2010. 43 p. [Consult. em 3 Set. 2010]. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>
- DE WANDEL, David; MAES, Lea; LABEAU, Sonia; VEREECKEN, Carine; BLOT, Stijn – **Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units.** *American Journal of Critical Care*. Vol. 19, nº 3 (Mai. 2010), p. 230-239
- DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho?** Loures: Lusociência, 2004. 197 p. ISBN 972-8383-75-4.
- DOEBBELING, Bradley N.; VAUGHN, Thomas E.; Mc COY, Kimberly D.; BEEKMANN, Susan E.; WOOLSON, Robert F.; FERGUSON, Kristi J.; TORNER, James C. – **Percutaneous injury, blood exposure, and adherence to standard precautions: are hospital-based healthcare providers still at risk?** *Clinical Infectious Diseases*. Vol. 37 (Out. 2003), p. 1006-1013.
- DUARTE, Maria de Fátima Fernandes – **A formação de adultos: perspectivas de aprendizagem.** *Revista Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283, nº 5 (Nov. 2000). p. 65 – 69.
- DUBOULOZ, Claire-Jehanne – Os estudos de tipo descritivo. In: FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 1999. p. 305-320. ISBN 972838310-X.



- EFSTATHIOU, Georgios; PAPASTAVROU, Evridiki; RAFTOPOULOS, Vasilios; MERKOURIS, Anastasios – **Factors influencing nurses' compliance with standard precaution in order to avoid occupational exposure to microorganisms: a focus group study.** *BMC Nursing*. Vol. 10, nº 1 (2011), p. 1-12.
- FONTANA, Rosane Teresinha – **As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 59, nº 5 (Set.-Out. 2006), p. 703-706.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. 581 p. ISBN 978-989-8075-18-5.
- GERSHON, Robyn R.M.; VLAHOV, Davis; FELKNOR, Sarah A.; VESLEY, Donald; JONHSON, Philip C.; DELCLOS, George L.; MURPHY, Lawrence R. – **Compliance with universal precautions among healthcare workers at three regional hospitals.** *American Journal of Infection Control*. ISSN 0196-6553. Vol. 23, nº 4 (Ago. 1995), p. 225-236. [Consult. em 3 Ago. 2011]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com>
- GORDTS, B.; VRIJENS, F.; HULSTAERDT, F.; DEVRIESE, S. VAN DE SANDE, S. – **The 2007 Belgian national prevalence survey for hospital-acquired infections.** *Journal of Hospital Infection*. ISSN 0163-4453. Vol. 75 (2010), p. 163-167.
- GIROU, E.; CHA, S. H. T.; OPPEIN, F.; LEGRAND, P.; DUCCELLIER, D.; CIZEAU, F. – **Misuse of gloves: the foundation for poor compliance with hand hygiene and potential for microbial transmission.** *Journal of Hospital Infection*. Vol. 57 (2004), p. 162-169.
- GRAYSON, M. L. [et al] – **Significant reductions in methicilin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia and clinical isolates associated with a multidite, hanh hygiene culture-change program and subsequente successful state-wide roll-out.** *Medical Journal of Australia*. Vol. 188 (2008), p. 633-640.
- KOOI, T. I. I. Van der; MANNIËN, J.; WILLE, J. C.; BENTHEM, B. H. B. Van- **Prevalence of nosocomial infections in the Netherlands, 2007-2008: results of**



the first four national studies. *Journal of Hospital Infection*. Vol. 75 (2010), p. 168-172.

- MARTINS, Margarida Isabel Torgal Marques; FRANCO, Mário José Batista; DUARTE, João Carvalho – **Um estudo caso sobre os custos das infecções no Centro Hospitalar Cova da Beira**. *Revista Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, nº 4 (Jun., 2007), p. 79-90.
- MELO, Dulcelene de Sousa; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; TIPPLE, naclara Ferreira Veiga; NEVES, Zilah Cândida Pereira das; PEREIRA, Milca Severino – **Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 14, nº 5 (Set.-Out., 2006), p. 1-8. [Consult. em 11 Ago. 2010]. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- MICHIE, S.; JOHNSTON, M.; ABRAHAM, C.; LAWON, R.; PARKER, D.; WALKER, A. – **Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach**. *Quality and Safety Health Care*. Vol 14 (2005), p. 26-33.
- MUÑOZ-PRICE, L. Silvia; WEINSTEIN, Robert A. – ***Acinetobacter baumannii***. *The New England Journal of Medicine*. ISSN 1533-4406. Vol. 358, nº 12 (Mar., 2008), p. 1271-1281.
- NOVOA, A. M.; PI-SUNYER, T.; SALA, M.; MOLLINS, E.; CASTELLS, X. – **Evaluation of hand hygiene adherence in a tertiary hospital**. *American Journal of Infection Control*. Vol. 35 (2007), p. 676-683.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. *Divulgar* (Out. 2003). [Consult. em 19 Ago. 2010]. Disponível em <http://www.oe.pt>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **WHO Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge - clean care is safer care**. Geneva, 2009. 270 p. ISBN 978-92—159790-6.



- PENZ, Kelly L.; BASSENDOWSKI, Sandra L. – **Evidence-based nursing in clinical practice: implications for nurse educators.** *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Vol. 37, nº 6 (Nov.-Dez. 2006), p. 250-254.
- PEREIRA, Milca Severino; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; TIPPLE; Anaclara Ferreira Veiga; PRADO, Marinésia Aparecida do – **A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar de enfermagem.** *Texto & Contexto Enfermagem*. Universidade Federal de Santa Catarina. ISSN 0104-0707. Vol. 14, nº 2 (Abr.-Jun. 2005), p. 250-257.
- PINA, Elaine; SILVA, Goretti; FERREIRA, Etelvina – **Relatório do inquérito de prevalência de infecção de 2010: programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.** DQS: PNCI, 2011. [Consult. em 23 Set. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- PITTET, D. – **Improving compliance with hand hygiene in hospitals.** *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol. 21 (2000), p. 381-386.
- PITTET, Didier; MOUROUGA, Philippe; PERNEGER, Thomas - **Compliance with handwashing in a teaching hospital.** *Annals of Internal Medicine*. Vol. 130, nº 2 (19 Jan., 1999), p. 126-129.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Programa nacional de prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados de saúde.** Lisboa: DGS, 2007a. 20 p. [Consult. em 10 Ago. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Recomendações para as precauções de isolamento, precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão.** Lisboa: DGS, 2007b. [Consult. em 19 Ago. 2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Divisão de Saúde Ambiental – **Plano de gestão de resíduos hospitalares em centros de saúde.** Lisboa: DGS, 2007c. 112 p. ISBN 978-972-675-171-7.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – **Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde: documento de apoio.** Departamento



da Qualidade na Saúde: Divisão de Segurança do Doente, 2010. [Consult. em 10 Ago. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Recomendações para controlo do ambiente: princípios básicos**. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge: PNCI, 20--? [Consult. em 19 Ago. 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- PRATT, R. J. [et al] - **epic 2: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England**. *Journal of Hospital Infection*. ISSN 0163-4453. Vol. 65, suplem. (2007), S1-S64.
- RANDLE, J; ARTHUR, A.; VAUGHAN, N. – **Twenty-four-hour observacional study of hand hygiene compliance**. *Journal of Hospital Infection*. ISSN 0163-4453. Vol. 76 (2010), 252-255.
- SALOOJEE, H.; STEENHOFF, A. – **The health professional's role in preventing nosocomial infections**. *Postgraduate Medicine Journal*. Vol. 77 (2001), p. 16-19. [Consult. em 19 Jun. 2011]. Disponível em <http://www.bmjournals.com>
- SEGURADO, Margarida – **Referencial de formação pedagógica contínua de formadores/as: métodos e estratégias de formação**. Instituto do Emprego e Formação Profissional: Centro Nacional de Formação de Formadores, 2006. 72 p. ISBN 972-732-962-2
- **Segurança do doente**. DGS: DQS, [20_?]. [Consult. 28 Out. 2010]. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- SERRANO, Maria Teresa Pereira; COSTA, Arminda da Silva Mendes Carneiro da; COSTA, Nilza Maria Vilhena Nunes da – **Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)**. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série, nº 3 (Mar. 2011), p. 15-23.
- SETO, W. H. – **Staff compliance with infection control practices: application of behavioural sciences**. *Journal of Hospital Infection*. ISSN 0163-4453. Vol. 30, suplemento (1995), p. 107-115.
- SILVA, Maria Goretti – **Programa remodelado. Que novidades?** *Nursing*. ISSN 0871-6196. Ed. 230, Suplemento (Fev. 2008) p. 4-7.



- SOUZA, Adenício Custódia Silva e; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; PEREIRA, Milca Severino; PRADO, Marinésia Aparecida do – **Desafios para o Controle de infecção nas instituições de saúde: percepção dos enfermeiros.** *Ciência y Enfermería*. ISSN 0717-2079. Vol. 8, nº 1 (2002), p. 19-30.
- SOUZA, Ellen Lucy Vale de; NASCIMENTO, Jennara Candido do; CAETANO, Joselany Afio; ENFERMEIRA, Raquel Cavalcanti Veras Ribeiro – **Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva.** *Revista de Enfermagem Referência*. ISSN 0874-0283. III Série, nº 4 (Jul. 2011), p. 125-133.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R.– **Investigação qualitativa em enfermagem.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. 383 p. ISBN 972-8383-29-0
- STUTZ, N.; BECKER, D.; JAPPE, U.; JOHN, S. M.; LADWIG, A.; SPORNRAFT-RAGALLER, P.; UTER, W.; LÖFFLER, H. – **Nurses' perception of the benefits and adverse effects of hand disinfection: alcohol-based hand rubs vs. hygienic handwashing: amulticentre questionnaire study with additional patch testing by the German Contact Dermatitis Research Group.** *British Journal of Dermatology*. Vol. 160 (2009), p. 565-572
- TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; PEREIRA, Milca Severino; HAYASHIDA, Miyeko; MORIYA, Tokico Murakawa; SOUZA, Adenício Custódia Silva e – **O ensino do controlo de infecção: um ensaio teórico-prático.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo. ISSN 0104-1169. Vol. 11, nº 2 (Mar.-Abr. 2003), p. 245-250.
- TOWNER, K. J. – **Acinetobacter: an old friend, but a new enemy.** *Journal of Hospital Infection*. ISSN 0163-4453. Vol. 73 (2009), p. 355-363.
- VIEIRA, Maria de Lurdes Mateus – **Sistemas e metodologias de formação profissional em Portugal: 1960-2003.** Instituto do Emprego e Formação Profissional: Centro Nacional de Formação de Formadores, 2004. 88 p. ISBN 972-732-951-9
- WILSON, Jennie – **Controlo de infecção na prática clínica.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 386 p. ISBN 972-8383-57-6.



- WHITBY, Michael; McLAWS, Mary-Louise; ROSS, Michael W. – **Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioural explanation.** *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol. 27, nº 5 (Mai. 2006), p. 485-492.
- WON, S. P. [et al] – **Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit.** *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Universidade de Chicago. Vol. 25 (2004), p. 742-746.
- YOKOE, Deborah S. [et al] – **A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals.** *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol. 29, nº 2 (Out. 2008), S12-S21.



ANEXOS



ANEXO I – Plano de formação

Plano de formação

Tema: Prevenção e Controlo de Infecção

Tempo de Formação: 14^H, distribuídas por dois dias de formação (7^H cada)

Objectivo Geral: Sensibilizar os profissionais para as boas práticas em prevenção e controlo de infecção.

Objectivos Específicos		Conteúdos a desenvolver	
Vertente Teórica	Identificar o papel da CCI e suas actividades	- Comissão de Controlo de Infecção: - Vigilância Epidemiológica - IACS - Doenças Declaração Obrigatória - Controlo de Surto de Infecção	2 ^H
	Contextualizar as principais IACS	- IACS: - Generalidades - Medidas de prevenção	1 ^H
	Identificar os cuidados a ter na colheita e transporte de produtos para o Laboratório de Microbiologia	- Microbiologia: - Conceitos básicos - Colheita e transporte dos produtos biológicos para exame microbiológico	1 ^H
	Adequar os antissépticos e desinfetantes de acordo com a política da instituição	Antissépticos e desinfetantes	1 ^H
	Relacionar as medidas de prevenção e controlo de infecção com as principais IACS	- Infecção respiratória - Infecção da ferida cirúrgica - Infecção do tracto urinário - Infecção da corrente sanguínea	2 ^H
	Relacionar os diferentes tipos de resíduos com a sua produção, triagem, acondicionamento, transporte e tratamento	Gestão de resíduos hospitalares	1 ^H
	Relacionar as medidas padrão com as práticas, para a prevenção e controlo de infecções	- Precauções padrão: - Higiene das mãos - Higiene respiratória / Etiqueta da tosse - Equipamento de protecção individual - Prevenção de acidentes por picada ou corte - Controlo ambiental	3 ^H
	Identificar e adequar às práticas o equipamento de protecção individual	- Máscaras - Luvas	1 ^H
	Relacionar as medidas de isolamento com as diferentes vias de transmissão de infecção	- Precauções baseadas nas vias de transmissão: - Gotículas - Contacto - Via aérea	1 ^H

Vertente Prática	- Sensibilizar os profissionais para a importância da higiene das mãos como principal medida de prevenir a transmissão de infeção - Realizar a técnica correcta de fricção das mãos - Identificar as principais falhas de uma fricção incorrecta	- Higiene das mãos: - Fricção das mãos com solução de treino - Acompanhamento dos formandos na técnica de fricção exemplificando a técnica simultaneamente - Observação das mãos em máquina de luz fria - Reflexão sobre a importância de uma técnica de fricção correcta	30'
	- Distinguir máscaras de respiradores - Adequar a utilização de máscaras e respiradores às práticas - Colocar correctamente o equipamento de protecção respiratória	- Máscaras e respiradores: - Expor vários modelos de equipamento respiratório - Explicar como se distinguem - Exemplificar a colocação correcta deste EPI - Explicar o <i>fit-test</i>	30'
	- Identificar os diferentes tipos de luvas - Adequar a utilização das luvas às práticas - Proceder à remoção segura das luvas	- Luvas: - Expor diferentes tipos de luvas - Executar as etapas de colocação de luvas - Executar as etapas de remoção de luvas	30'

Material de apoio

Vertente teórica:

- Data-show
- Computador
- Textos de apoio (estudos científicos originais, circulares normativas, normas e políticas da instituição)

Vertente prática:

- Máscaras e respiradores
- Luvas estéreis e não estéreis
- Máquina de luz fria
- Soluto de treino para a higiene das mãos



ANEXO II – Grelha de observação

Grelha de observação

Serviço:

Data:

Hora

SIM NÃO

OBSERVAÇÕES

Higiene das Mãos	Os enfermeiros respeitam os cinco momentos de higiene das mãos: • Antes da prestação de cuidados • Antes da realização de procedimentos assépticos • Depois do contacto com sangue ou fluidos corporais • Depois do contacto com o doente • Depois do contacto com ambiente próximo do doente			
Equipamento de Protecção Individual	<u>Luvas:</u> • São usadas: ○ Manipulação de fluidos orgânicos ou material contaminado ○ Contacto com mucosas ou pele não íntegra • São mudadas: ○ Entre doentes ○ Entre procedimentos no mesmo doente ○ Sempre que se danificarem • Eliminadas imediatamente após o uso <u>Máscaras e Respiradores:</u> • Os enfermeiros sabem distinguir máscaras de respiradores • O enfermeiro sabe adequar o uso de: ○ Máscara ▪ No contexto da higiene respiratória ▪ Para a aspiração de secreções ▪ Procedimentos que exigem assépsia ○ Respirador ▪ Procedimentos geradores de aerossóis ▪ Na abordagem ao doente sob precauções baseadas na via de transmissão aérea • Eliminadas imediatamente após o uso			

	<u>Óculos e Protecção Facial:</u> • Usados quando existe risco de procedimentos geradores de salpicos de fluidos orgânicos • Eliminados imediatamente após o uso <u>Batas e Aventais:</u> • O enfermeiro sabe adequar o uso de: ○ Bata ○ Avental • Trocadas entre doentes • Removidas sempre que o profissional sai da unidade do doente • Eliminadas imediatamente após o uso			
Material corto-perfurante	Os enfermeiros: • Não reencapsulam agulhas após utilização • Não removem agulhas das seringas com as mãos • Não passam de mão-em-mão objectos corto-perfurantes Os enfermeiros acondicionam todos os corto-perfurantes em contentores rígidos Quando os contentores rígidos não se encontram próximo do local de prestação de cuidados os enfermeiros adoptam estratégias de segurança para acondicionar os corto-perfurantes o mais próximo possível do local de produção de resíduos			
Colocação de Doentes	Efectuada de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção São implementadas medidas empíricas de precauções baseadas nas vias de transmissão Os doentes sob precauções baseadas nas vias de transmissão estão devidamente identificados Estas precauções são devidamente transmitidas aos restantes elementos da equipe			
Controle Ambiental	<u>Higienização do Ambiente:</u> • Os enfermeiros conhecem os procedimentos no caso de: ○ Derrame de sangue ○ Salpicos de sangue ○ Derrame de fluidos orgânicos ○ Salpicos de fluidos orgânicos			

	<u>Resíduos Hospitalares:</u> É feito o correcto acondicionamento de resíduos: • Grupo I e II • Grupo III • Grupo IV <u>Roupas Hospitalares:</u> Roupa limpa: • Só é colocada na unidade do doente a roupa exclusivamente necessária Roupa suja: • Triada junto ao local de produção • Manipulada com segurança ○ Luvas (se contaminada) ○ Com suavidade ○ Isenta de objectos, materiais ou outros resíduos ○ Retirada da unidade logo que possível Transporte de doentes: • São adoptadas as medidas de acordo a Cadeia Epidemiológica de Infecção Controlo de Visitas: • Feitos ensinios sobre a higiene das mãos • Restrição de visitas para doentes sob precauções de isolamento			
Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse	Os enfermeiros: • Protegem a boca ou o nariz sempre que tosem ou espirram, sem ser com as mãos • Higienizam as mãos sempre que tosem ou espirram • Sempre que um doente exhibe tosse intensa é-lhe oferecida uma máscara de procedimentos			



ANEXO III - Notas de observação

Notas de observação

Serviço A	Observações do ambiente
<u>Relato 1:</u> Realização de penso cirúrgico (técnica “no touch”) no quarto de internamento. O profissional (A) não lavou as mãos antes deste procedimento. Para fazer o penso, o profissional levou o carro de pensos, no qual não estava disponível SABA portátil. Depois deste procedimento o profissional lavou as mãos com água e sabão, mas só depois de abandonar o quarto do doente, na sala de medicação/tratamentos. Pôs o toalhete de papel no saco preto. Em relação ao material usado na realização do penso, no final, o profissional envolveu-o no campo de pensos e na sala de medicação fez a sua triagem para saco branco. <u>Relato 2:</u> Profissional (B) a iniciar a preparação de terapêutica oral e injectável, antes não higienizou as mãos. Acondicionou todas as ampolas em contentor de corto-perfurantes. <u>Relato 3:</u> Mobilização de doente (algaliado) da cama para a cadeira, no quarto de internamento, o profissional (B) não higienizou as mãos antes deste cuidado. Este teve ainda de manipular o circuito de algaliação e depois de deixar o doente e a sua unidade, não lavou as mãos. <u>Relato 4:</u> Profissional (A) que no decorrer dos cuidados de higiene no chuveiro, de entre duas vezes teve necessidade de ir buscar material a outras áreas do serviço e o profissional circula pelo serviço mantendo o avental e as luvas usados no decorrer dos cuidados. No final leva o doente para o quarto, empurrando a cadeira de chuveiro (equipado com avental e luvas). Transfere o doente para o cadeirão junto à sua unidade e segue para outra área do serviço. No final verifiquei que a roupa do doente e toalhas utilizadas na sua higiene se encontravam devidamente acondicionadas em saco impermeável. <u>Relato 5:</u> Após a administração de terapêutica via endovenosa (sistema sem agulha), no quarto de internamento, o profissional (B) recolocou a agulha e transportou este material em tabuleiro para a sala de medicação/tratamentos. Eliminou-o para contentor rígido, sem remover a agulha da seringa com as mãos. Lavou as mãos com água e sabão. <u>Relato 6:</u> Profissional (A) protegeu a boca com as mãos ao tossir e não as lavou de seguida. Ao alcance do braço dispunha de SABA. <u>Relato 7:</u> Preparação de terapêutica endovenosa por dois profissionais (C+D) na sala de medicação/tratamentos. Apenas um lavou as mãos antes com água e sabão. Todas as ampolas foram acondicionadas em contentor rígido. <u>Relato 8:</u> Administração de terapêutica via endovenosa por cateter obturado (sistema sem agulha) no quarto de internamento, a higiene das mãos foi omitida. Após a administração de terapêutica o profissional readaptou a agulha na seringa, transportou-a em mão e lavou as suas mãos, mas na sala de medicação/tratamentos (C), onde também eliminou a seringa para saco branco e a agulha para contentor rígido (retirou a agulha da seringa com as mãos). <u>Relato 9:</u> Profissional (D) a colaborar no levantar de um doente no quarto de internamento. Omitiu a higiene das mãos antes, assim como depois. <u>Relato 10:</u> Ao finalizar cuidados de higiene com colaboração parcial, o profissional (C) estava equipado com luvas, que removeu, mas na sala de	- Em todos os quartos de internamento existe SABA à entrada e lavatório devidamente equipado, destinado à higiene das mãos dos profissionais. - O serviço dispõe de SABA portátil, mas que não está distribuído pelos carros de pensos nem de medicação. - Na sala de medicação/ tratamentos existe SABA e lavatório devidamente equipado destinado à higiene das mãos. - Estão disponíveis contentores para resíduos grupo I e II e III nos quartos, casas-de-banho dos doentes e sala de medicação/tratamentos. - As casas de banho de chuveiro dispõem de contentor com saco impermeável para acondicionamento de roupa suja. - Os contentores para corto-perfurantes estão disponíveis na sala de medicação/tratamentos. - Na sala de sujos o serviço dispõe de um organograma onde é especificado o procedimento no caso de derrames ou salpicos de matéria orgânica, assim como a forma de cálculo das concentrações do desinfetante preconizado. - Nos quartos de internamento não estão disponíveis luvas não-estéreis de vários tamanhos.

medicação/tratamentos, onde lavou as mãos com água e sabão. De seguida passou para outro doente e calçou um novo par de luvas, que trazia no bolso.

Relato 11: Observado o final de uma colheita de sangue na enfermaria. O profissional (D) reencapsulou a agulha após utilização, levou o picante num tabuleiro para a sala de pensos, onde desadaptou a agulha da seringa com as mãos. Eliminou a agulha em contentor rígido e a seringa para saco branco. Lavou as suas mãos com água e sabão.

Relato 12: Questionados dois profissionais (C+D) sobre como se distinguem máscaras de respiradores (uma vez que não foi possível observar a sua utilização), que não souberam identificar, nem as suas indicações.

Relato 13: Questionados dois profissionais (C+D) sobre os cuidados aos doentes tendo em conta a cadeia de transmissão de infecção e a sua susceptibilidade imunológica. Responderam que sempre que têm um doente oncológico este fica num quarto mais reservado. Quando questionado acerca da implementação de medidas de isolamento de forma empírica se o doente tem sintomas de infecção (por exemplo tosse persistente e secreções purulentas) referiram não ter conhecimento, inclusive não conhecem a sinalética definida para este contexto. No que respeita à informação sobre o isolamento referiram que é transmitida na passagem de turno. Um deles desconhecia a restrição de visitas.

Relato 14: Questionado um profissional (C) sobre os cuidados a ter no transporte de doentes sob precauções de isolamento. Dado o exemplo de um doente independente em isolamento por gotículas e outro em isolamento por contacto. Não soube responder e também não sabia que tais cuidados estavam definidos.

Relato 15: Solicitado a dois profissionais (C+D) a descrição do procedimento no caso de derrame ou salpico de sangue ou outra matéria orgânica. Os profissionais não souberam responder ou indicar onde poderiam encontrar essa informação.

Relato 17: Questionei dois profissionais (A+B) sobre como se distinguem máscaras de respiradores, ao que não souberam responder. No que respeita às suas indicações de utilização, também não souberam dar exemplos, argumentando que nos procedimentos que efectuem não é necessária a sua utilização... (apesar de este ser um serviço cirúrgico, também recebe doentes do foro médico, com as mais variadas patologias, nomeadamente patologia respiratória).

Relato 18: Na impossibilidade de observar os cuidados na colocação de doentes, questionei um profissional (B) sobre os cuidados aos doentes tendo em conta a sua susceptibilidade imunológica. Respondeu que sempre que têm um doente oncológico este é mais reservado num quarto sozinho porque "*é potencialmente imunocomprometido*". Quando questionado acerca da implementação de medidas de isolamento de forma empírica, ou seja, se o doente tem sintomas de infecção (por exemplo diarreias persistentes e histórico de internamentos repetidos e antibioterapia) refere não ter conhecimento, mas se for necessário isolar sabe que existem normas. No que respeita à informação sobre o isolamento referiu que é transmitida na passagem de turno, é registada no quadro resumo do serviço e diz que escreve no processo. Sobre a necessidade de restrição de visitas se o doente estiver em isolamento (A+B) um profissional referiu que sim que é necessário, mas não soube precisar até que ponto, e o outro não sabia.

Relato 19: Profissional (D) dirigiu-se a um doente para substituir um soro (que

abriu só junto do doente), ajustou a perfusão e eliminou o frasco antigo em saco branco na sala de medicação/tratamentos. Relato 20: Questionados dois profissionais (A+B) sobre como se deve proceder no caso de derrame ou salpico de matéria orgânica e não souberam descrever as medidas definidas. Relato 21: Questionados dois profissionais (A+B) sobre os cuidados a adoptar no transporte de doentes de acordo com a cadeia epidemiológica de infecção. Por exemplo no caso de doente independente isolado por gotículas ou contacto, não souberam responder.	
Serviço B Relato 22: Colheita de sangue realizada na enfermaria, o profissional (C) não higienizou as mãos antes do procedimento e não calçou luvas. Levou um tabuleiro com o material e um contentor para corto-perfurantes, onde acondicionou a agulha. No final do procedimento lavou as mãos, mas na sala de medicação, com água e sabão. Toallete de papel no saco preto. Relato 23: Profissional (B) a iniciar a alimentação a um doente. Antes do procedimento não lavou as mãos. Relato 24: Profissional (D) a administrar terapêutica oral. Não friccionou as suas mãos, antes nem depois do procedimento. Estava disponível SABA à entrada do quarto. Relato 25: Profissional (A) a prestar cuidados de higiene no leito, equipado com avental e luvas, que no decorrer dos cuidados necessitou de vir buscar creme ao carro de higiene – que se localiza fora da enfermaria. Não retirou as luvas nem o avental quando abandonou a unidade do doente. Junto da unidade do doente estava apenas a roupa limpa necessária para ele. No fim da higiene e já a fazer a cama de lavado – doente totalmente dependente – manteve as luvas com que prestou os cuidados de higiene. Perto dispunha de saco impermeável para a roupa suja. Relato 26: Profissional (B) já no final de cuidados de higiene no leito, equipado com avental e luvas, a fazer a cama com roupa limpa, mantinha as luvas usadas na higiene calçadas. Retirou este equipamento quando abandonou a unidade do doente para contentor destinado a resíduos do grupo III. Lavou as suas mãos com água e sabão em lavatório localizado na casa-de-banho dos doentes. Na zona de trabalho estava disponível saco impermeável para acondicionamento de roupa suja. Relato 27: Doente sentado no cadeirão e o profissional (E) foi reposicionar o circuito de algaliação, antes e após o que não lavou/friccionou as mãos – apesar do SABA disponível à entrada do quarto. Não calçou luvas. Relato 28: Profissional (C) a abandonar o quarto de um doente em isolamento por gotículas, MRSA – encontrava-se na porta a sinalética adequada – e vinha a friccionar as mãos com SABA. À entrada do quarto estavam disponíveis batas impermeáveis, luvas não estéreis de vários tamanhos e máscaras. Questionei-o sobre a restrição de visitas àquele doente ou não, ao que o colega anuiu e que inclusive avisam os seguranças. Eventualmente deixam entrar mais visitas, ou uma por mais tempo, em função da sua colaboração. Referiu ainda que são sempre feitos ensinios sobre o EPI e a fricção das mãos com SABA, excepto nos	Observações do ambiente • À entrada de todos os quartos de internamento existe um frasco de SABA, funcionante e em bom estado de conservação, com informação sobre a técnica de fricção. • Não existe lavatório destinado à higiene das mãos dos profissionais nos quartos. • Na sala de medicação e na sala de tratamentos existe lavatório destinado à lavagem das mãos dos profissionais. • Os carros de higiene do serviço estão situados fora da enfermaria, no corredor. • Nos quartos de internamento não estão disponíveis luvas não estéreis de vários tamanhos. • O serviço dispõe de um quarto de isolamento com pressão negativa. • Em todos os quartos de internamento estão disponíveis contentores para resíduos hospitalares do grupo I e II e grupo III. • Em todas as salas de trabalho estão disponíveis contentores para resíduos hospitalares do grupo I e II, grupo III, grupo IV e

doentes com <i>Clostridium</i>, aí é para lavar. Perguntei também sobre como procederia no caso de haver uma suspeita de infecção pelo bacilo da tuberculose, o colega explicou que é prática implementar as medidas de isolamento por via aérea até confirmação ou não do diagnóstico, para se manter ou levantar as medidas de isolamento. (No quadro resumo este isolamento estava identificado) Questionei-o ainda sobre como procederia no caso de o doente que cuidou necessitasse de sair da enfermaria: que descreveu sem dificuldade (máscara no doente, lençol limpo sobre a cama e as grades e as barras devem ser friccionadas com álcool). Relato 29: Profissional (B) a avaliar a pressão arterial de vários doentes, tinha luvas não estéreis calçadas, que partilhou entre vários doentes, 3. Não higienizou as mãos entre doentes. Relato 30: Profissional (C) administrou terapêutica via ev (sistema sem agulha). Não lavou as mãos antes nem depois. Levou consigo tabuleiro de medicação, onde tinha contentor rígido no qual depositou a agulha e pôs a seringa em saco branco. Relato 31: Um profissional (B) vinha no corredor, tossiu e protegeu a boca com as mãos, após o que seguiu caminho para o gabinete de enfermagem para fazer um registo. Relato 32: Questionados dois profissionais sobre a distinção entre máscaras e respiradores (A+B) que souberam distinguir. Em relação às suas indicações de utilização, identificaram que no caso de o doente exibir tosse intensa se deve oferecer uma máscara ao doente; assim como quando aspiram secreções devem usar máscara. Não souberam identificar o uso de máscara na realização de procedimentos que exigem assepsia como o penso a cateter venoso central. No que respeita às indicações de utilização de respirador indicaram o seu uso em procedimentos geradores de aerossóis, nomeadamente na aspiração de secreções em doentes em isolamento de gotículas, e nos cuidados aos doentes sob isolamento para a via aérea. Relato 33: Questionados dois profissionais (A+B) sobre o procedimento a seguir no caso de derrame ou salpico de sangue ou outra matéria orgânica, não souberam descrever o procedimento a seguir e também não souberam dizer onde procurar essa informação. Questionei-os ainda sobre como procederiam para transferir um doente em isolamento por gotículas, independente, apenas um (B) soube descrever (bata e máscara). Relato 34: Profissional (C) a preparar-se para aspirar um doente. Colocou máscara e luvas, não lavou as mãos antes e não vestiu avental. No final eliminou sonda de aspiração, luvas e máscara para saco branco. Lavou as mãos no lavatório da casa de banho dos doentes. Relato 35: Profissional (D) que trazia uma agulha encapsulada e tubos de colheita cheios na mão, para eliminar noutra área do serviço (vinha da enfermaria). Tinha luvas calçadas. Eliminou agulha no contentor rígido na sala de medicação e restantes resíduos para saco branco, inclusive as luvas. Lavou as mãos com água e sabão. Relato 36: Profissional (D) que se dirigiu à unidade do doente para manipular seringa infusora cujo alarme disparou. Não higienizou as suas mãos antes nem depois e seguiu para outra zona da enfermaria.	também para fracções recicláveis.
---	--

Serviço C	Observações do ambiente
<u>Relato 37:</u> Profissional (B) a iniciar cuidados de higiene no leito. Não lavou as mãos, equipou-se com avental e luvas. Já no final (depois de fazer a cama com roupa limpa), eliminou as luvas para contentor resíduos grupo III e lavou as mãos com água e sabão no lavatório do quarto. Não trocou o avental. <u>Relato 38:</u> Profissional (C) a iniciar a prestação de cuidados de higiene no leito. Antes do procedimento não lavou as suas mãos, estava equipado com avental e calçou luvas. Na zona de cuidados está presente carro de higiene que dispõe de roupa limpa. Já no final dos cuidados, ao fazer a cama com roupa limpa, não retirou as luvas. Acondicionou a roupa imediatamente em contentor adequado, mas não procurou objectos ou outros materiais. No fim retirou as luvas que acondicionou em contentor destinado a resíduos do grupo III (localizado no quarto) e retirou também o avental. Não lavou nem friccionou as mãos depois. <u>Relato 39:</u> Profissional (A) na realização de penso a ferida crónica (no quarto de internamento). Não lavou/friccionou as mãos antes, calçou luvas não esterilizadas para remover as ligaduras e o penso, removeu as luvas, abriu compressas esterilizadas e dispôs os solutos necessários à realização do penso. Depois calçou luvas esterilizadas, com as quais realizou o penso e depois continuou a manipular e abrir outras embalagens, cujos invólucros encaminhou como resíduo grupo III. Passou à realização de penso de outra lesão – crónica – no mesmo doente, mas em diferente localização, não trocou de luvas. No fim de tudo encaminhou as luvas para resíduos do grupo III, assim como as embalagens e invólucros restantes. De seguida lavou as mãos, no lavatório localizado no quarto com água e sabão. Pôs o toalhete de papel em saco preto. <u>Relato 40:</u> Profissional (D) a administrar terapêutica via subcutânea. Não lavou/friccionou as mãos antes ou depois do procedimento – SABA e lavatório com acesso livre disponíveis. Acondicionou a seringa com a agulha no contentor rígido (levou-o num tabuleiro com outra medicação). <u>Relato 41:</u> Profissional (D) a administrar terapêutica via oral e que procedeu ainda ao ajuste do débito de perfusão de soroterapia. Não lavou/friccionou as mãos – SABA e lavatório com acesso livre disponíveis – antes ou depois do procedimento. <u>Relato 42:</u> Profissional (A) a colaborar no levante de um doente, não higienizou as mãos antes nem depois – SABA e lavatório disponíveis no quarto. <u>Relato 43:</u> Profissional (B) estava a ajudar o doente a sentar-se na cadeira. Não lavou/friccionou as mãos depois do cuidado prestado. <u>Relato 44:</u> Profissional (E) procedeu a colheita de sangue, no quarto. Não lavou/friccionou as mãos antes, não calçou luvas, mas lavou as mãos depois com água e sabão no lavatório, fazendo o correcto acondicionamento do toalhete de papel. Levava consigo um tabuleiro com contentor para corto/perfurante onde acondicionou o resíduo grupo IV. <u>Relato 45:</u> Profissional (A) a terminar a prestação de cuidados a doente em isolamento por gotículas (MRSA) – estava a retirar o EPI (máscara cirúrgica, luvas e bata) e a acondicioná-lo em contentor para resíduos grupo III, antes de sair do quarto. Friccionou as mãos com SABA. O doente estava devidamente identificado, com sinalética adequada à porta do quarto. Doente também sinalizado no quadro resumo do serviço no gabinete de enfermagem. Questionei-	Observações do ambiente • Em todos os quartos de internamento está disponível lavatório, de fácil acesso, e dispensador de SABA. • Em todos os quartos de internamento estão disponíveis contentores para resíduos do grupo I e II e grupo III, com tampa accionado por pedal. • À entrada de todos os quartos de internamento estão disponíveis luvas não estéreis de vários tamanhos, assim como na sala de tratamento. • Em todas as salas de trabalho estão disponíveis contentores para resíduos hospitalares do grupo I e II, grupo III, grupo IV e também para fracções recicláveis. • Aquando da implementação do método húmido na instituição, a CCI organizou um folheto informativo que distribuiu em formação em serviço por todos os serviços do hospital. Neste serviço ficou exposto na sala de sujos.

o sobre o porquê da máscara e não do respirador: disse que tinha ido administrar terapêutica. Questionei-o ainda sobre como procederia se fosse necessário preparar o doente para sair da enfermaria, descreveu que lhe colocaria máscara e um lençol limpo sobre a cama (o doente era totalmente dependente). Relato 46: Assisti a um profissional (F) a comunicar à portaria que determinado doente deveria ter restrição de visitas – não mais que dois familiares – pelas medidas de isolamento implementadas. As medidas implementadas foram por suspeita de diarreia infecciosa – a sinalética era a adequada. Questionei-o que caso fosse necessário transportar aquele doente para fora da enfermaria, como procederia: soube descrever os cuidados necessários (bata e higiene das mãos). Relato 47: Questionei dois profissionais (B+C) sobre a distinção entre máscara e respirador, que souberam identificar descrevendo as suas características (distinção física). Relato 48: Questionado um profissional (B) que identificou o uso de máscara apenas nos cuidados aos doentes sob isolamento para gotículas. Apesar de lhe ser solicitado outros exemplos de utilização, não os soube indicar. Relato 49: Questionei três profissionais (A+C+D) sobre o procedimento no caso de derrame ou salpicos de matéria orgânica. Sabem que existe, mas não sabem as concentrações, contudo souberam indicar onde procurar.	
Serviço D Relato 50: Profissional (A) a realizar colheita de sangue, na sala de medicação. Não higienizou as mãos antes do procedimento e não usou luvas. Depois eliminou imediatamente a agulha para contentor de corto-perfurantes e acondicionou os restantes resíduos (contaminados – algodão com sangue – e equiparados a urbanos – invólucros de agulhas e dos pensos – para contentor destinado a resíduos do grupo III). No fim lavou as mãos com água e sabão. Relato 51: Na realização de penso de ferida cirúrgica na sala de tratamentos o profissional (B) não higienizou as suas mãos. Durante o procedimento não utilizou luvas – penso com técnica <i>no touch</i> – e depois acondicionou o material utilizado em contentor para resíduos do grupo III, inclusive os invólucros limpos. Lavou as mãos com água e sabão no fim e aplicou SABA nas mãos ainda húmidas (o momento de lavagem das mãos foi o certo, contudo a técnica não foi a correcta). Por seu turno, a capacidade do saco branco (para resíduos grupo III) ultrapassava já os 2/3 o que fez com que resíduos caíssem no chão. O profissional não solicitou a substituição do saco. Relato 52: Profissional (C) que foi colaborar na alternância de decúbito de doente, não higienizou as suas mãos antes do procedimento, nem depois. Relato 53: Profissional (D) a iniciar os cuidados de higiene, equipado com avental e luvas (não lavou as mãos). Junto da unidade do doente estava um saco impermeável para a roupa suja (acoplado em carro próprio), e apenas a roupa limpa necessária para aquele doente. Relato 54: Profissional (C) a prestar cuidados de higiene, equipado com avental e luvas, que entretanto necessitou de um creme, retirou as luvas para saco branco, mas não o avental e saiu da unidade do doente para outra área do serviço. Junto da unidade do doente estava um saco impermeável para a roupa suja (acoplado em carro próprio), e apenas a roupa limpa necessária para o doente.	Observações • Na sala de medicação e de tratamentosexiste lavatório devidamente equipado (água, sabão e toalhetes de papel), com torneira accionada por cotovelo e SABA fixo na parede. • Na sala de medicação existem contentores para resíduos recicláveis, grupos I e II, grupo III e contentor para corto-perfurantes (ao alcance do braço). • Todos os quartos de internamento dispõem de lavatório devidamente equipado, todavia de acesso difícil. À entrada do quarto está ainda um dispensador de SABA. • No serviço existe informação disponível em todos os pontos de higiene das mãos sobre a técnica de lavar e friccionar as mãos, assim como SABA em todas as enfermarias,

<u>Relato 55:</u> Na preparação de terapêutica injectável o profissional (E) reencapsulou a agulha e seguiu para a enfermaria com a medicação na mão, para a administrar. Procedeu à <u>administração de um injectável</u> por <i>abocath</i> (sistema sem agulha) e uma vez removida a agulha não foi recolocada. De seguida procedeu à <u>administração de terapêutica via subcutânea</u> e reencapsulou a agulha. Levou todos os picantes na mão para a sala de medicação onde acondicionou os resíduos em contentor corto-perfurante e para saco branco. De seguida lavou as mãos com água e sabão, na sala de medicação. <u>Relato 56:</u> Observada a comunicação à equipe de enfermagem por parte do médico, de uma infecção por microrganismo multirresistente. O profissional (A) implementou as precauções de isolamento, no caso, por contacto. Providenciou a colocação do doente em quarto individual, pôs a sinalética na porta (código de cores definido pela CCI da instituição). Foi disponibilizado o EPI adequado – batas e luvas não esterilizadas – e SABA com doseador. O profissional anotou as medidas implementadas no quadro resumo disponível no gabinete de enfermagem. Avisou a portaria acerca da necessidade de restrição de visitas. <u>Relato 57:</u> Dois profissionais (C+D) no início da prestação de cuidados de higiene no leito, não higienizaram as suas mãos, equiparam-se com luvas e um deles vestiu avental de plástico enquanto o outro tinha vestida uma bata de pano com a qual continuou vestida e deu início aos cuidados de higiene. Perto da unidade do doente encontra-se saco impermeável para condicionamento de roupa suja. No final dos cuidados ambos removeram as luvas que acondicionaram em saco branco, um removeu o avental e o outro permaneceu com a bata de pano. Ambos lavaram as mãos noutra sala, na sala de medicação, com água e sabão. <u>Relato 58:</u> Profissional (A) na sala de medicação a realizar uma colheita de sangue. Antes do procedimento foi omitida a higiene das mãos, assim como depois. Não usava luvas. Não reencapsulou a agulha e eliminou a agulha no contentor, que se encontrava na zona de cuidados. <u>Relato 59:</u> Realizado penso a ferida operatória, na enfermaria, antes do qual o profissional (G) não higienizou as mãos. O profissional levou consigo carro de pensos, no qual não estava disponível SABA portátil. Não usou luvas (técnica <i>no touch</i>). Depois do procedimento encaminhou todos os resíduos para saco branco, mesmo os resíduos do grupo I e II (como por exemplo os invólucros). Lavou as mãos com água e sabão, mas noutra sala da enfermaria, na sala de tratamentos depois de arrumar o carro. <u>Relato 60:</u> Realizado penso a ferida operatória na sala de tratamentos, com a técnica “<i>no touch</i>”. Antes do procedimento o profissional (H) não higienizou as mãos, mas imediatamente após sim, no lavatório da sala, com água e sabão. Feito o correcto acondicionamento de resíduos em saco branco, todavia, resíduos do grupo I e II foram também encaminhados como resíduos do grupo III (manga do kit de pensos, que não havia sido utilizada como campo, e como tal não estava conspurcada). <u>Relato 61:</u> Profissional (I) que ao sair do quarto de um doente sob isolamento por contacto (MRSA), removeu as luvas e avental, para contentor grupo III colocado junto à saída, mas ainda dentro do quarto. Friccionou as mãos com SABA. Na porta do quarto estava bem visível a sinalética de isolamento, bem como estava disponível o EPI indicado e adequado – batas, aventais e luvas de vários tamanhos (questionei-o sobre o porquê do avental, e ele disse que tinha ido	contudo não está disponível ao alcance do braço, como por exemplo aos pés da cama. • Aspecto importante é a presença de informação destinada aos visitantes, à entrada de todos os quartos sobre a higiene das mãos. • Nos carros de pensos e de medicação estão disponíveis contentores para corto-perfurantes.
---	--

administrar terapêutica). A informação sobre o isolamento do doente constava no quadro resumo do serviço, localizado na sala de enfermagem.

Relato 62: Na mobilização de doente no leito, antes o profissional (E) não higienizou as suas mãos, contudo, após o procedimento friccionou-as com o SABA disponível à entrada da enfermaria. Usou luvas neste procedimento.

Relato 63: Na administração de terapêutica oral e subcutânea, antes e após o profissional (C) não higienizou as suas mãos. A terapêutica foi transportada na mão e administrada na enfermaria. O profissional reencapsulou a agulha e trouxe-a para outra sala para acondicionar em contentor rígido. Lavou as mãos na sala de medicação.

Relato 64: Profissional (A) a fazer penso cirúrgico na sala de tratamentos, com luvas esterilizadas. Antes do procedimento não higienizou as suas mãos, apesar da disponibilidade de lavatório com água e sabão e também de SABA. O doente em questão tinha pensos em locais diferentes, que foram feitos mas sem que o profissional trocasse de luvas entre os diferentes pensos. Após o procedimento lavou as mãos com água e sabão. Feito o correcto acondicionamento de todos os resíduos produzidos.

Relato 65: Colheita de sangue na enfermaria, antes o profissional (I) não higienizou as suas mãos, mas depois sim, com água e sabão no lavatório da sala de medicação. Profissional sem luvas. Não reencapsulou a agulha e transportou-a na mão e eliminou-a para contentor de corto-perfurantes, na sala de medicação.

Relato 66: Já na fase final de cuidados de higiene no leito, o profissional (H) (com colaboração do Assistente Operacional e equipado com luvas e avental de plástico) continuou a fazer a cama de lavado com as mesmas luvas. Só no final de tudo, removeu as luvas não estéreis desperdiçando-as para saco branco (grupo III), o profissional friccionou as mãos com o SABA disponível na enfermaria, mas não retirou o avental.

Relato 67: Profissional (E) espirrou, protegendo a boca com as mãos que de seguida não lavou.

Relato 68: Perguntei a três profissionais (B, C, E – que se encontravam juntos) se sabiam distinguir máscara de respirador e os três souberam indicar em que diferem estes dispositivos médicos. Em relação à máscara indicaram a sua utilização para o caso em que o doente tenha tosse, mas nada mais. No que concerne à utilização do respirador apenas indicaram a sua utilização para os cuidados ao doente em isolamento por via aérea.

Relato 69: Como não foi possível observar a remoção de um derrame de matéria orgânica pelo que questionei um profissional (G) sobre como se deve proceder no caso de derrame ou salpicos de matéria orgânica o que não soube descrever.

Relato 70: Uma vez que não foi possível observar a preparação de um doente em isolamento para transferência para fora do serviço, questionei dois profissionais (A+C) sobre como preparariam um doente dependente e um independente, em isolamento por contacto. Souberam descrever os cuidados.

Relato 71: Questionados dois profissionais (I+G) sobre como se distingue máscara de respirador, que souberam. Em relação às indicações para a utilização de máscara referiram a aspiração de secreções, mas não deram exemplo de medidas de higiene respiratória nem de procedimentos que exijam assepsia. Em relação às indicações para a utilização de respirador, houve alguma hesitação

mas depois indicaram a sua utilização no isolamento por via aérea. Relato 72: Questionados três profissionais (E+F+H) sobre como se deverá proceder para remover um derrame ou salpico de urina ou secreções. Apesar de não saberem descrever o procedimento, um deles foi buscar uma das tabelas fornecidas pela CCI e disponíveis na sala de sujos – onde consta essa informação – e interpretaram-na. Relato 73: Como não foi possível observar o transporte de doentes, questionei um colega (F) sobre como prepararia um doente em isolamento por gotículas, totalmente dependente, e ele soube identificar os cuidados necessários. Relato 74: Questionados três profissionais (A, C, F) sobre como se distinguem <u>máscaras de respiradores</u>, apenas um soube identificar os aspectos que os distinguem, bem como indicações de utilização (máscara: aspiração de secreções, quando o doente tem tosse; respirador: procedimentos geradores de aerossóis e nos doentes com TP). Relato 75: Questionados dois profissionais (A, G) sobre como se deve proceder no caso de derrame ou salpico de sangue ou outra matéria orgânica. No caso de derrame de sangue souberam indicar que se devem aplicar grânulos de cloro activo, mas não souberam indicar as concentrações definidas ou como se completa o procedimento. Relato 76: Questionado um profissional (I) sobre como se deveria proceder no caso da necessidade de transporte de um doente parcialmente dependente, em isolamento por contacto para fora da enfermaria. O colega soube descrever os cuidados necessários.	
Serviço E Relato 77: O profissional (A) não higienizou as suas mãos antes de oferecer a alimentação ao doente. No quarto estava disponível SABA à entrada, mas não ao alcance do braço, também não existe lavatório para a higiene das mãos dos profissionais. Relato 78: Em administração de terapêutica via sc o profissional (B) não higienizou as mãos antes do procedimento, apesar de disponível SABA junto ao local onde se encontrava o carro de medicação. Após a administração não reencapsulou a agulha e eliminou-a para o contentor rígido, que se encontrava na zona de cuidados. Depois friccionou as mãos com SABA. Relato 79: Em administração de terapêutica via ev, antes o profissional (C) não higienizou as suas mãos, contudo não dispunha de SABA ao alcance do braço, administrou a terapêutica via ev e depois eliminou o resíduo para contentor de corto-perfurantes, retirando a agulha da seringa com as mãos e pôs a seringa em saco para resíduos do grupo III. Friccionou as mãos com SABA (junto ao contentor rígido). Relato 80: Em administração de terapêutica via oral, o profissional (C) não higienizou as suas mãos antes ou após a administração de terapêutica. Relato 81: O profissional procedeu à mudança de decúbito de doente. Antes de abordar o doente o profissional (D) não higienizou as suas mãos, nem depois do procedimento. O profissional tinha luvas. De seguida foi posicionar outro doente, trocou as luvas, não higienizou as suas mãos apesar de perto do contentor com saco para resíduos do grupo III se encontrar SABA (contudo de acesso difícil – suportes de soro na zona de acesso ao soluto).	Observações • Em todos os quartos de internamento está disponível SABA à entrada do quarto. Todavia o acesso ao soluto é difícil. Não existem lavatórios destinados à higiene das mãos dos profissionais (existem apenas nas casas de banho dos doentes). • Em todas as salas de trabalho existe lavatório destinado à higiene das mãos dos profissionais. • No serviço existem dois quartos mais reservados para os doentes que necessitem de isolamento. • Em todas as áreas clínicas e de trabalho existem contentores destinados ao acondicionamento de resíduos hospitalares dos

<u>Relato 82:</u> Profissional (E) na prestação de cuidados de higiene no leito a doente totalmente dependente, equipado com luvas e avental. Ao fazer a cama de lavado manteve as mesmas luvas. Depois do procedimento, retirou as luvas para saco branco e não higienizou as mãos. Manteve o avental para prestar cuidados de higiene a outro doente, calçou luvas. <u>Relato 83:</u> No corredor, interpelei um profissional (F) com avental que ia iniciar os cuidados de higiene a um doente mas que se esquecera de levar consigo um creme que foi buscar à sala de medicação. Seguiu para junto do doente, não lavou as mãos e calçou luvas dando início aos cuidados. No final dos cuidados de higiene, equipado com avental e luvas, já a fazer a cama de lavado com as mesmas luvas com que foram prestados os cuidados. Todavia o contentor para resíduos do grupo III encontrava-se na extremidade da enfermaria. Findo o cuidado retirou as luvas para saco branco, calçou outras e deu continuidade aos cuidados a outro doente, junto do qual estava já a roupa limpa necessária para os cuidados. Perto da unidade de cuidados está disponível saco impermeável para a roupa suja. <u>Relato 84:</u> Profissional (A) a prestar cuidados de higiene a doente totalmente dependente, equipado com luvas e avental, que no decorrer dos cuidados precisou de vir buscar adesivo. Sem retirar o EPI veio à extremidade da enfermaria, passou por um contentor para resíduos do grupo III e teve de sair do quarto, contudo sem retirar antes o EPI. <u>Relato 85:</u> Profissional (E) levava o material necessário para colheita de sangue na mão. Não lavou/friccionou as mãos antes do procedimento, usou luvas. No fim acondicionou a agulha em contentor para corto-perfurantes (que existe no quarto) e levou os frascos nas mãos, enluvasadas. Na sala de medicação retirou a luvas que eliminou para saco branco e lavou as mãos com água e sabão. <u>Relato 86:</u> Doente em isolamento por contacto (MRSA+<i>Acinetobacter baumannii</i>), na enfermaria. Na sua unidade estava a sinalética proposta pela CCI, disponível o equipamento de protecção individual adequado (batas impermeáveis, aventais e luvas) e contentor destinado a resíduos grupo III. Estavam dois profissionais a prestar cuidados (enfermeiro (G) e assistente operacional – equipados com luvas e bata impermeável) e o enfermeiro solicitou a outro colega adesivo. Este último (B), equipado com avental usado na prestação de cuidados a outro doente levou-lhe o material solicitado, encostou-se às grades da cama do doente em isolamento e saiu da unidade do doente, para continuar na prestação de cuidados, saiu do quarto para se deslocar a outra área do serviço e não tirou o avental (apesar de junto da unidade do doente se encontrar um contentor destinado a resíduos do grupo III e SABA). <u>Relato 87:</u> Profissional (C) a administrar terapêutica aos doentes que lhe estavam distribuídos, 3 (2 terapêuticas orais e uma terapêutica ev), entre os quais não higienizou as mãos, inclusive antes da administração de terapêutica ev, por cateter venoso periférico obturado (portanto sem agulha), nem depois. Estava disponível SABA no quarto, junto ao tabuleiro de medicação. Acondicionou os picantes em contentor rígido. <u>Relato 88:</u> Profissional (A) dirigiu-se a um doente para cateterizar uma veia periférica (havia verificado que o acesso anterior apresentava sinais inflamatórios), levou o material necessário não higienizou as suas mãos antes. Estava disponível SABA no quarto, mas na extremidade oposta. Acondicionou o picante em contentor adequado (em cada quarto existe um contentor para corto-perfurantes à entrada, contudo, o profissional poderia ter levado o contentor	vários grupos (I, II e III) e para fracções recicláveis, todos accionados por pedal. À entrada dos quartos de internamento está ainda disponível um contentor para corto-perfurantes. • Para a gestão dos derrames o serviço organizou um kit de derrames do qual consta todo o material necessário. Protocolou ainda um horário de preparação das diluições de cloro activo, assegurando assim a eficácia do produto. • Junto às unidades dos doentes em isolamento na enfermaria estão disponíveis frascos de SABA, assim como à entrada/saída dos quartos de isolamento, ou seja, dos quartos usados para medidas de isolamento.
---	---

consigo, para junto da unidade do doente...). Acondicionou os restantes resíduos em contentor grupo III. Profissional sem luvas. Lavou as suas mãos com água e sabão apenas na sala de medicação.

Relato 89: Doente em quarto individual, em isolamento por gotículas (*Acinetobacter baumannii*), com a sinalética devida exibida na porta do quarto, e o profissional (C) estava-se a equipar com bata impermeável, luvas e respirador. Questionei-o sobre o porquê do respirador ao que o profissional respondeu que calculava ser necessário aspirar o doente, pois caso contrário colocaria uma máscara cirúrgica. Perguntei ainda sobre como prepararia o doente para sair da enfermaria, que ele soube descrever (máscara, lençol limpo sobre a cama e grades, e friccionar as barras da cama com álcool). O quarto do doente dispunha de SABA à entrada, bata impermeável, luvas, máscaras e respiradores e contentor para resíduos do grupo III.

Relato 90: Na impossibilidade de observar a gestão de derrames, ou ensinamentos efectuados neste sentido, questionei 4 profissionais (D, E, H, G), que se encontravam juntos e manifestaram disponibilidade, sobre como se deve proceder no caso de derrames ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica, ao que não souberam responder, delegando nos assistentes operacionais.

Relato 91: Questionados dois profissionais (D, F) sobre os cuidados a adoptar no transporte de doentes em isolamento. Um profissional não soube indicar como prepararia o doente caso estivesse em isolamento por gotículas ou contacto. Outro profissional foi questionado sobre como procederia para o transporte de um doente em isolamento de gotículas caso fosse dependente ou independente, que soube descrever.

Relato 92: Presenciei a comunicação à portaria pelo enfermeiro (H) da necessidade de restrição de visitas após a implementação de medidas de isolamento.

Relato 93: Questionados mais dois profissionais (A+B) sobre a diferença entre máscara e respirador, a que ambos souberam responder (inclusive um deles foi-me mostrar). Em relação à adequação das máscaras aos cuidados ambos identificaram a sua utilização para a aspiração de secreções, mas não deram qualquer exemplo para a realização de penso a cateter venoso central. Em relação às situações com indicação de utilização de respirador identificaram a aspiração de secreções nos doentes em isolamento por gotículas e também para a via aérea, ainda que no serviço não seja costume aquele tipo de isolamento.

Relato 94: Profissional (B) que ao espirrar tapou a boca com as mãos. Depois lavou-as na casa-de-banho dos profissionais (encontra-se próximo).

Relato 95: Um (F) de dois profissionais que estavam ao balcão, tossiu para as mãos, após o que não as higienizou.

Relato 96: profissional (E) a aspirar secreções na enfermaria. Equipado com máscara e luvas, sem avental. No final do procedimento, eliminou sonda e EPI para saco branco. Após o procedimento friccionou as mãos com SABA.



ANEXO IV - Explicação do estudo de investigação

Explicação do estudo de investigação

Explicação do Estudo de Investigação

Susana Maria Filipe Gonçalves, aluna do IV Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, enfermeira no Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. na Comissão de Controlo de Infecção, vem por este meio solicitar a sua colaboração para a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema “Impacto da Formação em Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros”.

O objectivo deste estudo é identificar mudanças na prática dos enfermeiros após a conclusão do Plano de Formação Interna da CCI em Prevenção e Controlo de Infecção, para 2010 e possivelmente desenvolver uma nova estratégia formativa.

Para o efeito, a entrevista semi-estruturada a grupos foco é uma das estratégias de colheita de dados adoptadas.

A confidencialidade dos dados colhidos será assegurada e os participantes codificados no tratamento dos dados, por forma a manter o anonimato.

No que concerne à sua participação:

- É inteiramente voluntária;
- É livre de se retirar em qualquer momento;
- A informação gerada por si será confidencial;
- O anonimato será garantido pois o seu nome não aparecerá no instrumento de medida e será substituído por um código.

Grata pela sua disponibilidade

Susana Maria Filipe Gonçalves

(Aluna do IV CPLEEMC)



ANEXO V – Consentimento livre e esclarecido

Consentimento livre e esclarecido

Consentimento Livre e Esclarecido

Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados de forma a ter esclarecido todas as minhas questões, pelo que concordo participar neste estudo, e consinto que a entrevista seja gravada em suporte áudio durante a minha participação.

Subcrevo-me de forma inteiramente livre, não estando sujeito a qualquer tipo de pressão, coacção ou promessa.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____



ANEXO VI – Guião da entrevista parcialmente estruturada

Guião da entrevista parcialmente estruturada

- A Comissão de Controlo de Infecção desenvolveu, nos últimos anos, acções de formação subordinadas ao tema Prevenção e Controlo de Infecção. Teve oportunidade de frequentar essas acções. O que o levou, a frequentar essas acções?
- O objectivo do Plano de Formação Interna em Prevenção e Controlo de Infecção é a sensibilização para a adopção de boas práticas neste contexto por parte dos profissionais. Considera que esse objectivo foi concretizado? Sim/Não, porquê?
- Na sua opinião, a formação teve alguns reflexos na prática? O que mudou?
 - A nível pessoal
 - Ao nível da equipa
 - Ao nível da organização do plano de trabalho
 - Ao nível da melhoria dos cuidados prestados
- Em relação à formação desenvolvida em 2010, gostaria que se pronunciasse acerca dos seguintes:
 - Pontos fortes
 - Pontos fracos
 - Oportunidades de melhoria
- As visitas aos serviços realizadas pela Enf^a da CCI são percebidas como acções formativas? Em que sentido?
- Em seu entender, que factores influenciam a adopção de boas práticas em Prevenção e Controlo de Infecção? Qual o papel da formação neste contexto?



**ANEXO VII – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital
Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.**

Exmº Sr. Dr. António de Sousa Alves
Presidente do Conselho de Administração
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, E.P.E.

Figueira da Foz, 01 de Outubro de 2010

ASSUNTO: Pedido de Autorização para realização de Trabalho de Investigação

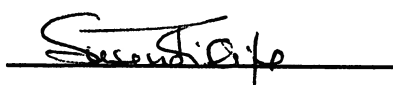
Susana Maria Filipe Gonçalves, aluna do IV Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira no Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. na Comissão de Controlo de Infecção, vem por este meio solicitar Vª Exª se digne autorizar a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema "Impacto da Formação em Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros".

Os objectivos deste estudo são: Identificar as mudanças ocorridas na prática dos enfermeiros em Prevenção e Controlo de Infecção, identificar a adequação do programa desenvolvido às expectativas dos profissionais, identificar os factores facilitadores e dificultadores na adopção de boas práticas, desenvolver estratégias de melhoria no contexto dos métodos de formação que levem os enfermeiros a melhorar as suas práticas no contexto da Prevenção e Controlo de Infecção.

Para o efeito serão utilizados dois tipos de instrumentos de colheita de dados: a observação das práticas dos enfermeiros de todos os serviços de internamento (excepto a Pediatria) no que concerne à adopção das práticas definidas na Política de Precauções Padrão da nossa Instituição; entrevistas semi-estruturadas a grupos foco, com recurso a gravação áudio.

A confidencialidade dos dados colhidos será assegurada e os participantes codificados no tratamento dos dados, por forma a manter o anonimato. A escolha de participação no estudo é voluntária, mediante autorização expressa dos profissionais.

Certa da melhor atenção de Vª Exª, manifesto desde já total disponibilidade para quaisquer esclarecimentos considerados necessários.



Susana Maria Filipe Gonçalves



ANEXO VIII – Consentimento formal do Conselho de Administração do Hospital

Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

COMUNICAÇÃO INTERNA

De: Dra. Isabel Bento Vogal do Conselho de Administração	Para: Enf. ^a Susana Maria Filipe Gonçalves
Data: 12 de Outubro de 2010	Comissão de Controlo de Infecção

Assunto: Pedido de Realização de Trabalho de Investigação

Vimos por este meio informar V.^a Ex.^a que o Conselho de Administração, na reunião de 08 de Outubro de 2010, deliberou autorizar o pedido apresentado, para realização de Trabalho de Investigação subordinado ao tema “ *Impacto da Formação em Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros*”.

Mais deliberou que, deverá V/Exa. facultar um exemplar do trabalho final, à nossa Instituição, que posteriormente será arquivado na Biblioteca, disponível para consulta.

Com os melhores cumprimentos,

A Vogal do Conselho de Administração



(Maria Isabel Rodrigues Bento)



ANEXO IX – Relatos das entrevistas aos informantes-chave “práticos”

Relatos das entrevistas aos informantes-chave “práticos”

N.E. 1

1. O que o levou a frequentar a formação.

Para melhorar as minhas práticas no serviço na parte de infecção. Porque há certas coisas que sentia que não fazia bem. Há certas coisas que uma pessoa nem sabe, e há sempre novidades tanto na parte dos produtos, como na parte de certas coisas que poderemos ou não saber. Às vezes algumas coisas que já se esqueceram, outras para relembrar e para ouvir coisas novas, que sempre se aprendem.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Acho que sim, pelo menos alerta para várias coisas, para vários procedimentos que devemos ter, que se calhar às vezes fazemos e outras não, mas ao menos ficamos com consciência de que o deveríamos fazer.

3. Reflexos da formação na prática.

A nível pessoal ... Sim, teve reflexos na minha prática no dia-a-dia, porque houve certas coisitas de que falaste como o prazo dos produtos dos antissépticos e dos desinfetantes, como é que se deve diluir. Onde é que devemos ter as coisas guardadas. São coisitas que às vezes uma pessoa nem tem ideia e que é importante.

A nível da equipa para dizermos à equipa o que é que se passou no curso e tentar modificar aquilo que está mal no serviço. Acho que a equipa aderiu, não em 100%, mas na generalidade sim, a equipa também é pequena.

Ao nível da **organização do plano de trabalho**, não introduziu alterações.

Ao nível da melhoria dos cuidados sim.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Pontos fortes... foi quase tudo aquilo que falaste (...) e foi a parte prática, também é bom estarmos a ver os materiais e se lavámos bem as mãos. Ajuda a ter uma ideia porque pensamos que estamos muito bem a fazer as coisas e afinal não estamos. A parte prática também ajudou a saber identificar os equipamentos de protecção individual, distinguir máscara de respirador, a forma de colocação. Antes não sabia identificar tão bem as diferenças das máscaras dos respiradores e agora percebi bem.

Pontos fracos... acho que não teve...

Oportunidades de melhoria... Também depende um bocado dos serviços, aqui para nós... como no nosso serviço não há assim tantas infecções, se calhar não sinto necessidade de aprofundar conhecimentos como se estivesse noutro sítio. Talvez na parte prática introduzir outras novas coisas.

5. As visitas do ECI

É bom para vir ver como é que as coisas estão ou até mesmo para nos dar uma opinião sobre como é que as coisas estão. Por exemplo ter isto aqui ou fazer de tal maneira. Acho que é importante porque estás mais dentro do assunto e é uma coisa que tratas todos os dias, mais do que nós que de vez em quando vamos a uma formação e há certas coisitas que podem passar. Acho que é bom vires cá. Sim, tem um carácter formativo.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

Nós tentamos fazer a separação de resíduos, às vezes é um bocado complicado porque nem toda a gente se lembra, ou vão coisas para um lado que não é necessário ir, principalmente para o saco branco de contaminados que às vezes tem lá coisas que não é necessário irem para lá.

A higiene das mãos se calhar ... nós temos nas salas tudo, lavatório e soluto alcoólico que acho está mais ou menos ao alcance. Se uma pessoa quiser fazer (a higiene das mãos) está dentro das suas possibilidades, temos até maneira de o fazer, se a pessoa quiser temos dentro de cada quarto e vai lavar portanto, só não o faz quem não quer, porque nesse aspecto temos o equipamento.

A formação serve para nos alertar para certas coisas, para certos procedimentos menos correctos, para as novidades que existem, para produtos, para situações em que devemos actuar de uma maneira ou de outra, e que são coisas importantes para nós trabalharmos.

Na gestão de derrames... quando acontece as A.O. sabem como fazer, a maior parte delas sabe como fazer as concentrações.

Formação em sala vs visitas do ECI... acho que as visitas são boas, é bom uma pessoa vai à formação uma vez por ano, uma pessoa vai lá e está com atenção, mas esquece, enquanto que se tivermos alguém que venha cá de vez em quando, vamos conversando sobre se é melhor fazer assim ou de outra maneira, e aproveita-se para falar com toda a gente. Nem toda a gente vai à formação e assim é uma maneira de alertar essas pessoas que não foram e lembrar um bocado o que é que se poderá fazer. Valorizo mais as visitas ao serviço do que só a formação, na formação fala-se de muita coisa e às vezes pode-se perder qualquer coisa, enquanto que aqui são mais direccionadas para nós e uma pessoa consegue fixar mais porque também está a visualizar, não é só a ouvir e por isso acho que as visitas ao serviço também é importante.

N.E. 2

1. O que o levou a frequentar a formação.

Como tu sabes estive algum tempo fora do hospital, isto para responder que de facto eu tenho a noção de que nos últimos anos tem sido uma aposta desta instituição na área da infecção e do controlo da infecção em ambiente hospitalar e eu era uma formação para a qual me despertou sempre o interesse uma vez que é uma realidade em todos os serviços, portanto transversal em qualquer instituição hospitalar e de facto a nossa formação base é deficitária. O facto de estar fora levava-me a que a discussão fosse meramente familiar, nomeadamente com a minha esposa em relação aquilo que era conversado aqui, e quando voltei, uma das coisas que pedi à enfermeira chefe é que este era o tipo de formação que eu queria fazer, fruto desta insipiência em termos de formação pessoal nesta área.

As características do próprio serviço, com a quantidade de doentes infectados que tem, fez com que seja uma necessidade ainda mais premente. O objectivo de fazer a formação era mesmo tentar adquirir alguns conhecimentos nesta área, claro está que ultrapassasse aquele conhecimento básico académico que temos e que não de uma formação específica da área de controlo de infecção.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Eu penso que, e agora vou-me reportar ao nível pessoal no serviço, porque é a percepção que eu tenho com mais exactidão, a nível pessoal sim, posso dizer que quase que absolutamente em relação às minhas práticas antes com o que é a minha prática agora.

A nível do serviço, de grosso modo, e estamos sempre a falar de uma população de vinte e tal profissionais de saúde de enfermagem, mais dez de auxiliares ou assistentes operacionais, às vezes é difícil ter uma percepção exacta, mas a grosso modo sim. As práticas agora são substancialmente diferentes, existe a preocupação com as medidas de isolamento, existe a preocupação com as medidas de contacto, existe a preocupação com a sinalização, quer da sinalética adequada, quer à colocação das

barreiras de protecção para o pessoal, para o doente e para a família, a todo o momento, mesmo quando se faz a transferência de cama para outro lugar, existe essa preocupação. É evidente que pontualmente aqui e ali, com alguma falha às vezes, se calhar mais resultante, não diga da pressa, mas da necessidade de ter que fazer algum procedimento de uma forma mais rápida, aí acredito que às vezes uma ou outra, mas eu penso que de uma forma muito generalizada, para não dizer quase na totalidade, existe essa preocupação. E eu penso que a preocupação resultou da formação, quer da formação dada aos enfermeiros, quer da formação dada aos assistentes operacionais.

3. Reflexos da formação na prática.

Ao nível da organização do plano de trabalho da equipa... Até para o doente acho que houve melhorias porque a preocupação com as medidas de protecção, com as barreiras também tem a ver com o próprio doente. E nós, fruto da nossa casuística, aqui no serviço (...) muitas vezes temos infecções multirresistentes, de tipologia diferente e quase que algumas vezes lado a lado, sendo que nós não conseguimos evitar esse tipo de situação mas há de facto a preocupação de perceber quais são as barreiras para um, quais são as barreiras para outro, quais são os factores de protecção para uns, quais são os factores de protecção para outro para evitar que alguém que tem uma infecção nas vias respiratórias, que fique ao lado de alguém que tem uma infecção nas vias urinárias, e não seja transferível de um para outro e vice-versa. Portanto há essa preocupação. Em relação aquilo que era antes, é como te digo, entrei no serviço este ano, portanto não tenho muito bem a visão do que era antes, já apanhei com esta formação já a decorrer, portanto já encontrei pessoas com formação e já essas preocupações com o contacto e as gotículas. Seja qual a protecção que for, tenho dificuldade em ver o que era antes. Mas agora, para o doente, sim. Em relação às práticas, eu acho que existe uma preocupação grande em conseguir planear o turno de manhã, à tarde e de noite de forma a que os cuidados a doentes infectados, não possa condicionar a assistência aos doentes não infectados e vice-versa. Há o cuidado de planear os cuidados de forma a que, não sendo a fazer cuidados de forma avulsa aos doentes evitando a transferência de microrganismos de um doente para o outro, com as devidas medidas de higiene, lavagem das mãos, que eu penso que é uma das coisas que está neste momento, aqui no serviço por desejar.

A título pessoal, e estou particularmente à vontade para responder porque de facto a troca do equipamento de protecção individual, inclusive do avental de doente para doente, isso para mim não é uma preocupação. Agora a lavagem das mãos, até porque todas as nossas enfermarias têm o reservatório e o lavatório para a lavagem das mãos. O próprio sabão. Não é por falta de condições que se possa não fazer. Já me tenho apercebido de uma ou outra situação em que isso não acontece. Acho que será mais às vezes pelo, eu não digo que é pela necessidade, a forma de querer executar as coisas com alguma rapidez, que leva a que isso possa acontecer. Porque inclusive, existe a preocupação no serviço, mesmo naquelas situações em que os doentes não estão identificados como tal, mas que, ou porque existe uma proliferação de secreções mais abundantes, ou porque as secreções são mais espessas e com uma coloração diferente do dito padrão normal, ou seja, se o doente está a fazer picos febris em sequência mais apertada e possa haver a suspeita de que aquele doente esteja infectado, muitas vezes sem ter o padrão de infecção já identificado, existe essa preocupação. De facto já me apercebi, já chamei a atenção para essa situação, e que felizmente não são muitas e se calhar acabam por acontecer mais vezes com o avental do que com as luvas. Também não é por falta de material, porque o material existe.

No sentido de facilitar a higiene das mãos... eu tenho uma visão muito própria em relação ao soluto alcoólico e à forma como ele é utilizado. Para mim faria todo o sentido que o soluto alcoólico estivesse à cabeceira do doente. Isto porque me obrigava, até do ponto de vista visual, sempre que chegava junto do doente para executar qualquer procedimento ou ponto determinado, até porque normalmente, quando se termina, é virado para o doente, portanto para a cabeceira, havia o contacto visual e mais facilmente havia a lembrança. É evidente que a quantidade é muita, os nossos doentes estão aqui por um período muito prolongado e essa questão não se colocaria numa enfermaria com rotatividade maior acabaria por haver desperdício de solução alcoólica de forma mais rápida, em que cada vez que se mudasse o doente se mudasse o recipiente, que eu penso não seria necessário. Isto para responder que se aquilo estiver à cabeceira do doente era mais fácil fazer a desinfecção das mãos com a solução alcoólica. Se bem que para mim eles estão num ponto acessível. Se calhar podia estar numa parede mais liberta, está por cima da mesa, mas de qualquer forma está perfeitamente acessível, não é por aí. Mas ajudaria, como te digo, à cabeceira.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Eu gostei imenso... por variadíssimas razões: conteúdos da formação, porque é de todo importante na nossa realidade actual e se calhar de futuro ainda mais porque os níveis de multirresistência vão ser mais acentuados infelizmente. Os níveis de infecção hospitalar vão seguramente ser maiores, isto é transversal aos cuidados de saúde, não é específico da nossa instituição, portanto é de certeza uma realidade conjuntural de forma alargada. Gostei imenso da forma como foi dada, uma ou outra questão em que poderia não estar particularmente de acordo como a técnica de colheita de urina no doente algaliado (...) é dessa forma e eu aceito.

Gostei imenso da abertura da Dr^a Helena, porque é totalmente diferente (...). A parte prática que vocês tiveram, como a forma de lavagem das mãos, as zonas omissas durante o procedimento foi de facto vantajoso.

Pontos fracos não encontrei, o que eu acho que faria sentido era alargar o período de formação, não digo naquele momento mas num outro segundo momento, em que a formação pudesse ser feita num contexto prático, na enfermaria. Se calhar, perante as necessidades de estabelecer barreiras de protecção, quer nossas quer para o próprio doente, a forma como as coisas estão, são conduzidas na unidade do doente, porque muitas vezes temos dúvidas. Se o local de acondicionamento do material é o mais adequado, se deve estar naquele sítio, a que distância é que deve estar do doente, se aquele material deve ser considerado infectado ou não quando está exposto. Formação em serviço com uma vertente mais prática. Se calhar dando continuidade à formação em contexto de sala, mesmo com o componente prático, se calhar faria sentido até para as pessoas se sentirem mais confortáveis com o ambiente físico e com o equipamento e sua distribuição física, junto da unidade do doente porque me parece que é algo que o pessoal tem ainda algumas dificuldades em, eu próprio também acho, às vezes ficamos na dúvida se aquele procedimento é o mais correcto.

5. As visitas do ECI

A forma como (...) o pessoal gosta porque acho que já falei para trás de te ver por aqui, por mais do que uma razão. Primeiro porque vêem a enfermagem como um elemento importante, um elo de ligação entre a área da patologia – Laboratório – e a área da prestação de cuidados – enfermaria. Deixa de ser só o médico, a enfermagem tem um papel importante neste circuito, portanto dentro do controlo de infecção. Foi isto que percebemos que muitas das vezes quando cá vens para nós é bom, para nós e para o doente, porque a informação que nós não temos ou que chega de forma desvirtuada, na forma exacta ou

no tempo certo, e consegue-se otimizar daqui resultados. Resultados de que forma, se calhar evitar outro tipo de infecção cruzada, de doente para doente, se calhar na forma de nos protegermos em relação aos outros, porque a gente quando te vê, pronto ela vem-nos dar uma notícia de que às vezes a gente necessita, pode ser má por um lado, por outro lado é um mecanismo de protecção. E depois as trocas de impressões que vão surgindo, e eu penso que isso é bom, porque às vezes a gente aproveita para colocar dúvidas e isso é visto pela positiva, nunca percebi que fosse ao contrário.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

As pessoas estão bem formadas do ponto de vista académico e a forma como adquirem conhecimentos e o metabolizam, de forma a pôr na prática o resultado do entendimento parece-me que é o factor que mais ajuda. Penso que o factor humano no que diz respeito aos elementos para dispor no trabalho também seria um factor importante, é verdade que isto é uma redundância em termos de desculpa, mas o trabalho é grande para o trabalho a desempenhar. Não é que isso seja um obstáculo em si mas se calhar (...) mais recursos humanos permitiria outro tipo de atenção, outro tipo de cuidados. Se calhar se os houvesse também estaríamos aqui a dizer a mesma coisa, porque outras coisas apareceriam para fazer se houvesse mais recursos humanos. Conhecimento e recursos humanos, penso se calhar que será, porque material não nos falta. Além do material, penso que não há assim mais nenhuma.

A estrutura física, do ponto de vista físico é difícil mudar o que quer que seja. Nós até nem nos podemos queixar muito porque temos dois quartos de duas pessoas, o que nos permite com alguma limitação, mas mesmo assim com alguma liberdade, e nisso a área médica não nos coloca grandes resistências, nisso temos alguma mobilidade interna a nível dos doentes de forma a conseguir estabelecer barreiras na forma de abordagem, na forma como os doentes se dispõem aqui na enfermaria. Conseguimos estabelecer as barreiras que entendemos como de isolamento, de forma clara, ou então emparelhados com alguém que tenha a mesma precaução, e isso nós fazemos de forma quase autónoma.

N.E. 3

1. O que o levou a frequentar a formação.

Primeiro porque nunca tinha tido uma formação específica de controlo de infecção, depois autopropus-me, achei que era interessante, também para haver umas alterações aqui a nível do serviço, de algumas coisas que eu achava que não estavam tão correctas. E achei por bem que deveria fazer formação nesse sentido.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Parcialmente foi porque não depende só de um ou dois elementos, depende de toda a equipa, e nem toda a equipa está sensibilizada para certos aspectos que alguns são básicos, mas que às vezes nem esses básicos estão despertos. Creio pensar que não é por falta de formação, acho que é mais o esquecimento, o dia-a-dia, as rotinas, e as coisas acabam por passar, e às vezes quem está de fora e vê, vê que afinal que está errado e não estão a cumprir, não porque não sabem. Por isso acho importante relembrar, para as pessoas inconscientemente relembrarem. Fiz a formação e tenho de fazer assim, afinal é importante vou fazer. Porque às vezes, nós vamos tendo informação, mas não pomos em prática porque vai ficando recalcado e no dia-a-dia passa-nos. Pronto e não depende de só um ou dois elementos e nós continuamos a ver aqui algumas coisas que realmente não são práticas correctas.

3. Reflexos da formação na prática.

Em termos pessoais e profissionais creio que melhorei em alguns aspectos e também tentei-me adaptar ao serviço em si. Porque mesmo os recursos materiais do serviço e a sua estrutura, temos de nos adaptar muito bem porque não está totalmente bem preparado para termos todos os procedimentos correctos.

Em termos profissionais acho que sim, acho que evolui, até mesmo às vezes em conversa com os colegas, tento trocar ideias e às vezes sensibilizá-los porque sei que alguns não foram à formação e não vão há já algum tempo, e pronto eu também acabei o curso há pouco tempo, também tento até falar de coisas mais evoluídas, coisas que se fazem e coisas mais correctas, e acabo por fazer um pouco a minha parte. Não tenho o espírito de dizer que isto é correcto, isto é incorrecto, nem quero mandar em ninguém nem nada. É mais o saber que as pessoas também têm necessidade e não levam a mal uma pessoa passar a informação ou dizer o que é que está mal, o que é que está bem, porque somos todos uma equipa e temos todos de trabalhar para o mesmo. E a partir do momento em que temos todos o mesmo objectivo, temos todos que trabalhar entre todos e sensibilizar-nos uns aos outros porque sei que também cometo alguns erros e tenho um colega que me pode dizer que em vez de fazeres assim se calhar é mais correcto assim. Em termos de controlo de infecção é normal e temos de nos ajudar uns aos outros nesse sentido.

Profissionalmente acho que sim, acho que melhorei e é importante realmente fazerem essas formações periodicamente, para fazermos também a reciclagem acerca disso. Também era importante haver recursos materiais e a estrutura do serviço que nos evitasse às vezes cometer certos erros que às vezes temos noção, mas que às vezes é complicado não os fazermos, ou naquele momento de pressa, de emergência ou urgência, e às vezes não correm as coisas, passou, passou.

Em termos de serviço e do grupo em si, da equipa, é assim, na equipa de enfermagem noto que há melhorias e que as pessoas têm tendência a melhorar. Agora em termos de mesmo os auxiliares, também noto uma grande evolução de parte delas, porque sei que elas também fizeram formação e elas próprias gostam de melhorar.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Pontos fortes acho que no geral toda a formação foi, tudo o que foi falado e tudo o que foi abordado foi muito importante. Porque por mais que seja uma formação com um conteúdo básico, acho que é sempre importante portanto reforçar e voltar a reforçar porque para relembrar novamente algumas coisas que nós achamos que são básicas, ou da nossa formação base. É sempre importante voltar a reforçar essa mesma formação.

Acho que também uma das coisas boas que procuraram fazer foi uma formação em que falasse de tudo um pouco, várias pessoas credenciadas que falaram dos temas adequadamente e que têm formação para isso, mais especializada, uma formação mais direccionada para aquele assunto. Também tiveram esse ponto forte. Também acabaram por fazer uma actualização acerca de algumas circulares que não tinha acesso, não me tinham falado delas nem tinha noção daquilo que se fazia aqui e pronto, que também falaram nessa formação e que para mim foi muito importante por causa disso mesmo. Reforçar

essas mesmas circulares e normas que estavam implementadas.

Agora em termos de pontos fracos, acho que não teve. Acho que o menos bom é termos muita teórica, e depois na prática as coisas não correm daquela forma que deveriam correr.

Por exemplo uma circular entra em vigor, há uma alteração. Acho que não basta só mandar um *mail* para cada um de nós ou haver uma informação para o enfermeiro chefe nos passar a informação. Por exemplo em cada serviço, ou fazer uma reunião de x período em x período para uma actualização desses dados, para as circulares, as normas que são implementadas e que sofrem alteração, as coisas estão sempre a mudar. Falo isto porque acho que para mim e para a equipa isso era importante porque às vezes nem sempre a informação passa e quando vamos a ver afinal há esta norma e eu não soube, acho que era importante.

Mas em termos de formação, acho que de uma forma geral foi muito boa.

A vertente prática foi muito boa, foi importante, ajudou a consolidar o que tinha sido transmitido, mesmo para reconhecer os materiais e os tipos de luvas. Recordo-me que havia vários tipos de luvas, quando é que se deve usar e quando é que não se deve usar, racionalizar esses materiais que é muito importante e que também por vezes falha. Alguns materiais que também não conhecia no hospital e que passei a saber que existe. Se precisar pedir, saber que há, isso é muito importante, mas realmente essa parte prática acabou por elucidar um pouco a parte teórica e trazer outros conhecimentos também. De ver materiais, tocar os materiais, ver as diferenças. Porque é importante tocarmos, manipularmos, vermos as diferenças e acho que a formação foi muito gratificante nesse sentido, na parte prática, para ver, tocar, ver as diferenças. Acho que é muito importante.

5. As visitas do ECI

De uma forma formativa para nos orientar em certas situações que às vezes aparecem no serviço, para termos mais cuidado, se tivermos algum doente infectado ou alguma situação pontual. Mesmo ao nível da gestão de lixo e de coisas que tenhamos de ter cuidado aqui no serviço, acho que, eu considero que é uma forma formativa, nada de uma forma invasiva ou intromissão.

Eu acho que a formação em sala é muito importante, mas acho que além disso, e para cada um expor aquilo que acha e haver troca de ideias e haver reciclagem da informação, acho que é muito importante. Complementando a isso acho que também é importante essas visitas que acho deveriam ser mais amiúdes, mas agora até acho que estão a ser mais. Estou aqui há dois anos e noto que estão a ser mais regularizadas essas visitas e noto que estão a ser mais regularizadas e noto realmente que as pessoas estão mais sensibilizadas e parecendo que não, essas visitas ajudam imenso. Porque às vezes ouço entre conversas, mas a Enfª Susana disse isto, aí mas temos que fazer assim, mais entre as auxiliares é que há esse cuidado. Além disso acho que não só para nós e para os auxiliares, mas para os médicos também, que fazem muito a manipulação de processos e de luvas, de passarem de um doente para o outro, e não se lavam as mãos, com luvas e tudo, tocam nos processos e abrem processo e fecha processo. E nós ficamos a pensar, mas o que é isto, se faço alguma coisa, aí que estou a fazer mal, isto não pode ser, como é que é possível uma coisa daquelas. Manipular materiais orgânicos e depois com luvas, enfim, acho que na parte médica também se deveria batalhar um bocadinho mais, e eles também

precisam de formação, da mesma forma que nós precisamos e temos a noção que precisamos e fazemos reciclagem e tudo o mais e temos de ser lembrados, eles também.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

Factores que influenciam as práticas... Não são só os factores físicos que influenciam as práticas, tem também a ver com a formação de cada um, que cada um tem e com as práticas que cada um acha que são correctas ou incorrectas. Cada um também tem a sua opinião não é e isso também influencia na prática de cada um o que acha correcto fazer ou não fazer. Isto tem a ver com a formação pessoal e com aquela que é feita através da formação de controlo de infecção.

N.E. 4

1. O que o levou a frequentar a formação.

Na expectativa de melhorar a minha pratica dos cuidados de enfermagem porque, enfim, nós temos um curso mas não sabemos tudo com é evidente e procuramos saber sempre mais qualquer coisa, até porque saem as circulares e muitas vezes não estamos desbertos. Também sai qualquer coisa de novo e aqui ainda não chegou. Portanto penso que as formações servem para isso mesmo. Actualização de novos conhecimentos, mesmo adquirir outros que nós não estamos por dentro.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Acho que sim, pelo menos houve determinadas coisas que foram debatidas, que não é que uma pessoa já não soubesse, mas que muitas das vezes não estamos desbertos e ajuda-nos até a ter em conta que devemos fazer assim, eu estou-me a lembrar de uma coisa que lá comentada que nós não fazíamos: quando nós abríamos um soro para fazermos um penso, por exemplo eu abro um hoje e naquele carro temos dois, amanhã não foi necessário, passados dois ou três dias vamos abrir aquele soro que está aberto não sei desde quando, e se pusermos a data é mais fácil identificarmos, e agora até utilizamos as unidoses, daqueles pequeninos, depende se fizemos uma irrigação... Aliás na sala de infectados temos um soro de 100ml, para cada doente. No final do turno, deitamos aquele soro no lixo e depois abrimos outro para fazer o penso.

3. Reflexos da formação na prática.

A nível pessoal houve coisas que acabei de dizer, que eu fazia de determinada forma e depois da formação mudei – também não seria de esperar outra coisa – e adquiri conhecimentos. Estar desperta para determinadas técnicas, que até podiam não ser correctas, e claro por acaso quando vim da formação, e tinha tudo muito fresco, por acaso até comentei aqui – eu era a única pessoa do serviço que lá estava – e falei de um modo geral da formação aqui no serviço.

Teve repercussões sobre a gestão do plano de trabalho, como por exemplo, no contexto da prevenção de infecção do local cirúrgico, foi falado e a equipa mudou em massa, para dar resposta, adoptámos esta nova linha de orientação que nos foi apresentada. A nossa rotina mudou completamente.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Eu gostei muito da formação, dos prelectores, dos conteúdos, pertinência, acho que foi bem conseguido. A parte prática foi muito interessante, aquela mesa das mãos é que eu fiquei... realmente nós não vemos nada e depois quando púnhamos ali as mãos (máquina de luz fria) que mal lavadas que estavam... ali foi preto no branco. Quando andavas sempre a falar da gripe A, lavagem das mãos, que deviam lavar as mãos e ali foi evidente que realmente é importante. Mesmo nós lavando e parecendo que estava tudo bem afinal a lavagem que fazia não era assim tão eficaz. Ajudou a sedimentar a parte teórica. Foi interessante.

5. As visitas do ECI

Acho que é importante porque não vens naquela de carrasco, o juiz que estás ali a avaliar-nos, mas numa de ver o que é que fazemos menos bem e poderemos melhorar, para o nosso serviço ser quase excelente. Eu não vejo isso como uma forma negativa até porque também a nossa relação é boa e aliás outra coisa muito importante que tu chegas aqui e é quando sabemos pela primeira vez que aquele doente está infectado e temos de ter cuidados. Vejo-te sempre aqui como algo positivo. Mas também és uma pessoa de fácil conversação, não és uma pessoa difícil e também temos uma boa relação. O que também ajuda para aceitarmos as coisas menos boas que tenhas para nos dizer.

Eu acho que as tuas visitas ao nosso serviço também ajudam a sedimentar o que nos foi transmitido. Uma coisa é aquilo que nos foi dito na teoria, ouvimos e até reflectimos, outra coisa é estarmos no nosso local de trabalho e muitas das vezes o trabalho que temos, em excesso – uma das coisas que disseste como a roupa no chão e cometemos essa gafe, apesar de termos condições.

Se calhar melhoráramos a adesão à higiene das mãos com um pouco de tudo: adequação das estruturas, mais formação. Uma coisa é nós nos esquecermos, no final de um procedimento acho que nunca há esse esquecimento – até para nos protegermos um bocadinho a nós – ao fazermos qualquer coisa ali a mexer no doente, acho que acabamos por nos protegermos também a nós. Claro que, se fizermos um penso a um doente e passarmos para outro talvez não nos esqueçamos, mas depois de fazer uma cama sim.

A estrutura física também não nos permite, temos de mexer nas camas, porque os lavatórios estão ali – inacessíveis – depois também nem sempre há o sabão líquido.

Mas acho que no fundo também é culpa nossa (não lavar as mãos) um bocadinho que nos esquecemos de o fazer. A ajudar também não temos assim um acesso muito rápido para o fazermos. Acho que é um bocadinho a junção das duas coisas.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

Factores que influenciam as boas práticas: esquecimento, deficiências estruturais. Eu penso que sim, a formação influenciou a adopção de boas práticas, embora como profissionais responsáveis acho que sim, devemos adoptar as medidas para contribuir para as boas práticas de enfermagem.



ANEXO X - Relatos das entrevistas aos informantes-chave “peritos”

Relatos das entrevistas aos informantes-chave “peritos”

E. 1

1. O que o levou a frequentar a formação.

Em primeiro lugar por ser elo de ligação da comissão ao serviço e como é óbvio também porque queria não só repensar as minhas práticas, como fazer uma análise daquilo que se faz no serviço, daquilo que pode ser melhorado, mas sobretudo para testar os conhecimentos, ouvir esclarecimentos. No fundo é aprofundar os conhecimentos porque eu também já tenho alguns. Mas essencialmente o aprofundamento de conhecimentos.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Eu acho que na formação os objectivos foram claramente alcançados, embora eu ache que as repercussões não sejam feitas a 100%. Também porque ainda nem todas as pessoas fizeram a formação, também não há muitos espaços de debate depois para pensar o que se ouviu e partir para a mudança. Eu acho que as pessoas estão preocupadas com as mudanças de atitudes, não acho é que seja também por aquilo que ouvem na formação e que tendem a replicar.

3. Reflexos da formação na prática.

A nível pessoal mudou, mudou, havia muitas coisas que eu não tinha discernimento sobretudo a nível dos equipamentos de protecção individual, ainda havia algumas confusões quanto à ordem de retirar o equipamento, a escolha do respirador, de uma máscara. E com a formação veio colmatar lacunas que eu tinha.

A nível profissional teve muitos reflexos principalmente eu acho que a utilização da solução alcoólica, pela minha parte passou a ser muito mais frequente. Eu já utilizava, mas honestamente acho que fazia sobretudo a lavagem social das mãos e não a lavagem que se deve fazer. A utilização de solução alcoólica, eu acho que melhorou e acho também que tenho tentado contribuir para que a mudança se faça aqui no serviço. Nós não temos se calhar ainda assim estatísticas de consumo, daquilo que modificou, mas acho que estamos a mudar. A parte do equipamento de protecção individual, para mim, também mudou. E nós temos um serviço com características que não são as ideais, mas acho que nos temos conseguido adaptar e bem. Acho que houve mudanças positivas.

Em relação ao soluto eu acho que deviam haver mais locais de disponibilização de solução alcoólica. Honestamente acho que são poucos os sítios onde está, eles estão perto das torneiras de água onde a pessoa já vai lá porque vai lavar as mãos e não vou aqui dizer quais seriam os locais ideais, nem tenho conhecimentos para isso, mas acho que deviam aumentar. Já vi, nalgumas instituições ao fundo das camas e acho que é uma boa ideia. Até porque pelo menos, até a própria equipe médica, bastava tocar no doente e de certeza que acabava por descarregar a solução nas mãos, mesmo não estando sujas, visivelmente sujas. Ela é tão ou mais eficaz do que só a lavagem social, mesmo por exemplo no carro de terapêutica, também poderíamos ter lá um suporte adaptado, e nós também mesmo entre cada administração, não de comprimidos ou isso, mas se estivesse ao final da cama, na minha opinião

aumentava ainda mais as boas práticas.

Ao nível da organização do plano de trabalho da equipa... Já havia uma série de cuidados como cuidar em último os doentes sob precauções de isolamento. Eram conhecimentos que já tínhamos.

Melhoria dos cuidados ... sim ajudou, e de vez em quando já conversamos um bocadinho sobre essas coisas, vai-se perdendo um bocado aquele mito de mais vale estar calado. Não, temos conversado algumas coisas sobre isso.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Pontos fortes, eu acho que toda ela focalizou aspectos fundamentais para todos nós cuidarmos melhor, e até para encontrarmos no ambiente onde trabalhamos um ambiente mais seguro para nós próprios. Acho que aí foi 100% conseguido. A abrangência, se calhar ainda nem todas as pessoas conseguem ainda estar lá e já agora acho que devem continuar a replicar para o próximo ano para ver se de facto conseguem todas as pessoas a terem a formação. Se calhar, se os 2 dias passassem a 3, para não ser tanta informação tão compactada. Deve ser a mesma, mas se calhar mais distribuída, se calhar era benéfico. Acho que fizeram bem, e se calhar aí é um ponto forte em terem escolhido pessoas de serviços diferentes com perspectivas e prestações também diferentes, porque todos nós fomos levados a pensar sobre outras realidades. Lembro-me por exemplo de quando eu estive, estiveram lá pessoas da radiologia, que colocaram questões próprias que eu, por exemplo, nunca tinha equacionado, mesmo os doentes em isolamento quando saem para fazer exames e isso muitas vezes nós pensamos, mas pensamos no doente agora e nem temos noção de como é ele a circular pela instituição e como é que ele depois se vai apresentar às outras pessoas. Eu acho que aí foi muito benéfico, o facto de estarem pessoas misturadas, de âmbitos diferentes.

A parte prática que vocês introduziram, mesmo a colocação dos respiradores e o calçar das luvas, parecem coisas simples que achamos que fazemos bem, mas às vezes naquela pressa também acabamos por aligeirar os passos, portanto acho que foi muito importante. Se calhar até podia ter ainda mais coisas.

5. As visitas do ECI

Eu acho que é formativo. Eu acho que vens nas alturas certas, sempre que alguém apareça e alguém com funções é sempre bem-vindo, eventualmente naqueles dias se calhar lá em baixo esteja mais calmo, se pudesses aparecer mais, se calhar de todo irias encontrar coisas que se calhar poderiam ser conversadas e debatidas. Mas acho que não se pode exigir mais, para mim.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

As limitações impostas pela estrutura física, a dinâmica do serviço... O papel da formação veio no fundo quebrar alguma resistência que às vezes ainda há, muitas vezes por desconhecimento, outras vezes porque no meio do rol da pressão há muita coisa a fazer e depois vamos aligeirando algumas coisas, eu acho que a formação aí tem sempre uma grande importância. Quantos mais profissionais puderem ouvir e reflectir sobre o que fazem no dia-a-dia e o que vêem fazer, acho que é fundamental. As condicionantes, quanto a mim além disso são as condicionantes físicas do serviço, porque a nível de

materiais sinto que a instituição tem tudo o que é necessário. Nunca entendi que faltasse material, ou que pudéssemos dizer que não se faz porque não existe. A única coisa que pode não ser feita ainda são as tricotomias com a máquina, mas isso já é num plano mais avançado e talvez seja o único recurso material de que não dispomos para melhorarmos ainda mais as práticas. De resto penso que estamos a caminhar bem. Como eu falei há bocadinho de facto eu acho que deviam aumentar os pontos de colocação de solução alcoólica, quer para nós, quer para os familiares. Depois por exemplo nós temos um quarto em que se faz isolamento, mas não é um isolamento tão conveniente quanto isso, no sentido em que eu acho que as características do quarto não são as mais adequadas, não tem casa-de-banho própria, não tem antecâmara para nós lavarmos as mãos, temos roupa lá dentro, ou a colocação de um lavatório antes de entrarmos mesmo na unidade do doente. Pelo menos a antecâmara antes de nós entrarmos mesmo na unidade do doente, já não estou a dizer ao nível da ventilação, isso era importante para fazermos um isolamento mais eficaz, e para os profissionais também estarem mais à vontade, terem ali o material necessário, já preparado para todas as eventualidades, aí de facto estamos um bocadinho aquém.

E. 2

1. O que o levou a frequentar a formação.

Porque mais do que partilhar experiências sinto que se tivéssemos todos o mesmo tipo de acção o objectivo comum será mais facilmente atingido. Penso que se todos nós tivermos os mesmos cuidados para prevenir as infecções, ter esse tipo de cuidado para a prevenção mas se lutarmos em conjunto com, da mesma forma por todos os serviços, em todo o lado penso que conseguiremos um sucesso mais fácil e para além disso é pretensão de quem quer que seja pensar que se sabe tudo a este respeito. A aquisição de novos conhecimentos é sempre uma mais-valia. Sempre que se fazem formações, de certeza que dessas formações advêm sempre novos conhecimentos. Partilhar esses conhecimentos dentro do nosso serviço, se conseguirmos com isso reduzir o risco de infecção nosocomial, estamos a um passo do nosso objectivo.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Penso que sim, no serviço, com os colegas com quem costumo trabalhar nunca senti qualquer resistência na introdução de novas práticas ou de adopção das práticas correctas, as nossas dificuldades são mais físicas do que de conhecimentos teóricos para aplicação na prática. A limitação física é um factor muito importante na nossa instituição, mas penso que desde que a CCI foi formada e com o esforço de todos nós se têm adoptado alternativas menos más, portanto as mais viáveis dentro da realidade que temos para atingir o objectivo comum que é a prevenção de infecção hospitalar. Não sinto qualquer resistência dos colegas, pelo contrário, acho que aquilo que tem sido implementado tem sido adoptado por todos sem qualquer resistência.

3. Reflexos da formação na prática.

A formação teve sim reflexos na prática, a formação é dada em sala, mas também deve ser contínua, para isso também estão os elos, aliás é um dos objectivos dos elos, também com as chefias, que no nosso caso têm sido uma mais-valia, a disponibilizar-se sempre para encontrar a melhor solução para

ultrapassar essas tais barreiras que ainda há pouco referia. Acho que a formação contínua é tão importante quanto em sala, naquele espaço, naquele tempo que está definido naquelas horas em que nos encontramos, é importante e tenho tido um bom *feed-back* da equipa com quem costumo trabalhar.

Crê que a formação em sala tem o mesmo peso que a formação contínua... Não, penso que a formação em sala são os alicerces, são o pilar, é aí que discutimos as dificuldades que encontramos no dia-a-dia e onde se encontra muitas vezes as melhores soluções para ultrapassar essas mesmas dificuldades, penso que o alicerce é a formação de sala. Agora não é só, nenhuma estrutura se aguenta, se forma, só com alicerces, é necessário ter uns bons alicerces, estar bem fundamentado, mas depois temos de lhe dar corpo, e esse corpo é com certeza transportarmos da sala conhecimento e soluções para a realidade que é a enfermaria, que é o nosso dia-a-dia, das práticas de enfermagem, e dentro dessas mesmas práticas a prevenção e controlo de infecção. Não posso considerar com um peso igual, é distinto, penso que é preciso realmente bons alicerces, boa formação, para termos uma boa acção, uma boa intervenção na prevenção, porque de outra forma, até porque é na sala que se comparam dados, que se faz o cruzamento de todos os levantamentos feitos, onde nos juntamos com a equipa laboratorial que nos dão o *feed-back*, se fosse só de enfermaria trabalhávamos empiricamente.

As nossas dificuldades não são só nossas, as dificuldades que sentimos são gerais e se calhar algumas soluções encontradas por outros colegas, noutros serviços, adaptam-se na perfeição à nossa realidade.

Reflexos na organização do plano de trabalho e/ou na qualidade dos cuidados... Com certeza que sim, houve mudanças nas rotinas, porque as boas práticas trazem sempre melhores cuidados, um trabalho que há para fazer vale a pena ser bem feito porque se assim não for, teremos de o fazer mais de uma vez, e com encargos acrescidos, porque se o conseguimos fazer utilizando boas práticas temos trabalho, mas se calhar poupámos trabalho no futuro como também conseguimos o objectivo que é cuidar e tratar, e não causar problemas ao doente. Se estivermos a falar de uma infecção nosocomial há o objectivo para que o utente que cá vem, que é tratar da sua enfermidade, no caso de uma lesão óssea, uma fractura, e se a acrescentar a isso tiver uma infecção nosocomial do foro urológico ou pulmonar, com as más práticas podemos estar a acrescentar um problema que não foi o que o trouxe cá. Com certeza que há um reflexo positivo das boas práticas nessas acções. Acho que é indiscutível.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Positivo é a troca de experiências, penso que estávamos ainda numa fase de aprendizagem ... a troca de experiências é juntarmos esforços para que possamos melhorar alguma coisa. (...)

A gestão de resíduos, tudo isto foi positivo, porque até então não estava tão sedimentado (...) procedimentos respeitantes à prevenção de ITU, conhecer o impacto das infecções, que estirpes eram mais significativas.

Pontos menos fortes, não tenho nenhum a apontar.

A higiene das mãos vai ser sempre a nossa luta para a prevenção da infecção nosocomial, porque trabalhamos com as mãos, que são o veículo nº 1 da transmissão de infecção. A higienização das mãos, a sensibilização dos elos, das equipas, é o factor que qualquer que seja o número de revisões que se

façam, nunca é demais.

5. As visitas do ECI

De forma nenhuma, não é percebida como uma intrusa, não tenho quaisquer razões para pensar que qualquer que seja veja o ECI como um intruso. Tem um papel interventivo no que respeita à melhoria das estruturas para promover a prevenção e controlo de infecção. Pode também ser entendido como complemento à formação, o *feed-back* aos profissionais das observações efectuadas nos serviços e direccionar esforços. O facto de o ECI circular, identifica problemas, define estratégias e prioridades.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

Factores físicos, que apesar de tudo podemos melhorar, adoptando boas práticas e estratégias para cumprir as boas prática. A formação também influencia a adopção de boas práticas.

E. 3

1. O que o levou a frequentar a formação.

Para já porque passei a ser o Elo de ligação do serviço com a comissão e depois porque também acho fundamental para a minha prática de enfermagem aprender mais, nomeadamente sobre a infecção porque não é só uma coisa do momento, mas serve para algo futuro, como prevenção de situações futuras. Portanto tem todo o interesse quer a nível profissional, quer mesmo a nível pessoal. Foi por iniciativa própria, desde o início, que participei com a comissão.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Acho que sim, foi bastante proveitoso, as pessoas começaram a estar alerta para muito mais coisas, já questionam, já mudam, têm interesse em pedir material novo¹ e sentem a falta das coisas quando elas não estão lá, portanto isso já é significativo, é sinal que já mudaram comportamentos. Sim (a formação) teve reflexos para mim, para a equipa, e à partida, espero que isso também se note na saúde do doente, em relação aos cuidados que se prestam.

3. Reflexos da formação na prática.

Acho que com a aprendizagem, com as coisas que fomos tendo mais a certeza do que tínhamos de fazer como medidas de prevenção, os comportamentos foram mudando realmente. Mesmo quer seja com as equipas de auxiliares, mesmo a nossa equipa de enfermagem e a relação com os médicos. Para já fez com que houvesse uma comunicação maior, apesar de ainda não estar no ideal, mas houve realmente e nota-se pelos comportamentos, pelo trabalho de que realmente há mais cuidado.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Pontos fortes eu acho que no fundo foi tentar abranger um bocadinho toda a equipa multidisciplinar e acho que isso é de insistir, aliás a minha sugestão é essa, de insistir, principalmente na equipa médica,

¹ A nível de faltar numa unidade, aperceberem-se de que já não está lá o material necessário para aquela situação, portanto é sinal de que aprenderam e que usam. E acho que o maior objectivo é esse, de qualquer aprendizagem.

porque apesar de tudo acho que é o que falha mais.

Pontos fortes foi realmente a abrangência dos elementos que teve.

Pontos fracos não dependem propriamente da comissão ou daquilo que foi feito, é das pessoas não aderirem tanto, não procurarem as formações nesta área para melhorarem os cuidados. Aí vem mais de fora do partir propriamente da comissão.

Prática, eu acho que isso foi uma das coisas melhores porque a teoria é muito bonita mas quando a gente olha e relembra depois na nossa prática aquilo que até se fez e ensaiámos, é muito mais fácil aprender. Ajudou sem dúvida, a consolidar os conhecimentos transmitidos durante a formação.

5. As visitas do ECI

Em todas as alturas que tem que haver mudanças há sempre resistência não é, e claro que há sempre comentários não tão na mesma onda como deveriam ser. Mas acho que a partir do momento em que se viu que as coisas mudavam para melhor, que se começou a tratar e a fazer parte da rotina do trabalho, até fomos nós que começámos a procurar mais o ECI. Eu acho que não só nesse aspecto, não só o elo de lá mas também os outros elementos procuraram mais informação para esclarecer dúvidas. Portanto a partir de um certo momento acabou por fazer parte da equipa.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

O “infectado” é que conta porque tem um bicho que pode passar e até se pode tornar perigoso para a pessoa, enquanto o resto como é muito normal, e acabamos por ter alguns procedimentos comuns que até são comuns na nossa casa, então não temos que ter tantos cuidados. Mas as vezes esquecemos que estamos num ambiente hospitalar em que há vários factores que podem influenciar a propagação dos microrganismos. Mas eu acho que ali, acima de tudo é a questão de muito trabalho, tu sabes que para cada procedimento tens de fazer a desinfecção das mãos mas tens tantos doentes ali à tua responsabilidade, que para conseguires conciliar tudo e ter tempo para tudo, pensas que até nem tens as mãos sujas então deixa-me lá ir fazer mais isto... As pessoas ficam saturada ao final de um turno – por exemplo na noite, já mudamos as luvas de doente para doente e antes não o fazíamos. Tenho notado que as pessoas mudam mais, que já vão ao Promanum com mais frequência. Não é o esquecimento propositado, é a saturação.

As pessoas já têm comentado que acham que o Promanum está muito longe, e se estão no outro extremo da sala não vão lá propositadamente para higienizar as mãos, um para cada sala torna-se pouco. Portanto a importância da adequação das estruturas para a adesão às boas práticas.

Formação em sala, em serviço, visitas do ECI – acho que tudo tem o seu ponto importante, tudo se complementa. Porque as coisas não ficam assimiladas logo à primeira, e se se vai lembrando, as coisas acabam por ficar, além de que também vamos tirando as dúvidas, e isso acabou por acontecer com as tuas visitas ao serviço.

E. 4

1. O que o levou a frequentar a formação.

Fazendo parte da CCI, sendo elo de ligação achei que era importante eu ir lá ver o que é que podia aprender – coisas novas em controlo de infecção – ver o que é que eu podia relembrar, ou ter a certeza de que o que eu fazia podia ser errado ou não. Nesse aspecto a formação – é uma daquelas formação que como elo de ligação da CCI não podia escapar – estranho seria que como elo de ligação não nos deixassem fazer essa formação, para depois também podermos veicular a informação para os serviços.

2. Se o objectivo do plano de formação interna foi concretizado.

Em termos de equipa (...) está toda a gente mais desperta nos cuidados a ter no controlo de infecção. Se calhar não em todos os campos, se calhar há uma falha aqui e ali, senti alguma dificuldade. Às vezes sentia-me um bocado chateado por fazer parte da CCI e as pessoas da CCI levarem o seu tempo a fazer normas, a estudar sobre o que é mais correcto fazer no serviço, depois chegava lá e as coisas não eram logo aceites. Tivemos o caso da roupa suja, tivemos o caso da louça descartável ou não para doentes infectados, quer dizer, aí houve algumas barreiras apesar de a CCI chegar uma altura e dizer é isto que se preconiza agora, pensamos que durante algum tempo a chefia de enfermagem fazia como achava mais correcto.

No geral penso que as coisas foram bem aceites e foram mudando ao longo dos tempos. Não acompanhei a equipa toda, logo não posso dizer se toda a equipa fez as coisas como a CCI quer. Mas no global penso que as pessoas têm um bom conhecimento já das boas práticas, como por exemplo, lavar as mãos. As coisas de controlo de infecção, as pessoas já vão levando mais a sério, já não é aquela coisa de que se tinha de fazer ou não e só para aquele doente.

Qualquer enfermeiro, seja da CCI ou não, tem a obrigação de saber o que é que pode e deve fazer na prevenção e controlo de infecção. Com as formações, penso que depois já não haverá desculpa para não se pôr em prática. Portanto eu penso que como quase tudo o que tem de ser implementado – não só aqui mas em qualquer sítio – no início é capaz de haver um bocado de azia, por assim dizer “lá vêm mais umas regras... lá vêm mais umas chatices”, mas ao fim de algum tempo as pessoas passaram a fazer isso já de forma quase natural. Apesar de se insistir mais com os enfermeiros para a higiene das mãos, como elo de ligação também chamei a atenção a alguns médicos, nomeadamente nos cuidados com os doentes infectados. Em termos de enfermagem penso que as coisas foram bem aceites, se vão continuar com esse pico e fazer tudo bem, não sei, mas as coisas estavam a funcionar melhor.

3. Reflexos da formação na prática.

Sim houve reflexos.

A nível pessoal, se calhar não mudou grande coisa.

A nível profissional todos fizemos um juramento, esse juramento implica muita coisa nomeadamente no que diz respeito ao doente, e a função é e continua a ser fazer o melhor pelo doente e a CCI encaixa aí, porque fazer o melhor para o doente implica fazeres o melhor em prevenção e controlo de infecção, para

não haver riscos para ninguém, de parte a parte. Eu penso que a coisa foi bem aceite pela equipa, a nível profissional, se calhar por ser elo de ligação da CCI sentia mais pressão nos ombros, ou seja, eu não podia estar a vender um produto e depois não o consumir. Eu não podia andar atrás dos colegas e dizer para terem atenção ao que está na norma e depois eu não seguir essa boa prática. Eu já tinha algum conhecimento e fazia. As formações da CCI serviram ainda para recalcar mais essas situações, e eu como elemento da CCI tinha toda a obrigação de fazer as coisas correctamente e não andar só atrás dos colegas a ver se faziam ou não. Eu acho que para mim, a nível profissional, serviu para abrir ainda mais os olhos, para saber que as coisas têm de ser feitas assim e não de outra maneira, porque senão é uma anarquia.

4. Pontos fortes, fracos e oportunidades de melhoria.

Eu acho que fazer esse tipo de formação e não haver uma parte prática não teria a mínima lógica. A parte teórica é muito linda mas sabemos bem que numa formação de 2 ou 3 dias, ou se calhar ao fim de algumas horas já não se está ali a ouvir nada. Aí a formação, da parte médica foi intensiva e nos primeiros dias, gerir essa informação toda não é fácil, e aí, não só para os enfermeiros mas para todas as profissões deve haver uma formação deste género. Naqueles primeiros dias e semanas fica tudo muito lúcido e tens tudo presente na cabeça e é tudo muito, por isso a prática, e se calhar ao fim de alguns dias, mesmo a documentação e a bibliografia, ao fim de alguns dias transforma-se em mais um monte de papéis. Portanto eu acho que a parte prática encaixa aí porque não pode ser de outra maneira, ou seja, para depois as pessoas também poderem ir experimentar e ver tudo o que ouviram.

Não acho que faltasse nada em termos da parte prática, gostei principalmente da simulação de lavar as mãos e depois vemos que se calhar não ficam tão bem lavadas como a gente pensa. O calçar as luvas, tirar e pôr a bata, aquela sequência lógica da bata e da máscara, eu já atinha presente. Por isso é como eu digo, não é que para toda a gente fosse novidade, se calhar não foi, mas se calhar para outros deu para ver que tudo aquilo tem uma sequência lógica, quer no colocar o material, quer no retirar o material. As mãos talvez tenha sido o que mais gostei porque os enfermeiros talvez não sejam os piores em termos dessas regras, e num turno os enfermeiros lavam as mãos dezenas de vezes. O que deu para ver é que nessas dezenas de vezes se calhar as mãos não ficaram tão bem lavadas. Daí a importância de também se ter introduzido o soluto alcoólico. A nível do serviço talvez tenha sido mal interpretado porque quando o soluto foi introduzido houve o lembrar que é preciso o soluto depois da higiene das mãos, e também só se usa o soluto em vez de lavar as mãos. Sabemos que a introdução do soluto ajuda a reduzir a transmissão de infecção, lavar as mãos de uns doentes para os outros, não sei até que ponto no serviço isso estará a ser bem interpretado. Se calhar haverá muitos enfermeiros, auxiliares e médicos que têm aquele hábito de chegar e colocar um bocado de soluto nas mãos, pensam que está tudo bem e a partir daí já não passam mais nada para ninguém. E nós sabemos que não é bem assim. No geral, na prática, a coisa foi bem ilustrada, todas as pessoas tiveram a oportunidade de ver as luvas disto, de ver as luvas daquilo, os materiais, as máscaras. No serviço talvez ainda houvesse um bocado a dúvida das máscaras, infectado, não infectado, tuberculose ou não, aspira ou não aspira, quer dizer aquela coisa do P2, do P1, com válvula, sem válvula.

Eu penso que para nós que fomos fazer a formação, temos a obrigação de saber, mas noto que nalguns colegas isso provocou alguma confusão. Ou seja, se calhar ainda se ouve dizer que não era preciso,

usava-se o P2 para tudo, se calhar outros doentes, em que até era preciso, levavas só uma máscara cirúrgica. Houve aí alguma confusão e eu tive algum trabalho a explicar a alguns colegas ... como distinguir máscara de respirador ... e a adequação das máscaras aos procedimentos. O facto de os nossos colegas estarem todos informados também facilita um bocado. E aí já não tanto em termos do doente mas nosso. Temos de zelar para que não haja risco de infecção para o doente, mas que também não haja para nós.

Ainda que tenha havido melhorias nas práticas, a adequação à prática deve ser melhorada, deve-se insistir aí. Muitas vezes não se consegue cumprir tudo, não pelos profissionais, mas por vezes pelas próprias características do serviço, o que fazemos é fechar as cortinas, juntá-los (fazer coorte), material dedicado e ter muito cuidado.

Nós deveríamos ter mais acesso, ou seja, o Departamento de Formação deveria ter alguém que estivesse mais desperto. Acho que em controlo de infecção não deveria ser necessário que todos os enfermeiros dos serviços e os auxiliares se inscrevessem. Essas formações para nós deveriam ser quase obrigatórias, ou seja, sou da CCI, em 2010 tive algumas formações boas, em 2011 elas dever-se-iam repetir para lembrar e para falar de coisas novas que entretanto possam estar em vigor. Porque nós sabemos que não só controlamos a infecção como nos actualizamos, porque há várias coisas que no campo médico ontem são verdade, mas amanhã já não o é.

Eu penso que essas formações toda a gente as deveria frequentar, toda a gente.

Uma das dúvidas que eu notava era quando se punha o papel na porta, havia ainda alguma confusão do sinal a pôr, misturava-se um bocado isso, quando havia algum bicharoco com o tipo de precaução a ter. Sempre que havia coorte, o equipamento usado num doente não passava para o outro, era sempre trocado. Agora é como digo, estas formações são todas muito lindas e a informação fica na cabeça, mas a nossa memória é selectiva, não se pode guardar no cérebro toda a informação durante um ano. Eu penso que seria fundamental, agora que estamos a entrar em 2011, não o ECI, mas quem está no Departamento de Formação dizer que talvez não adiante 20 e tal formações, e apostar mais em determinadas áreas, para que todos os enfermeiros e auxiliares façam esta formação. Fez-se esta formação, isto não morre, em 2011 deve-se voltar a insistir.

5. As visitas do ECI

As visitas do ECI são bem-vindas, fossem elas mais. Talvez pela maior parte da equipa de enfermagem e dos auxiliares, eu penso que eram bem recebidas, bem interpretadas, talvez para algumas pessoas fosse mais do género "lá vem esta de nariz empinado controlar" e ver como é que estão e ensinar como fazer isto ou aquilo, felizmente são um pequeno grupo. Acho que nos serviços o ECI deveria insistir mais, aparecer mais, ver se está tudo bem, falar mais com os chefes ou com quem os substitui, saber se há dúvidas, a aceitação da equipa às medidas, saber se há dúvidas e se as medidas estão bem implementadas, acitem bem ou não. O ECI tem um trabalho de background, de pesquisa, de estudo, de fundamentação, e o que sai da sua boca não é porque quer ou lhe apetece.

6. Factores que influenciam as boas práticas.

A formação tem um papel na adopção de boas práticas, talvez este ano tenha sido mais turbulento porque as equipas não estavam habituadas a isto e este ano notou-se uma grande afluência de informação e de normas e de coisas a aplicar que se as pessoas pensarem bem, isto já devia ser feito e agora foi muita coisa ao mesmo tempo. É de continuar a insistir com normas e formações, mas que as normas não se limitem a estar numa pasta e as pessoas não as consultem. As coisas evoluíram muito. Cabe a todos não deixar cair este ciclo.