

**Descrição do desenvolvimento de infeção por *Staphylococcus Aureus*
Multirresistente à Meticilina numa unidade hospitalar privada**

Teresa Augusta Jaime Meireles

nrº: a41391

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora científica: Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Outubro de 2023

Descrição do desenvolvimento de infeção por *Staphylococcus Aureus* Multirresistente à Meticilina numa unidade hospitalar privada

Teresa Augusta Jaime Meireles

nrº: a41391

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora: Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Outubro de 2023

Meireles, T. (2023). Descrição do desenvolvimento de infeção por *Staphylococcus Aureus* Multirresistente à Meticilina numa unidade hospitalar privada. Relatório final de estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

AGRADECIMENTOS

À minha família, amigos e colegas por todo o apoio e carinho nesta caminhada. Por acreditarem sempre em mim e nunca me deixaram desistir, dando-me força para continuar.

À Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins, Professora Adjunta da Escola Superior de saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pela sua ajuda, orientação, disponibilidade, dedicação, encorajamento, motivação e ensinamentos.

Ao primo Filipe pelo apoio, incentivo e pelas horas de ensino e discussão do tema de forma a melhorar sempre a sua apresentação.

A todos que de uma forma ou outra tornaram possível este percurso.

A todos, muito obrigada!

*“Aqueles que passam por nós,
não vão sós,
não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

Introdução: A infeção por *Staphylococcus Aureus* Multirresistente à Meticilina (MRSA) é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes. A Direção Geral de Saúde produziu uma norma dirigida a esta temática, que visa prevenir, identificar e descontaminar os doentes infetados com MRSA. Por sua vez, o Enfermeiro previne e dirige intervenções para o controlo e prevenção da infeção e da resistência aos antimicrobianos perante o doente a vivenciar doença aguda ou crónica.

Objetivo: Descrever o desenvolvimento de MRSA nos doentes com risco de infeção internados num serviço de Internamento de uma Unidade de Saúde privada do norte de Portugal.

Metodologia: É um estudo descritivo. A população do estudo foram 74 doentes, aos quais foi aplicado um questionário de avaliação de risco de infeção/colonização do doente com MRSA, tendo-se identificado 45 doentes, que constituíram a nossa amostra, realizaram-se 196 observações aos cuidados de enfermagem, no período de fevereiro a maio de 2022. Como instrumento de recolha de dados utilizamos um questionário para a caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes e uma grelha de observação das intervenções de enfermagem na prevenção e controlo da infeção. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética.

Resultados: Predominaram os doentes na faixa etária dos 80-99 anos com 44,4%, do sexo masculino com 57,7%, que são totalmente dependentes e que já realizaram alguma cirurgia com 88,9%, chegam ao serviço, vindos do domicílio com 60%. Os cuidados de enfermagem na prevenção e controlo de infeção foram maioritariamente cumpridos, sendo que a colocação do EPI, só foi realizada corretamente em 52% das observações. A prevalência de MRSA foi de 4,5%, sendo, estes, todos do sexo masculino, do grupo etário 70-79 anos, dependentes totais, com cirurgias realizadas e provenientes do domicílio.

Conclusão: Conclui-se que o MRSA se desenvolve em doentes do sexo masculino, totalmente dependentes nas atividades de vida diária e com cirurgias realizadas. As intervenções de enfermagem devem ser dirigidas para a prevenção e controlo de infeção a todos os doentes com particular atenção aos homens, mais idosos, com dependências, cirurgias anteriores e provenientes do domicílio.

Palavras-chave: MRSA; *staphylococcus Aureus*; infeção; internamento; enfermagem;

Abstract

Introduction: Multi-Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) infection is one of the most common healthcare-associated infections. The Directorate- General for Health produced a rule aimed at this issue, which aims to prevent, identify and decontaminate patients infected with MRSA. In turn, the Nurse prevents and directs interventions for the control and prevention of infection and resistance to antimicrobials when the patient is experiencing an acute or chronic illness.

Objective: Describe the development of MRSA in patients at risk of infection admitted to an inpatient service of a private health unit in northern Portugal.

Methodology: It is a descriptive study. The study population consisted of 74 patients, to whom a questionnaire was applied to assess the risk of infection/colonization of the patient with MRSA, having identified 45 patients, who constituted our sample, 196 observations of nursing care were carried out from February to May 2022. As a data collection instrument, we used a questionnaire for the sociodemographic and clinical characterization of patients and an observation grid of nursing intervention in the prevention and control of infection. The study obtained a favorable opinion from the Ethics Committee.

Results: Patients in the 80-89 age group predominated with 44,4%, male with 57,7%, who are totally dependent and who have already undergone some surgery with 88,9%, arrive at the unit care, coming from home with 60%. Nursing care in the prevention and control of infection was mostly complied with, and the placement of IPE was only performed correctly in 52% of observation. The prevalence of MRSA was 4,5%, all of whom were male, aged 70-79 years, fully dependent, with surgeries performed and coming from home.

Conclusion: It is concluded that MRSA develops in male patients, totally dependent on activities of daily living and with surgeries performed. Nursing interventions should be directed towards the prevention and control of infection in all patients, with particular attention to men, older people, with dependencies, previous surgeries and those coming from home.

Key words: MRSA; staphylococcus aureus; infection; internment; nursery;

ABREVIATURAS OU SIGLAS

AO-Assistentes Operacionais;

CCI-Comissão de controlo de infeção;

CE-Central de esterilização;

DGS- Direção Geral de Saúde

DR-Diário da República;

ECDC- Centro europeu de prevenção e controlo de doenças;

EM-Estados membros;

EPI-Equipamento de proteção individual;

ERC-Enterobacterias resistentes a carbapnemes;

EUR-Enterococcus resistente á vancomicina;

HM-Higienização das mãos;

IACS-Infeções associadas aos cuidados de saúde;

IRD- Instrumentos de recolha de dados;

IPE- Individual protection equipment;

MRSA- Staphylococcus Aureus multirresistente à metilina;

OE-Ordem dos enfermeiros;

OMS-Organização mundial de saúde;

PAPA-Programa de apoio à prescrição antibiótica;

PBCI-Precauções básicas de controlo da infeção;

PCI-Prevenção e controlo de infeção;

PPCIRA-Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos;

RAM-Resistência dos microrganismos aos antimicrobianos;

SA- Staphylococcus Aureus;

SABA-Solução antisséptica de base alcoólica;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1. INFEÇÃO POR MRSA	16
2. PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO POR MRSA.....	20
2.1. Higienização das mãos	20
2.2. Rastreio dos doentes.....	24
2.3. Medidas de isolamento dos doentes	27
2.4. Descolonização dos doentes.....	29
2.5. Cuidados de Enfermagem Especializados na prevenção e controlo de infeção	31
CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO	36
1. METODOLOGIA	37
1.1 Tipo de estudo	37
1.2 População e amostra.....	37
1.3 Instrumento de recolha de dados	38
1.4 Variáveis de estudo e operacionalização.....	40
1.5 Procedimentos éticos e de recolha de dados	41
1.6 Análise e tratamentos de dados	42
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	43
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	46
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS.....	61
ANEXO I- Pedido de Autorização á Comissão de Ética	62
Anexo II-Autorização da Comissão de Ética e Direção Clínica	63
Anexo III- Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
Anexo IV - Autorização De Observação.....	65
Anexo V - Avaliação do risco de infeção/colonização do doente.....	66
Anexo VI- Tabela de Observação	67
Anexo VII- Caracterização Sociodemográfica e Clínica	69
Anexo VIII- Relatório de Estágio	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos participantes por faixa etária, género, proveniência e antecedentes pessoais.	43
Tabela 2 Distribuição dos procedimentos de enfermagem realizados aos participantes	44
Tabela 3 Prevalência de MRSA.....	44
Tabela 4 Caraterização dos doentes positivos por sexo, idade,proveniência e antecedentes pessoais.....	45

INTRODUÇÃO

Este trabalho, é desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de 2º ano 1º semestre, Trabalho de Projeto (TPE)/ Relatório Final de Estágio Profissional do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do instituto Politécnico de Bragança. Apresenta como tema a descrição do desenvolvimento de infecção por *Staphylococcus Aureus* Multirresistente à Meticilina numa unidade hospitalar privada.

As infeções podem surgir quando ocorre uma situação de descontinuidade na pele ou mucosas, que permita o acesso da bactéria aos tecidos vizinhos ou à corrente sanguínea (Negrinho et al. 2019).

Para que a infeção ocorra é necessário reunir um conjunto de condições biológicas e ambientais favoráveis, sendo que tem de existir um hospedeiro suscetível, isto é, capaz de ser infetado, tem de existir um parasita capaz de causar infeção, e este parasita tem de ter um meio, ou reservatório, favorável à sua propagação e tem de existir uma porta de saída do reservatório e uma porta de entrada no hospedeiro suscetível para que o parasita se desloque, direta ou indiretamente, de um local para outro, sendo que isto contribui para a enorme diversidade de meios de transmissão possíveis (Gomes, 2021).

Por sua vez, as infeções associadas os cuidados de saúde (IACS), estabelecem uma ocorrência biológica, histórica e social, que provoca um impacto direto na segurança aos cuidados de saúde, constituindo um dos principais desafios para a qualidade dos mesmos. O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção das IACS, pois através de práticas sistematizadas e apoiadas nas melhores evidências científicas podem contribuir para minimizar o risco de lesão, associado aos cuidados de saúde. Deve ser atribuída à equipa de enfermagem, o devido realce, uma vez que se apresentam como os maiores responsáveis pelos cuidados de saúde (Meneguín et al., 2020).

O *Staphylococcus aureus* (SA) é uma bactéria que pode colonizar as pessoas saudáveis, sendo encontrado, frequentemente, na cavidade nasal ou na pele, não causando sintomas ou doença. É um dos principais agentes de infeção nosocomiais, adquiridas na comunidade (Aila et al., 2017). Bassetti (2018), argumenta que para tratar formas complicadas de infeções causadas por bactérias resistentes aos medicamentos, o internamento hospitalar e a administração de antibióticos intravenosos são frequentemente necessários, com impacto nos custos de saúde e na comorbilidade dos

doentes. Sendo que, a avaliação precoce das condições clínicas do doente e a resposta ao tratamento parecem úteis para facilitar o momento da alta. O SA é um microrganismo comensal na cavidade nasal em cerca de 20% a 30% dos doentes, e a principal causa de infeções da pele e tecidos moles. Pode também causar doença invasiva como osteomielite, artrite séptica, bacteriemia e infeções pleuropulmonares, como defende Ferrão (2019).

As infeções hospitalares estão entre as complicações mais comuns nos hospitais. A maior parte é causada por organismos multirresistentes. O MRSA ainda é o mais proeminente e frequente. A deteção precoce de portadores de bactérias multirresistentes é uma medida eficaz para reduzir as infeções nosocomiais, Hutzschenreuter et al. (2018), defende que, para os doentes que planeiam ir ao hospital, recomenda-se uma triagem em ambulatório para descolonização pré-hospitalar.

Em 2014, foi publicada uma norma na Direção Geral da Saúde (DGS) que visa a admissão dos doentes num serviço de internamento, tendo sido atualizada em 2015. Refere que, deve ser realizada a pesquisa ativa (rastreamento) de portadores de MRSA, em todos os serviços/unidades de internamento de hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados, aos doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA (DGS, 2015).

Entre os doentes adultos hospitalizados por uma infeção de tecido mole, aqueles infetados com o SA (em comparação com outros agentes patogénicos) podem estar em maior risco de uma infeção subsequente dos tecidos moles particularmente com este agente patogénico (Bouvet et al., 2017).

A resistência a antibióticos é um problema importante de saúde global e os agentes patogénicos, como o MRSA, tornaram-se particularmente preocupantes no tratamento de infeções (Aliberti et al., 2016). Por sua vez, as diretrizes para o controlo de MRSA adquiridas em hospital incluem medidas de descolonização para acabar com o *status* de portador de MRSA em doentes colonizados e infetados. A descolonização bem-sucedida geralmente requer até 22 dias de tratamento, que é mais longo do que o tempo médio de internamento hospitalar. A descolonização incompleta tem como consequência, o transporte prolongado de MRSA (Jahn et al., 2016). Está comprovado que a transmissão da infeção nosocomial causada pelo MRSA ocorre por intermédio de profissionais de saúde que se encontram em contacto permanente com a comunidade. Além disso, os profissionais de saúde encontram-se permanentemente expostos a doentes com infeção por MRSA, podendo por isso ser colonizados pelo microrganismo no decurso do seu trabalho (Negrinho et al., 2019). A transmissão de MRSA pode ocorrer de diversas

formas, a nível hospitalar, o principal modo de transmissão é através das mãos contaminadas dos profissionais de saúde, sobretudo devido à ausência de uma correta higienização das mesmas (Negrinho et al., 2019).

As infeções relacionadas com os cuidados de saúde, podem ser definidas como qualquer infeção adquirida pelo doente na admissão ao hospital, durante o internamento ou mesmo após a alta. Estas constituem um dos principais desafios mundiais para a qualidade dos cuidados de saúde (Hespanhol et al., 2019).

Visto como altamente patogénico, SA é uma das infeções bacterianas mais comuns em humanos e são os agentes causadores de outras, incluindo bacteriemia, endocardite infecciosa, infeções de pele e tecidos moles tanto a nível comunitário como a nível hospitalar (Taylor e Unakal, 2022). Este agente patogénico possui uma alta capacidade de dispersão pelo ambiente hospitalar e uma eficácia em se adaptar em condições desfavoráveis como, por exemplo, a deficiência de nutrientes e variações de pH e ainda por apresentar uma alta resistência a várias classes de antibióticos (Torres et al., 2017).

As infeções provocadas por MRSA constituem um importante fator de mortalidade, morbidade e impacto económico em todo o mundo, com taxas variáveis entre diferentes países. Este autor refere ainda que o rastreio de colonização por MRSA no exsudado nasal em doentes, internados em unidades hospitalares encontra-se definido e com protocolos de descolonização estabelecidos para diminuição da transmissão cruzada deste microrganismo (Santos et al., 2021). Os eventos infecciosos estão frequentemente relacionados com duas condições: com a imunossupressão dos doentes e com as exposições ambientais. Este autor defende ainda que o uso de imunossupressão favorece a maior suscetibilidade a infeções, situação em que a morbidade e a mortalidade se relacionam com a intensidade do mesmo, com o tipo de infeção e com a ocorrência de rejeição. A mupirocina é um antibiótico tópico utilizado para prevenção da disseminação e erradicação do MRSA. Em meio hospitalar, os doentes infetados ou colonizados por MRSA, são o principal fator de risco de transmissão cruzada e de infeção subsequente (Taminato et al., 2021).

A descolonização nasal com mupirocina tornou-se uma estratégia atrativa para prevenir e controlar a infeção. Os portadores de MRSA, sejam doentes ou profissionais de saúde, encontra-se colonizados predominantemente nas narinas (Monteiro et al., 2016). Os profissionais de saúde são geralmente assintomáticos, mas constituem um potencial reservatório de infeção para doentes suscetíveis. A avaliação das tendências temporais e das diferenças geográficas da prevalência de infeção por MRSA, permite detetar valores

desfavoráveis para este indicador que requerem atenção particular dos responsáveis pela saúde pública (Alves et al., 2017).

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes distintas:

- A primeira parte corresponde à revisão da literatura relativa á problemática em estudo.
- A segunda ao estudo empírico, onde inclui a contextualização metodológica, justificação do tema, tipo de estudo, instrumentos de recolha de dados, apresentação de resultados e análise dos mesmos, as conclusões e limitações/sugestões face aos resultados obtidos.
- A terceira parte engloba o relatório de estágio realizado no âmbito da componente prática deste Curso de Mestrado.

Escolhi para tema deste estudo o controle de infeção por ser uma temática que me preocupa na minha prática diária durante a prestação de cuidados, e queria perceber as lacunas existentes no meu serviço de forma a poder ajudar a colmatá-las, melhorando assim os cuidados prestados aos doentes.

Apresenta como objetivo geral, descrever o desenvolvimento de MRSA nos doentes com risco de infeção internados num serviço de Internamento de uma Unidade de Saúde privada do norte de Portugal.

Define-se como objetivos específicos:

- Caraterizar a amostra em estudo,
- Identificar os procedimentos de enfermagem prestados a doentes com risco de MRSA,
- Identificar a prevalência de MRSA,
- Caracterizar os doentes com infeção MRSA.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. INFEÇÃO POR MRSA

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM), são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Dificultam o tratamento adequado do doente e são causa significativa de morbimortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017). Estas infeções geram um impacto económico em todo o mundo, com taxas variáveis entre os diferentes países, (Santos et al., 2021). Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde, pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade. Nem todas as IACS são evitáveis, todavia, cerca de um terço destas são, seguramente, preveníveis (Associação Científica dos Enfermeiros (ACE), 2022).

As IACS, a RAM e as doenças infecciosas emergentes são fatores determinantes na qualidade e segurança dos cuidados de saúde, condicionando uma significativa morbimortalidade que impede o seu normal funcionamento. Por sua vez, estabelecer e desenvolver estruturas dedicadas ao controlo de infeção tem um efeito direto na diminuição das infeções nosocomiais, com evidente benefício para o doente. Em Portugal, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), de âmbito nacional e apresentando como objetivos gerais a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de micro-organismos com RAM, assentando na formação e educação a profissionais, vigilância epidemiológica e normalização de estruturas, procedimentos e práticas clínicas (Pereira e Andrade, 2020).

O PPCIRA lançou uma campanha de sensibilização para o uso de antibiótico, como o nome de O PORCAUSA. Esta é uma Campanha no âmbito da Literacia em Saúde, que tem como objetivo sensibilizar para a problemática da RAM e para a utilização segura e adequada dos mesmos. Sendo que a utilização desnecessária ou excessiva de antibióticos não tem qualquer benefício para o doente e promove a seleção de bactérias mais resistentes e, portanto, mais difíceis de tratar. Por sua vez a crescente resistência das bactérias aos antibióticos é preocupante, pela progressiva perda da efetividade do antibiótico (DGS, 2021). Portugal continua abaixo da média europeia no que diz respeito ao conhecimento da população sobre os antibióticos, pelo que a promoção de campanhas de consciencialização do cidadão é fundamental, enquanto parte ativa na tarefa de

preservação da efetividade do antibiótico através do seu uso responsável e sensato (DGS, 2021). O lema da campanha é “Antibióticos é tudo ou nada, NÃO TOME POR TUDO E POR NADA”. Nesta campanha são focadas as seguintes ideias chave relativamente aos antibióticos:

- Salvam vidas quando usados para tratar infeções graves, mas não têm qualquer utilidade para tratamento de infeções causadas por vírus, como gripes e constipações;
- São para tomar como o médico indicar, e nunca sem o médico receitar;
- As medidas individuais para prevenir infeções (como por exemplo a lavagem das mãos e a etiqueta respiratória) são muito importantes;
- O uso de antibióticos é tão comum atualmente, que algumas bactérias já se adaptaram aos antibióticos, de tal modo que desenvolveram mecanismos de defesa que as tornam resistentes a estes medicamentos. Quando estas se tornam resistentes à maioria dos antibióticos, são chamadas de bactérias multirresistentes, (DGS, 2021).

Quanto mais usarmos os antibióticos, mais oportunidades têm as bactérias de se tornar resistentes. As infeções causadas por bactérias multirresistentes são mais difíceis de tratar, levando a internamentos hospitalares mais longos e ao aumento dos custos económicos e sociais relacionados com o tratamento. Em casos mais graves, pode ocorrer a morte devido à infeção, se os antibióticos não forem eficazes. Existe uma enorme preocupação relativamente ao futuro, já que existe a probabilidade de deixarmos de ter antibióticos suficientemente eficazes para combater as bactérias mais frequentemente causadoras de infeção (DGS, 2021). As IACS e o aumento da RAM são problemas que estão interligados e que apresentam uma crescente importância na área dos cuidados de saúde. Acentuam a pressão geradora de RAM pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017). O SA é uma bactéria que pode colonizar as pessoas saudáveis, sendo encontrado, frequentemente, na cavidade nasal ou na pele, não causando sintomas ou doença (Santos et al., 2021). O SA é um dos principais agentes patogénicos humanos ao nível do desenvolvimento de infeções, quer comunitárias quer hospitalares, apresentando uma elevada frequência e uma capacidade acrescida de patogenicidade, podendo provocar doença, tanto em indivíduos imunocomprometidos como saudáveis (Simões, 2016). A colonização nasal por MRSA é considerada um fator de risco nos hospitais, principalmente nos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, nas quais

esse microrganismo é endémico. O rigor na prestação de cuidados ao doente internado tem-se tornado mais presente, já que o principal veículo de transmissão ocorre através das mãos dos profissionais de saúde envolvidos (Garcia, et al., 2019). Embora a proporção de MRSA esteja a estabilizar ou a decrescer na maioria dos países europeus, continua a ser uma ameaça, a nível, de saúde pública, uma vez que a sua proporção é superior a 25% em oito dos 28 Estados Membros Da União Europeia, maioritariamente nos países do Sul e Leste (Centro Europeu de Prevenção e Controle (ECDC), 2016).

A DGS em 2019, alega que nos sistemas de saúde modernos e mais bem financiados, com tratamentos de segunda e terceira linha acessíveis, a mortalidade em doentes com infeções causadas por bactérias multirresistentes tem aumentado, tal como os custos de tratamento. Na Europa, um número crescente de doentes é internado em unidades de cuidados intensivos, unidades de hematologia e unidades de transplante. Este problema das infeções por agentes com maior RAM não é menos grave nos países mais pobres (DGS, 2019).

A bactéria MRSA, que provoca infeções muito difíceis de tratar, está «a diminuir paulatinamente» em Portugal, sendo uma bactéria que provoca infeções da corrente sanguínea, infeções da pele e tecidos moles, pneumonias, infeções nos cuidados intensivos e neonatologia (DGS, 2018). A percentagem de MRSA tem vindo a diminuir desde 2011, onde se verificava o valor de 54,6%, por sua vez em 2016 este valor foi menor, apresentando 43,6%. As grandes razões para esta descida, terão por base, a implementação e alargamento do PPCIRA a todas as unidades de saúde, a implementação da norma do MRSA, da Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e a implementação do PAPA com redução de quinolonas/carbapenemos (DGS, 2016).

O principal foco de estudo na problemática da segurança dos doentes e dos profissionais de saúde ao longo dos tempos, tem sido as Precauções Básicas. A DGS (2020), argumenta que apresentam como objetivo principal da sua aplicação, a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos de um portador sã ou doente, para outro, de forma direta ou indireta, através de medidas aplicáveis a todos os intervenientes nos cuidados de saúde (doentes/profissionais/visitantes). Estima-se, atualmente, que entre 25-35% da população saudável seja portadora de SA nas membranas das mucosas ou na pele, o que significa que mais de dois biliões de indivíduos transportam este microrganismo pelo mundo. Relativamente à forma de colonização pensa-se que cerca de 20% dos indivíduos são

portadores persistentes, enquanto mais de 60% o sejam de forma transitória (Rodrigues e Coelho, 2020).

Seguindo as PBCI, existem um conjunto de medidas básicas que visam a segurança dos doentes e profissionais de saúde que estejam em contacto com os serviços hospitalares, para que exista a diminuição da disseminação de microrganismos multirresistentes nas unidades hospitalares (Jolivet et al., 2020).

2. PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO POR MRSA

As nossas mãos são portadoras de diversos microrganismos, sendo a grande maioria benéficos. Contudo, podem ser portadoras de bactérias e vírus causadores de doenças. Florence Nightingale, foi a percussora da Enfermagem Moderna, sendo quem primeiramente reconheceu que os profissionais de saúde poderiam transmitir microrganismos através das suas mãos e, portanto, causar dano ao doente (OE, 2021).

A lavagem das mãos com água e sabão ou, em sua substituição, a higienização com solução alcoólica, constitui a medida mais importante de prevenção da transmissão das IACS. A OE em 2021, esclarece que segundo a OMS o ato de higienizar as mãos reduz em 40% a incidência de novas infeções. As precauções padrão são as medidas mais importantes e, aplicam-se a todo e qualquer doente independentemente do seu estado presumível de infeção. Estas envolvem a higienização correta das mãos, o uso de luvas, a colocação do avental, a colocação da máscara facial e a correta eliminação de corte – perfurante no contentor específico. As restantes precauções existentes, são um complemento à precaução padrão e são baseadas pela forma como os microrganismos se transmitem, sendo necessário adequar o tipo de isolamento aplicado ao doente, existe o: o isolamento de contato, o isolamento de gotículas e o isolamento de aerossóis, (Rodrigues e Silva, 2021).

A DGS em (2014), defendeu que deve ser realizada a pesquisa ativa (rastreamento) de portadores de MRSA, em todos os serviços/unidades de internamento de hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados, aos doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA. Sendo corroborada pelo estudo realizado por Gomes em 2021, onde se verifica que a diminuição das taxas de colonização por MRSA, se deve à implementação de protocolos e normas de controlo e prevenção da transmissão de MRSA, assim como à implementação de rastreios de colonização por MRSA, descolonização e PBCI. Este estudo concluiu também que é essencial a realização de rastreios de colonização por MRSA na admissão para internamento.

2.1. Higienização das mãos

A evidência científica demonstra, de forma irrefutável, que a higiene adequada das mãos é a ação mais eficaz para impedir a propagação da infeção. Reduz em 50% as infeções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde, incluindo as que afetam a força de

trabalho da saúde. Mas também previne as infeções transmissíveis na comunidade, como a gripe, ou outras infeções respiratórias (DGS, 2021). A estratégia de melhoria multimodal da HM da Organização Mundial da Saúde (OMS) à qual Portugal aderiu desde 2008, provou ser altamente eficaz, levando a uma redução de 7,8% nas IACS (DG, 2018). Sabe-se que, ao reduzir as infeções, reduz-se também a prescrição e o consumo de antimicrobianos e a conseqüente emergência de resistências a estes fármacos, que se constitui, um grave problema de saúde pública a nível mundial (DGS, 2020). Investir na HM produz grandes retornos e ganhos em saúde, a DGS, (2020), refere, também, que a implementação de políticas, pode gerar uma poupança económica em média 16 vezes superior ao custo da sua implementação. A conformidade com a HM é recomendada como um dos principais indicadores de desempenho para programas de prevenção e controle de infeção, segurança do doente e qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo (DGS, 2021). A evolução da taxa global de cumprimento da HM por parte dos profissionais de saúde, entre 2019-2020, é muito positiva, verificando-se um aumento deste indicador em 9,2%, devido às medidas implementadas durante a pandemia de Covid-19. Verificou-se o aumento do cumprimento em cada um dos cinco momentos de HM, sendo o aumento de 12% para o primeiro momento. Este aumento enxerta-se num período de progressivo crescimento da taxa de cumprimento, ocorrido entre 2015 e 2019, (PCIRA, 2021). Os profissionais de saúde devem proceder à HM de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS em 2019, os programas de formação dirigidos aos profissionais de saúde para a HM devem integrar a Estratégia Multimodal PBCI para a sua promoção. A HM e a adesão às PBCI, devem ter como enfoque: a cadeia epidemiológica da infeção, incluindo as etapas de transmissão dos agentes patogénicos, o tipo de cuidados passíveis de contaminação das mãos, o tipo de produtos para a HM, as técnicas de HM e os fatores que podem influenciar significativamente o comportamento dos profissionais, doentes e familiares/visitantes (OMS, 2019).

A difusão de materiais promocionais como pequenos vídeos elaborados internamente, alusivos à HM durante as sessões de formação e nos locais de trabalho. O envolvimento e participação de profissionais de saúde de referência na formação local, funcionando como elos e sendo dinamizadores que valorizam a prática da HM, a literacia em saúde, onde deve ser divulgada informação sobre HM dirigida aos doentes e visitas nos vários locais públicos, como entradas, salas de espera, refeitórios, através de cartazes, folhetos, vídeos em ecrãs, site da unidade de saúde e respetivas redes sociais, (DGS, 2019). Os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de HM no âmbito da prestação

de cuidados de saúde, de acordo com o modelo dos “5 momentos” preconizado pela OMS e referido pela DGS (2019). De acordo com os procedimentos a efetuar, assim, a técnica de higienização a utilizar poderá ser:

-Lavagem das Mãos (HM com água e sabão comum ou com antimicrobiano, cumprindo os 11 passos, num procedimento que demora cerca de 40-60 segundos);

-Fricção antisséptica (aplicar produto antisséptico para cobrir toda a mão, cumprindo os 8 passos, num procedimento que demora cerca de 20-30 segundos);

-Preparação pré-cirúrgica das mãos: consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório com o objetivo de eliminar a flora transitória e de reduzir significativamente a flora residente. O procedimento demora entre 2 e 5 minutos tendo sempre em atenção a recomendação do fabricante.

Produtos para a Higiene das Mãos:

a) Antisséptico: Substância antimicrobiana que inativa ou reduz o crescimento de microrganismos em tecidos vivos;

b) Solução antisséptica de base alcoólica (SABA): preparação de base alcoólica desenvolvida para aplicação nas mãos com o objetivo de inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos. Estas preparações podem conter um ou mais tipos de álcool com excipientes, outros ingredientes ativos, e emolientes;

c) Sabão: detergente que não contém agentes antimicrobianos, ou que contém concentrações muito baixas de agentes antimicrobianos que apenas atuam como conservante do produto;

d) Sabão antimicrobiano: sabão (detergente) que contém um agente antisséptico numa concentração suficiente para inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos, como sustenta a DGS (2019).

O processo de HM deve ocorrer em cinco momentos distintos, de modo a garantir que os procedimentos e o contacto com as pessoas no centro dos cuidados possam decorrer em segurança:

- Antes do contacto com o doente;
- Antes de um procedimento limpo/asséptico;
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso;
- Após o contacto com o doente;
- Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente.

A HM inclui duas diferentes técnicas: a lavagem das mãos e a fricção antisséptica. Esta é aplicada às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica após, por exemplo, a prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições e após usar as instalações sanitárias. Já no que concerne à fricção antisséptica esta refere-se à aplicação de SABA, para a fricção das mãos, não sendo necessário a utilização de água nem de toalhetes. De acordo com a DGS (2019), esta técnica, com duração entre 20 e 30 segundos, aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/asséptico, como, na maioria dos procedimentos de prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou de matéria orgânica.

O estudo realizado por Fonseca em 2021, destaca que o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente à HM é satisfatório, sendo mais evidente na realização do procedimento de fricção antissética. A HM é um dos procedimentos fulcrais para a diminuição da disseminação de MRSA, estas medidas devem ser cumpridas até se ter o resultado da colheita (Jolivet et al., 2020).

A importância das estruturas para a HM deve estar na lista das prioridades durante o planeamento e design de novas unidades de cuidados ou em obras de renovação das estruturas já existentes, dada a importância da mesma como medida de grande impacto na prevenção e controlo das IACS/RAM (DGS, 2019).

Em Portugal, entre 2009-2018, a taxa de cumprimento da HM, pelos profissionais de saúde, aumentou em 38,75 %, só em 2018, a taxa foi de 75,1% (DGS, 2019).

Estima-se que a nível mundial esta adesão não ultrapasse os 50,0%. Entre as várias razões para esta não adesão, são apontadas: a insuficiente ou inadequada disponibilidade de produtos, a quebra frequente de fornecimento dos mesmos, a localização inadequada e por vezes inacessível de lavatórios e até dos dispensadores de SABA, a mudança frequente de aquisição de SABA que obrigada muitas vezes a alterar todo o sistema de colocação e disponibilização dos dispensadores destas soluções, a falta de tempo, entre outras razões (DGS, 2019).

De acordo com Silva, (2021), a HM é um tema complexo e multifatorial, onde o conhecimento das barreiras à HM por parte das instituições de saúde permite identificar fragilidades e estudar estratégias vocacionadas para a melhoria continua dos cuidados.

A HM é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução das IACS, mas tem de ser associada às restantes medidas que compõem as PBCI (DGS, 2019).

A transmissão de MRSA pode ocorrer de diversas formas, sendo a mais relevante a contaminação através das mãos. A nível hospitalar, o principal modo de transmissão é

através das mãos contaminadas dos profissionais de saúde, sobretudo devido à ausência de uma correta HM (Negrinho et al., 2019). Segundo o estudo realizado por Rodrigues e Silva, (2021), observa-se que 80% dos enfermeiros que participaram no mesmo, consideram a HM uma forma de prevenção da infeção cruzada entre doente/doente, e que 20% consideram como medida eficaz o uso de luvas, avental e protetor facial. Gurgel et al. (2022), realizou uma revisão integrativa sobre a importância da HM na prevenção e controlo de infeção, e concluiu que a HM contribui, fortemente, para a prevenção das IACS, e que deve ser realizado por todos os profissionais de saúde antes e após qualquer procedimento ou contato com o doente. A lavagem das mãos consiste em uma técnica com ótimo custo e benefício, que deve ser realizada de maneira correta, seguindo todas as etapas preconizadas e respeitando o tempo de ação dos agentes antimicrobianos utilizados no processo (Gurgel et al., 2022).

É importante que os gestores de saúde enfatizem a relevância da HM para a segurança do doente e dos próprios profissionais de saúde, visto que ficou evidente que a consciencialização e a formação da equipa de saúde, melhoram o desempenho dessa técnica durante a prestação de cuidados e pode evitar a propagação de muitas (Gurgel et al., 2022).

2.2. Rastreio dos doentes

Para se identificar possíveis colonizações/infeções por MRSA, houve a necessidade de definir formas de atuação perante resultados positivos e diminuir risco de contaminação em doentes internados. O rastreio aplica-se a doentes do foro médico, que respondam afirmativamente a uma das questões que constituem o questionário existente no serviço de Internamento.

No Hospital onde foi realizado o estudo, é da responsabilidade da Comissão de Controlo de Infeção a divulgação da Instrução de Trabalho e da responsabilidade do médico a emissão das requisições para a realização das zaragatoas. A equipa de Enfermagem detém a responsabilidade da realização das zaragatoas, da prestação de cuidados e do respetivo registo na plataforma existente para o efeito. Na admissão do doente, este é colocado em isolamento de contacto e procede-se, assim que possível, à colheita de zaragatoa/s nasal e de Feridas (se existentes). Se o resultado da zaragatoa for negativo, o isolamento perde o efeito. Caso o resultado seja positivo, deve iniciar-se de imediato o processo de descolonização durante o período de 5 dias consecutivos. Após 48h do término da

descolonização repete-se o rastreio da zaragatoa nasal. Caso o resultado se mantenha positivo, pode realizar-se mais um ciclo de descontaminação, repetindo todo o procedimento descrito anteriormente e mantendo as precauções de contacto até evidência de irradiação, com três rastreios negativos após descolonização (DGS, 2015). Durante o rastreio e posterior descolonização é necessário manter cuidados de isolamento de contato ao doente, o que envolve um trabalho da equipa multidisciplinar para que o doente tenha cuidados de saúde de excelência, e que estes não sejam descurados por se encontrar em isolamento. Desta forma e de modo a dar resposta a esta preocupação, foi implementada uma norma no serviço, de acordo com as indicações da DGS em 2015 e adaptada às necessidades do internamento, para que todos tenham conhecimento das etapas que tem de seguir e cuidados a realizar.

Impõe-se medidas de isolamento de contacto em doentes onde há suspeita ou confirmação de colonização ou infeção por este agente. Essa norma inclui as seguintes etapas:

Localização do doente: Preferencialmente em quarto individual, se não for possível, colocar perto da janela, com cortina corrida.

Sinalização: Colocar dístico “isolamento de contacto” na cama e na porta do quarto. Registrar doente na plataforma “vigilância epidemiológica”.

Realização de higiene das mãos e colocação de EPI: Higienizar as mãos cumprindo os cinco momentos. Utilizar EPI (avental de uso único e luvas) no contacto direto com o utente. Utilizar máscara, durante a execução de procedimentos que produzam salpicos ou aerossóis. Retirar EPI e rejeitar para resíduos Grupo III (saco branco).

Cuidados com os equipamentos: Individualizar, preferencialmente equipamento não crítico. Se tal não for possível, proceder à descontaminação, após utilização.

Cuidados com a roupa: Recolher roupa junto da cama do utente e manuseá-la cuidadosamente, evitando movimentos bruscos e contactos com a farda. Acondicionar e encerrar os sacos e colocá-los diretamente no carro de roupa suja. Higienizar mãos logo de seguida.

Cuidados com a Alimentação: Entregar e recolher tabuleiro, evitando contacto com o utente ou superfícies. Higienizar corretamente as mãos antes da próxima recolha.

Mobilidade do utente: Avisar o serviço recetor com antecedência para planear/manter as medidas de isolamento e/ou programar a realização dos exames. Estes doentes devem, sempre que possível, serem os últimos na deslocação e na realização dos exames. Antes da saída, devem ser prestados os cuidados de higiene e mudar a roupa do utente, proteger a maca ou cadeira com lençol limpo, colocar máscara cirúrgica nos doentes com infeção

respiratória. Evitar permanência do doente nos corredores. Descontaminar superfícies/equipamentos que estiverem em contacto com o utente.

Educação do utente/visitas: Explicar a razão de medidas de isolamento, importância da higienização das mãos, utilização correta de EPI, limitar mobilidade e contactos com os outros doentes e superfícies. Ensinar “Etiqueta Respiratória”. Informar que o tempo e número de visitas são restringidos.

Limpeza diária da unidade: limpar sempre o quarto em último lugar e o AO deve utilizar EPI (avental e luvas). Descontaminar diariamente o equipamento pertencente ao utente e respetivas superfícies.

Limpeza da unidade na alta: retirar todos os objetos utilizados pelo doente. Limpar desinfetar todo o equipamento e acondicioná-lo em local pré-definido. Higienizar com desinfetante em *spray* todas as superfícies elevadas. Incluir rodas/sistemas rodados. Limpar chão. Retirar cortinas, lavar e desinfetá-las.

Alta ou transferência: na nota de alta ou transferência do doente deverá constar a realização do rastreio de MRSA (especificando produto e data), a realização da descolonização e os resultados de controlo. Informar os tripulantes de ambulância que devem HM e descontaminar as superfícies e materiais da ambulância após transporte. No caso de o doente ser transferido para um lar, transmite-se a informação ao colega que irá dar continuidade aos cuidados, de acordo com o argumentado pela DGS (2015).

Torna-se cada vez mais importante com o avançar dos estudos e investigações adaptar e direccionar os cuidados prestados aos doentes portadores de infeção e que se encontram em isolamento, de forma a satisfazer as suas necessidades.

À luz da crescente incidência de infeções multirresistentes, incluindo aquelas causadas por MRSA, os diferentes países implementaram o rastreio direccionado ou universal dos internamentos hospitalares para identificar portadores de MRSA. Por sua vez, nos Países Baixos, existem recomendações para o rastreio seletivo de todos os doentes transferidos do exterior ou para rastreio universal de todas os internamentos hospitalares. Já no Reino Unido, o rastreio universal foi aplicado em todos os internamentos hospitalares. Noutros países, como por exemplo, nos EUA, mesmo onde existem recomendações ou diretrizes legislativas, houve uma diminuição do rastreio universal de MRSA, em parte devido a restrições financeiras e logísticas ou à falta de consenso sobre o que fazer com os dados obtidos (Piedade, 2020).

2.3. Medidas de isolamento dos doentes

A transmissão da infeção numa unidade de saúde requer três elementos: uma fonte ou reservatório de microrganismos/infeção; um hospedeiro e as vias de transmissão dos microrganismos/infeção (DGS, 2020). Para melhor direcionar as medidas de isolamento e outras medidas interventivas, é fulcral que os profissionais de saúde, conheçam a cadeia epidemiológica da infeção. A via de contacto é a via mais frequente da transmissão exógena. O SA entre outros, transmite-se principalmente por contacto, mas também pode ser transmitido através do ar (DGS, 2020). O processo de transmissão ocorre com ponto de partida na fonte até ao hospedeiro, através de contacto direto, por veículo comum, por via aérea ou através de outros vetores:

- **Contacto direto:** ocorre de pessoa para pessoa, com lavagem inapropriada das mãos, durante a prestação de cuidados diretos ao doente;
- **Contacto indireto:** ocorre através de equipamento contaminado como o estetoscópio, batas, com descontaminação deficiente de materiais ou equipamentos, preparação, distribuição e administração inapropriada de medicamento, contenção e eliminação inapropriada de corto-perfurantes e risco para o pessoal;
- **Gotículas:** os microrganismos, como o vírus do sarampo e o SA, têm uma passagem breve pelo ar quando a fonte e o hospedeiro se encontram muito próximos (p.ex. a falar, espirrar) e ainda nas superfícies, devido à facilidade com que estas partículas se depositam nas diversas superfícies (DGS, 2020).

Para além das Precauções Básicas, o uso das Precauções de Contacto está indicado em todos os doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microrganismos epidemiologicamente importantes, que possam ser transmitidos por contacto direto ou indireto com o doente. A aplicação das precauções de contacto justifica-se por exemplo em infeções ou colonizações gastrointestinais, respiratórias ou cutâneas por bactérias consideradas multirresistentes, tais como: MRSA e *Staphylococcus* resistentes à Meticilina (DGS, 2020).

Este doente deve ser colocado num quarto individual, principalmente se, se trata de um doente com uma infeção ou colonização por microrganismos multirresistentes. Se não existir quarto individual disponível, colocar o doente num quarto (enfermaria) com outro(s) doente(s) com infeção pelo mesmo agente, mas sem outras infeções (isolamento em coorte). Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento

em coorte, ter em consideração a epidemiologia do agente e a população dos doentes ao definir a localização do mesmo. Aconselha-se a consulta com profissionais da Comissão de Controlo de Infeção. Não são necessárias medidas especiais de tratamento do ar nem de ventilação. Os materiais clínicos e não clínicos devem ser individualizados nestes doentes, sempre que possível. Se tal não for possível, estes materiais devem ser descontaminados corretamente entre doentes (DGS, 2020). Todo o lixo gerado nos cuidados ao doente é considerado do grupo III, por isso são colocados sacos brancos nos caixotes do lixo, um contentor de materiais cortos perfurantes no quarto, uma placa identificativa na porta do quarto para identificar o tipo de isolamento, uma embalagem de toalhetas (Oxivir Sporicide Wipe CE) e um frasco de *clorohexidina* a 2%, para ser realizada a sua higiene corporal. Toda a roupa utilizada tem um tratamento e um circuito distinto por se encontrar contaminada (DGS, 2014). Quando é necessário entrar num quarto em isolamento, tanto a equipa de Enfermagem como a dos Assistentes Operacionais, deve realizar-se a limpeza e desinfeção das áreas e objetos que usam para a prestação de cuidados, tendo sempre como princípio iniciar-se do local/material mais limpo para o mais sujo. A limpeza é efetuada com água e *KlorKleen Plus*. A desinfeção pode ser efetuada recorrendo: ao Álcool a 70°, ao *KlorKleen Plus* ou compostos quaternários de amónio, em materiais sensíveis ao álcool (por exemplo acrílicos e plásticos moles (DGS, 2014). As superfícies são sempre secas após serem lavadas. Os materiais usados e contaminados (ex. ferros) são colocados em contentor próprio e transportados à Central de Esterilização (CE), devidamente identificados. Os profissionais deverão usar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) sempre que tenham de entrar num quarto em isolamento. O estudo de Rodrigues e Silva (2021), verificou que 87% dos enfermeiros marcaram a opção “Precaução de Contato”, como sendo as indicadas quando se verifica infeção e/ou colonização por microrganismos multirresistentes. Este estudo, reforça ainda que a utilização das medidas de prevenção para isolamentos está intimamente relacionada com a segurança do doente, pois a sua adesão reduz as oportunidades de possíveis erros e garante a proteção do profissional de saúde. As formações continuas no ambiente hospitalar sobre Precauções, Isolamentos e a Segurança do doente é algo que deve estar presente no meio hospitalar, de acordo com a opinião de Rodrigues e Silva (2021).

2.4. Descolonização dos doentes

Segundo as orientações das DGS (2015), que vão de encontro à norma em vigor no serviço de internamento, a descolonização dos doentes no serviço é realizada durante 5 dias cumprindo a seguinte prescrição:

A) aplicar mupirocina 2% pomada nasal, 3 aplicações diárias, colocando uma pequena quantidade de pomada nasal em ambas as narinas. Premir o nariz a fim de distribuir o medicamento pela mucosa nasal.

B) dar o banho diário com o antisséptico, incluindo couro cabeludo excetuando a face, com solução aquosa de *clorhexidina* pelo menos a 2%.

Sempre que seja necessário prestar cuidados ao doente ou entrar no seu quarto manter os cuidados de proteção relativamente ao isolamento por contacto. Uma vez efetuada a descolonização, deve monitorizar-se a sua eficácia, com realização de três rastreios de *follow-up*: o primeiro 48 horas após terminar o tratamento e os restantes com intervalos semanais. Se a primeira descolonização falhar, deve repetir-se o procedimento, nunca se efetuando mais que dois cursos de descolonização, como defende a DGS (2015).

A descolonização é uma das estratégias de prevenção da disseminação de MRSA e tem como objetivo reduzir ou eliminar a carga bacteriana de MRSA do portador e levar a menor probabilidade de readmissão (Chaudhry et al., 2020). A descolonização nasal é parte integrante das estratégias para controlar e prevenir a propagação de MRSA. O método de descolonização mais comum é a utilização de mupirocina a 2% por via nasal. A pomada de mupirocina deve ser aplicada duas a três vezes ao dia, em cada narina, durante cinco dias. Para além da descolonização nasal, deve-se associar banhos assépticos com gluconato de clorhexidina (Lepelletier et al., 2020). Estes banhos têm como principal finalidade a redução da probabilidade de colonização por MRSA (Jolivet et al., 2020).

Segundo Sakr et al. (2019), a mupirocina e o gluconato de clorhexidina são, atualmente, os fármacos de eleição para realizar o processo de descolonização de MRSA. Os portadores com uma maior carga bacteriana transmitem mais facilmente estirpes MRSA para indivíduos não colonizados. A carga bacteriana está diretamente relacionada com o risco de adquirir posteriores infeções por MRSA (Sakr et al., 2019). Após o procedimento de descolonização, deve ser realizada uma monitorização da eficácia da descolonização. Para isto, procede-se à realização de três rastreios para avaliar se ainda existe presença de MRSA. O primeiro teste deverá ser feito 48h após o fim do procedimento de

descolonização. Sendo que os dois seguintes testes deverão ser realizados nas semanas subsequentes (com uma semana de intervalo), até que se obtenha um resultado negativo. Caso a descolonização seja ineficaz, o procedimento descrito deve voltar a repetir-se. No entanto, não é recomendável a realização de mais do que dois tratamentos seguidos de descolonização no mesmo doente (Peres et al., 2014), se após os dois tratamentos de descolonização o resultado para colonização por MRSA for negativo, o paciente deixa de estar em isolamento, mas caso dê positivo é considerado um portador crónico e deve permanecer em isolamento durante o internamento.

Para Chaudhry et al. (2020), a descolonização nasal é parte integrante das estratégias para controlar e prevenir a propagação de MRSA. O mesmo autor refere no seu estudo que o método de descolonização mais comum é a utilização de mupirocina a 2% por via nasal. Esta descolonização leva a menor probabilidade de readmissão hospitalar e reduz os riscos de contrair infeções, dado que a colonização é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de infeção por MRSA.

Ainda existem grandes lacunas de conhecimento e desafios importantes para enfrentar no que concerne ao controlo da disseminação, colonização e infeção por MRSA (Lee et al., 2018).

O rastreio de colonização por MRSA e a aplicação de medidas de descolonização em doentes admitidos em unidades de saúde tem impacto na diminuição da carga de doença deste microrganismo, levando à elaboração de normas de orientação clínica e manuais de boas práticas a adotar nestes casos selecionados (Santos et al., 2021). A implementação e a expansão do PPCIRA a todas as unidades de saúde têm-se demonstrado bastante enriquecedor, verificando-se uma diminuição de 20% entre 2011 e 2016, no que diz respeito ao MRSA, muito em virtude do PAPA (DGS, 2017).

2.5. Cuidados de Enfermagem Especializados na prevenção e controlo de infeção

O exercício da Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção (PCI) é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa alvo de cuidados, família/cuidador e comunidade em diversos contextos de saúde, de âmbito local, regional e nacional, na perspetiva da prevenção e controlo da IACS. Visa responder aos desafios na atuação multidisciplinar, no apoio, na orientação e no suporte para a prevenção e controlo das infeções evitáveis, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados e da prática profissional. Constitui-se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2021). A PCI é a prática que visa prevenir e controlar as IACS em unidades de saúde, instituições de apoio social e na comunidade, baseada na evidência científica, prevenindo eventos adversos relacionados com infeções, seja nas pessoas alvo de cuidados ou nos profissionais de saúde. Requer uma ação constante a todos os níveis do sistema de saúde, desde decisores políticos, administradores hospitalares, profissionais de saúde e a todos aqueles que acedem aos serviços de saúde. A sua ação focaliza-se na gestão de risco, através do seu envolvimento na conceção, na implementação e na gestão de um PPCIRA, participando na melhoria contínua da qualidade, na vigilância epidemiológica, na investigação, na prática clínica, na educação e literacia, contribuindo para a capacitação dos profissionais de saúde, da pessoa alvo de cuidados, da família/cuidador, visando a planificação e prestação de cuidados seguros, em contexto multidisciplinar (OE, 2021).

Segundo Figueiredo, (2018), o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as IACS favorece a adesão de boas práticas, o que requer uma tomada de consciência de todos os profissionais de saúde e também por parte dos órgãos de gestão, para que se implemente uma cultura de segurança do doente, sugerindo uma maior aposta na formação e sensibilização de todos os profissionais de saúde.

O Enfermeiro é detentor de competência efetiva e demonstrada do exercício profissional na área da prevenção e controlo de infeção que, em contexto multidisciplinar, atua como facilitador e consultor para a garantia da segurança e da qualidade dos cuidados à pessoa e à família/cuidador (OE, 2021). Nos contextos de atuação, desenvolve uma prática profissional agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos, assegurando um exercício profissional assente na evidência científica, através de um processo dinâmico e integral das componentes essenciais em PCI (OE, 2021).

A PCI reconhece e demonstra um exercício de Enfermagem de qualidade, uma conduta ética que reflete o seu compromisso social com a saúde e a segurança da pessoa alvo de cuidados, da família/cuidador, da comunidade e dos profissionais de saúde nos diversos contextos. A OE, (2021), esclarece que utiliza como referências na sua prática diária, políticas, normas internacionais e nacionais, a legislação em vigor, os princípios éticos e a deontologia profissional, por isso, a competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do âmbito profissional, ético-deontológico e legislativo, traduzido na transparência dos processos de tomada de decisão. O doente quando hospitalizado ao ser retirado do seu ambiente familiar encontra no hospital um mundo completamente estranho, sente-se amedrontado e só, assim o enfermeiro, como o profissional que mais tempo passa e que realiza maior número de cuidados diretos aos doentes, tem de cumprir os procedimentos estabelecidos na PCI, atualizando constantemente os seus conhecimentos na área de infeção hospitalar (OE, 2021). A excelência do exercício profissional é um caminho de construção diária, para o alcançar, o enfermeiro deve considerar no seu desenvolvimento ao longo da vida profissional o Código Deontológico do Enfermeiro nomeadamente o artigo 88.º recorda que o enfermeiro deve:

- “a) Analisar regularmente o trabalho efetuado, reconhecendo eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”, como destaca a (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

Segundo a OE, (2018), “o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica”.

Ponderando o aumento do risco de IACS que tem origem na doença aguda ou crónica, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção nos ambientes e processos médicos ou cirúrgicos complexos a que a pessoa está sujeita (OE, 2021). Portanto, o Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Concebe o Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados, demonstrando conhecimento dos mesmos. Ele também identifica as necessidades na prestação de cuidados no que diz

respeito à prevenção, intervenção e controlo da infeção, fomentando estratégias pró-ativas visando a prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados. Atualiza-se com base na melhor evidência científica, facilitando a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados (Regulamento n.º 429/2018,2018). A formação de enfermeiros especialistas, além de ser uma necessidade da sociedade portuguesa, permite que muitos profissionais se possam qualificar, tornando-os mais aptos para prática dos cuidados especializados e, ainda, uma mais-valia para o desenvolvimento do ensino da enfermagem (Silva et al., 2018). O Enfermeiro especialista também lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das IACS e de resistência a antimicrobianos, como refere o (Regulamento n.º 429/2018,2018). Este demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados, estabelecendo os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão (Regulamento n.º 429/2018,2018).

O Enfermeiro salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no PPCIRA, documentando as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas e integrando a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção (Regulamento n.º 429/2018,2018). A OE, (2017) salienta que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta, “Um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. A aquisição de competências surge como uma necessidade de fazer face à evolução dos contextos sociais e profissionais, obrigando a uma atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização pessoal e profissional, à otimização dos recursos e à maximização dos resultados (Dias, 2016). Assim, torna-se imprescindível diminuir os riscos inerentes ao processo de cuidar em enfermagem, pois tem impacto direto na saúde e na qualidade dos mesmos. Sendo que, a redução dos riscos e dos danos, além da incorporação de boas práticas, favorece a efetividade dos cuidados e o seu planeamento de modo seguro. Conhecer quais os cuidados necessários para o doente com infeção são fundamentais para traçar estratégias

e reordenar a execução do trabalho da Enfermagem, a fim de minimizar as infeções e seus efeitos colaterais (Briggs, 2015).

O enfermeiro especialista, atua, simultaneamente, como protagonista e responsável pelos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas, que valorizam a classe profissional sustentados em processos de formação contínua, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas, e a adotar as medidas apropriadas, implementar protocolos de prevenção e controlo de infeção (Teixeira, 2021).

A especialização em enfermagem contribui para uma melhor prestação de cuidados de saúde, através do melhor atendimento direto ao doente, com a prestação de cuidados mais oportunos, personalizados e abrangentes e, indiretamente, através da educação em relação às doenças, aconselhamento, ajuda na autogestão de doenças e promoção de boas práticas, (Lopes et al., 2018). A melhoria dos cuidados recebidos traduz-se, de acordo com a literatura consultada, numa maior satisfação dos doentes relativamente aos cuidados recebidos, que os consideram mais adequados e úteis, sendo que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas contribuem para a redução das taxas de mortalidade (Lopes et al., 2018).

A especialização dos profissionais de saúde, reflete-se também na prestação de cuidados de Enfermagem com maior frequência e com melhores resultados, comprovando, que as complicações podem reduzir para cerca de um terço e que se verificam melhorias na promoção da saúde, deteção precoce, triagem e gestão de doenças crónicas (Lopes et al., 2018). Os enfermeiros são o grupo profissional que mais contato direto tem com o doente, e por esse facto são o grupo profissional que tem um papel fundamental no controlo da infeção. Sendo essencial para a prática dos cuidados de enfermagem de excelência, no que concerne ao controlo da infeção conhecer quais os microrganismos mais frequentes, recolher informação sobre estes microrganismos e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades (Mendes, 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem um papel fundamental na prestação de cuidados altamente qualificados ao doente, assegurando as funções básicas de vida, prevenindo complicações e eventos adversos, tendo sempre em vista a sua recuperação total. O enfermeiro especialista dirige a sua prestação de cuidados ao mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para o cuidado holístico à pessoa e família que estão a vivenciar processos complexos de doença (OE, 2018).

As suas competências específicas têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida do doente através de cuidados especializados que exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção (Hipolito et al., 2022; OE, 2018).

CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A ciência precisa de métodos, ou seja, de procedimentos e ferramentas utilizados de forma sistemática, para produzir conhecimento. A metodologia é a que reúne, estuda, analisa e crítica esses métodos (Universia, 2020).

Neste capítulo pretende-se explicar o tipo de estudo realizado, como se obteve a população, amostra, IRD, procedimentos éticos e de recolha de dados e por fim os procedimentos estatísticos.

1.1 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo. Do ponto de vista da análise, os estudos descritivos de prevalência utilizam como medida de frequência o cálculo da prevalência (Merchán-Hamann e Tauil, 2021).

Designa-se por estudo observacional cujo desenvolvimento responde à pergunta do estudo sobre a existência de uma dada característica, quando é feita a pesquisa dos participantes. O estudo refere-se à frequência pontual de uma doença, de um fator de risco ou de uma característica específica dessa população (Merchán-Hamann e Tauil, 2021).

Por sua vez Florentino (2018), destaca que a pesquisa descritiva é um estudo, análise, registo e interpretação dos dados recolhidos sem a interferência do investigador.

1.2 População e amostra

A população designa um conjunto de elementos que têm características em comum e que reúnem critérios definidos para o estudo em causa (Marconi e Lakatos, 2017).

A amostra refere-se a pesquisas realizadas a uma parte da população de interesse para o estudo que se pretende realizar (Luna e Guimarães, 2021).

A população que serviu de base para o estudo foi constituída por todos os doentes que foram admitidos, no serviço de Medicina Interna de um Hospital Privado do Norte do País, no período de fevereiro a maio de 2022, sendo um total de 74 doentes.

Para a obtenção da amostra definimos como critérios de inclusão:

- Doentes com risco de infeção/colonização para MRSA.

Para identificação dos doentes com risco de MRSA foi aplicado um questionário, disponibilizado pela DGS, norma nº 018/2014, como destaca a DGS (2015), que consta das 14 questões que se seguem, sendo aplicado a todos os doentes no momento da admissão.

- Veio transferido de outra Unidade Hospitalar onde permaneceu mais de 48h?
- Veio de UCC ou Residência de Idosos ou famílias de acolhimento?
- Esteve internado nos últimos 6 meses?
- Teve colonização ou infeção previa por ERC ou MRSA nos últimos 6 meses?
- Teve contacto com caso conhecido de infeção/colonização por ERC ou MRSA?
- Realizou procedimentos invasivos nos últimos 6 meses?
- Apresenta dispositivo invasivo?
- Presença de doença neoplasia, imunossuprimido ou realizou quimioterapia nos últimos 6 meses?
- Apresenta feridas crónicas?
- Tem estomas?
- Doente com Nefrostomia ou algaliado?
- Faz hemodialise?
- Internamento ou procedimentos de saúde nos últimos 6 meses em países com elevada prevalência?
- Tomou antibiótico nos últimos 6 meses?

Sendo que ao responder afirmativamente a alguma das questões anteriores, é considerado doente de risco e com indicação para realizar a colheita de rastreio de MRSA, e consequentemente entra na amostra do estudo.

Após aplicação deste questionário foram identificados 45 doentes, de que constituem a nossa amostra, representando 68,8% da população, aos quais foi feita a colheita de rastreio de MRSA e realizadas 196 observações de procedimentos de enfermagem aos doentes com risco de infeção por MRSA.

1.3 Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados utilizamos um questionário para a caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes (Anexo VII), foi elaborado pela investigadora e,

é constituído por 5 questões de resposta aberta que inclui: idade, sexo, antecedentes pessoais, proveniência.

Uma grelha de observação direta dos cuidados de enfermagem prestados a estes doentes para a prevenção e controlo da infeção (Anexo VI). Esta grelha foi elaborada pela investigadora, é constituída por 8 intervenções, que se indicam a seguir, a qual observou e registou o cumprimento ou não dos cuidados de enfermagem.

Higienização das mãos- O enfermeiro respeita os cinco momentos da higienização das mãos

- Antes da prestação de cuidados;
- Antes da realização de procedimentos assépticos;
- Depois do contacto com o doente;
- Depois do contacto com sangue ou fluidos corporais;
- Depois do contacto com a unidade do doente;

Etiqueta respiratória- O enfermeiro:

- Coloca máscara cirúrgica ou P2 corretamente;
- Durante todo o contacto com o doente nunca toca na máscara que tem colocada;
- No final da prestação de cuidados ao doente em isolamento remove a máscara corretamente e substitui por uma nova;

Utilização dos EPI'S- O enfermeiro:

- Coloca corretamente o EPI – bata aberta para as costas, mascara e se necessária viseira ou óculos de proteção e as luvas;
- Remove corretamente o EPI: as luvas, a viseira ou óculos se usaram, a bata e por fim a máscara.

Triagem de resíduos- O enfermeiro consegue:

- Fazer o correto acondicionamento de resíduos hospitalares para o saco branco e colocar o material corto-perfurante no contentor apropriado que se encontra na unidade do doente;
- Realizar a triagem da roupa suja e manipulá-la com segurança;

Colocação/Isolamento dos doentes- O enfermeiro identifica:

- Se a placa identificadora de isolamento do quarto é a correta;
- Se existe no quarto do doente material de triagem de resíduos (contentor de saco branco, corto-perfurante e saco amarelo para acondicionar a roupa);
- Toalhetas desinfetantes para realizar a limpeza da área do doente sempre que se realiza algum procedimento;
- Realizar o controlo de visitas e realizar os ensinamentos necessários;

Aplicação Mupirocina- O enfermeiro realiza:

-Corretamente a aplicação de Mupirocina nasal ao doente (colocando uma pequena quantidade de pomada nasal em ambas as narinas e deve premir o nariz a fim de distribuir uniformemente o medicamento pela mucosa nasal);

-Realiza corretamente os ensinamentos e supervisiona a aplicação da Mupirocina nasal pelos doentes com capacidade para o realizarem de forma autónoma;

Registo na Plataforma- O enfermeiro realiza:

-Corretamente o registo do utente na Plataforma de Identificação de Doentes que efetuam rastreio de MRSA (número do processo, data da colheita da pesquisa de MRSA e posteriormente a data do resultado);

1.4 Variáveis de estudo e operacionalização

Idade – (anos);

Sexo - (feminino ou masculino);

Proveniência- (domicílio, outra unidade hospitalar, lar ou residência Sénior);

Antecedentes pessoais – doenças já diagnosticadas aos doentes (HTA, DM, Patologia Cardíaca, Demências, Doença renal, Doença respiratória, Neoplasia, Outras);

Higienização das mãos – os enfermeiros cumprem os 5 momentos do procedimento (sim ou não);

Etiqueta respiratória – os enfermeiros cumprem a utilização correta da máscara (sim ou não),

Utilização de EPI'S- os enfermeiros usam o equipamento de proteção individual corretamente (sim ou não),

Triagem de resíduos – os enfermeiros realizam a triagem de resíduos utilizada na prestação de cuidados corretamente (sim ou não),

Colocação/isolamento dos doentes – os enfermeiros aplicam o isolamento dos doentes corretamente (sim ou não),

Aplicação de mupirocina – os enfermeiros aplicam a pomada corretamente ou realizam o ensino e supervisionam o doente (sim ou não),

Registo na plataforma – os enfermeiros registam o doente em risco de infecção por MRSA corretamente (sim ou não),

Infeção por MRSA – os enfermeiros registam o resultado do rastreio de MRSA corretamente na plataforma e adequam os cuidados prestados consoante o resultado (positivo ou negativo);

1.5 Procedimentos éticos e de recolha de dados

O estudo foi submetido a aprovação e autorização da Comissão de Ética do Hospital, pela Direção do Hospital, pela Direção Clínica e pelo Enfermeiro Chefe nos períodos de fevereiro a maio de 2022 (Anexo I, II).

Após a autorização do estudo, a investigadora reuniu-se com o Enfermeiro Chefe e com a equipa de enfermagem do serviço de Internamento, aos quais foi explicado a finalidade do estudo e solicitado o preenchimento do consentimento livre e esclarecido, tendo todos autorizado o mesmo (Anexo IV).

No momento de admissão dos doentes e após a identificação dos que são considerados com risco de ser portador de MRSA, a estes, foi explicado o objetivo do estudo, e solicitado o consentimento para participar no mesmo. Após este consentimento, foi preenchido o questionário de caracterização sociodemográfica e clínica pela investigadora. Os consentimentos livres e esclarecidos foram colocados em envelope próprio à parte dos instrumentos de recolha de dados, não sendo possível associar o consentimento ao doente ou ao enfermeiro observado.

A recolha de dados através da grelha de observação direta, foi efetuada pela investigadora, nos seus horários de trabalho (horário fixo), de segunda a sábado das 8h às 16h entre o dia 1 de fevereiro e o dia 31 maio de 2022.

Neste contexto, foram realizadas observações diretas a cada elemento da equipa de enfermagem no serviço de internamento de um Hospital Privado do norte do País aquando da prestação de cuidados ao doente com risco de infeção por MRSA. As observações aos cuidados de enfermagem foram efetuadas no turno da manhã, três observações por enfermeiro por turno. Uma no início do turno, outra no meio e outra no fim do turno.

A observação foi feita pela investigadora, de forma aleatória e sem os enfermeiros saberem que estavam a ser observados, ao longo do período de recolha de dados, de forma a não condicionar os procedimentos. Antes de entrar na enfermaria existe uma box com o material necessário para a correta prestação de cuidados a doentes em isolamento de contacto. Esta observação era feita, à distância, estando a investigadora no balcão de

vigilância. Os procedimentos, diretos ao doente, foram observados na antecâmara da enfermaria. Todos os procedimentos foram imediatamente registados.

Foram observados e registados os 5 momentos de higienização das mãos, a colocação do EPI, a sua remoção, a prestação de cuidados do enfermeiro junto do doente em isolamento de contacto, se remove as luvas, se toca na máscara, se realiza a triagem de resíduos corretamente, se identifica alguma falha no isolamento do doente e se realiza os registos corretamente.

Foi considerado o não cumprimento da intervenção, assim que o enfermeiro durante a sua prática omite ou não realiza corretamente algum procedimento da tabela de observação. Os dados foram codificados, por números sequenciais, inseridos e analisados em programa Excel, não sendo possível qualquer identificação ao longo de todo o processo, por forma a garantir o sigilo e anonimato dos participantes.

1.6 Análise e tratamentos de dados

Foi elaborado para o tratamento e análise uma base de dados no programa EXCEL e os mesmos analisados com o auxílio do programa estatístico GRAPHPAD PRISM 9.

Para todas as variáveis foi calculada a frequência absoluta e relativa para as variáveis quantitativas contínuas foi calculada a média e o desvio padrão.

Os respetivos dados, são apresentados em tabelas para que se realize uma melhor análise e interpretação dos mesmos.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Observa-se, na Tabela 1, que a faixa etária dos 80-89 representa 44,4% da amostra do estudo, a média de idades é de 83 anos, com um Desvio Padrão de $\pm 7,2$. Verifica-se que o sexo masculino representa 57,7% da amostra. Maioritariamente são provenientes do domicílio, 60%. O antecedente pessoal designado por OUTRAS (doentes dependentes totais ou que foram submetidos à alguma cirurgia), representam 88,9% da amostra. Verifica-se também que em média cada doente tem diagnosticado cerca de 3 patologias, com um Desvio Padrão de $\pm 1,17$.

Tabela 1

Distribuição dos participantes por faixa etária, género, proveniência e antecedentes pessoais.

		Nº de doentes (n)	%
Idade (anos)	< 60 anos	1	2,2
	60 a 69	6	13,3
	70 a 79	8	17,8
	80 a 89	20	44,4
	90 a 99	10	22,3
X- 83 anos DP \pm 7,2 Min 35 anos – Max 96 anos			
Género	Masculino	26	57,7
	Feminino	19	42,3
Proveniência	Domicílio	27	60
	Outra UH	10	22,2
	Lar ou RS	8	17,8
Antecedentes Pessoais	HTA	20	44,4
	DM	11	24,4
	Patologia respiratória	13	28,9
	Patologia renal	6	13,3
	Neoplasias	4	8,9
	Patologia Cardíaca	19	42,2
	Demências	19	42,2
Outras*	40	88,9	
X= 3 antecedentes DP \pm 1,17 Min 1 – Max 6			

Nota. n- Frequência absoluta; % - frequência relativa; X- média; Min – mínimo; Max – máximo; DP- Desvio Padrão; * Outras-dependente total nas atividades de vida diária, submetido a cirurgias anteriores;

Observa-se na Tabela 2 que durante a prática clínica a equipa de enfermagem realizou maioritariamente as intervenções de forma correta.

No entanto verifica-se uma falha considerável na utilização de EPI'S, sendo que ao longo das 196 observações, o procedimento só foi cumprido em 52%.

Destaca-se ainda durante a observação que também houve falha no procedimento de higienização das mãos, em menor percentagem, tendo-se verificado apenas em 97,9% das observações.

Tabela 2

Distribuição dos procedimentos de enfermagem realizados aos participantes

	Sim	Não
	N(%)	N(%)
HM	192 (97,9)	4 (2,1)
Etiqueta respiratória	196 (100)	0 (0)
Utilização de EPI'S	102 (52)	94 (48)
Triagem de resíduos	196 (100)	0 (0)
Colocação/Isolamento	196 (100)	0 (0)
Aplicação de Mupirocina	196 (100)	0 (0)
Registo na Plataforma	196 (100)	0 (0)

**Tabela de
Observação**

Nota. n- Frequência absoluta; % - frequência relativa;

Observa-se na Tabela 3, que houve 2 doentes que testaram positivo para MRSA, obtendo uma percentagem de 4,5%.

Tabela 3

Distribuição dos participantes por resultado de análise a MRSA

	Nº Doentes	%
Doentes testados		
Positivo	2	4,5
Negativo	43	95,5
Total	45	100

Nota. Legenda: n- frequência absoluta; % - frequência relativa;

Observa-se na tabela 4 que os dois doentes que testaram positivo para MRSA são do sexo masculino com 4,5% do total da amostra, pertencem à faixa etária dos 70-79, com 4,4%, apresentam a proveniência do domicílio, com 5%. Verifica-se que os doentes que testaram positivo são dependentes totais ou já realizaram alguma cirurgia com 4,5%, tem patologia renal com 4,4% e HTA com 4%.

Tabela 4

Distribuição dos doentes portadores de MRSA por sexo, idade, proveniência e antecedentes pessoais.

		Negativo	%	Positivo	%
Sexo	Masculino	24	53,3	2	4,5
	Feminino	19	42,2	0	0
Idade	<60	1	2,2	0	0
	60-69	6	13,3	0	0
	70-79	6	13,3	2	4,4
	80-89	20	44,5	0	0
	90-99	10	22,3	0	0
Proveniência	Domicílio	25	55	2	5
	Outra Unidade Hospitalar	10	22,2	0	0
	Lar ou RS	8	17,8	0	0
Antecedentes	HTA	18	40	2	4
Pessoais	DM	10	22,2	1	2,2
	Patologia Respiratória	13	28,9	0	0
	Patologia Renal	4	8,9	2	4,4
	Neoplasia	4	8,9	0	0
	Patologia Cardíaca	18	40	1	2,2
	Demências	19	42,2	0	0
	Outras*	38	84,4	2	4,5

Nota. % - frequência relativa;

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que a amostra é composta por 45 doentes internados no serviço de Internamento no período de fevereiro a maio de 2022, com risco de infeção/colonização por MRSA onde predominou o sexo masculino, dados corroborados pelos estudos de Meneguín et al. (2020) e Rodrigues et al. (2015). Também, Florentino, (2018), demonstra no seu estudo que a incidência do SA aumenta com a idade, sendo que os homens acima dos 63 anos apresentam maior taxa de hospitalização do que as mulheres. Verificamos que a faixa etária dos 80-89 anos foi a mais representativa. Estes resultados estão em conformidade com os alcançados por Vareta, (2019), onde refere que os fatores de risco intrínsecos como a idade, o estado nutricional e a presença de comorbilidades condicionam a resposta imunitária do hospedeiro, alterando a sua suscetibilidade à infeção. No nosso estudo a média de idades dos doentes da amostra foi de 83 anos, sendo considerados como ancião de acordo com a designação da OMS, com idade mínima de 35 anos e máxima de 96 anos, que vão de encontro aos resultados apresentados por Reis, (2020), onde descreve que a prevalência maior de infeção em idosos se deve à sua vulnerabilidade devida à alteração do sistema imunológico e por serem mais frequentemente expostos a procedimentos invasivos.

Em relação à proveniência dos doentes observou-se que a maioria vem do domicílio com uma percentagem de 60% da amostra. O antecedente pessoal designado por OUTRAS, que engloba doentes totalmente dependentes nas atividades de vida diária e que foram submetidos a algum tipo de intervenção cirúrgica, com 88,9% do total da amostra, confirmado também por Reis (2020), no seu estudo, onde afirma que as infeções por microrganismos no local cirúrgico tornam-se cada vez mais prevalentes, podendo causar deiscência cirúrgica completa, abscesso, atraso no processo de cicatrização e óbito por choque séptico ou pneumonia.

Verificou-se ainda neste estudo que a patologia HTA apresenta uma percentagem de 44,4%, sendo que a maioria dos doentes que compõem a amostra estão diagnosticados com esta patologia, de referir que a média é de 3 antecedentes pessoais por doente, sendo que no mínimo apresentam 1 diagnosticado e no máximo apresentam 6. Dados corroborados por Martins, (2020), onde destaca que a maior parte dos participantes (80%) do seu estudo apresentou alguma doença crónica. Também no estudo realizado por Meneguín et al. (2020), prevaleceram participantes do sexo masculino (53,3%) e hipertensos (50%). O estudo realizado por Carvalho et al. (2017), defende que o fator idade influencia de forma clara a probabilidade de um doente apresentar indicação para

realizar o rastreio de MRSA, porque apresenta um maior número de internamento recentes, mais comorbilidades, serem provenientes de lares/residências de idosos/unidades de cuidados continuados e por serem portadores de feridas crónicas ou de dispositivos invasivos.

Por sua vez, Lopes (2022), defende que a idade avançada, por si só é fator de risco para desenvolver HTA e o idoso, por norma, é um doente frágil com várias comorbilidades e maioritariamente polimedicado, o que dificulta o controlo dos valores de tensão arterial, por sua vez, o homem procura menos vezes os cuidados de saúde e apresentam profissões de maior risco para a mesma.

Durante a observação realizada à prestação de cuidados da equipa de enfermagem do serviço de internamento, verificou-se que a maioria dos enfermeiros cumpre os procedimentos de PBCI. Verifica-se que, a maioria dos enfermeiros realizou a colocação do EPI corretamente, mas a quantidade de vezes que não foi colocado na prestação de cuidados encontra-se muito próxima das que foi colocado. Sendo que a colocação do EPI só foi realizada corretamente pela equipa de enfermagem 52% das observações. Durante a prestação de cuidados a doentes em isolamento de contato por MRSA positivo ou por suspeita, a equipa de enfermagem necessita de cumprir procedimentos específicos nos cuidados prestados a estes doentes, de forma a não existir a propagação do microrganismo. Estes resultados vão de encontro ao constatado por Florentino, (2018), onde evidenciou no seu estudo que o controlo permanente de MRSA é baseado num conjunto de medidas. Estas vão desde a adesão às PBCI, como a higiene das mãos, até à identificação precoce e isolamento de doentes colonizados ou infetados com MRSA.

Por sua vez, Vareta (2019), defende que o conhecimento se constitui como um pilar decisivo para a mudança de comportamento, pelo que a formação obrigatória para todos os grupos profissionais poderá ser uma medida para melhorar os resultados obtidos.

No estudo realizado existiram 2 doentes que testaram positivo e que representam 4,5% da amostra. Para a caracterização dos doentes com infeção por MRSA conseguiu-se observar que os 2 doentes que testaram positivo são do sexo masculino com 4,5%, pertencentes à faixa etária dos 70-79 com 4,4%, apresentam a proveniência do domicílio com 5%, são dependentes totais nas atividades de vida diárias e cirurgias realizadas, representando 4,5% e que estão diagnosticados com HTA com 4%. Estes resultados são corroborados por Florentino (2018), onde defende que os fatores que influenciam a aquisição de infeção por MRSA incluem a idade, ou seja, terem mais de 60 anos, os

doentes com história de hospitalização ou de realização de cirurgia, que tenham internamento hospitalar prolongado e que sejam diagnosticados com doenças crónicas. Deste modo, verifica-se que os dois doentes que testaram positivo, são totalmente dependentes, ou seja, necessitam de ajuda para realizar todas as suas atividades de vida diárias, logo a equipa multidisciplinar tem maior contato com o doente durante a prestação de cuidados, sendo mais suscetível a transmissão de microrganismos se as orientações de PBCI não forem cumpridas.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo conclui-se que a amostra em estudo é predominantemente do sexo masculino, com uma média de idades de 83 anos, provem do domicílio, e que são doentes dependentes totais nas atividades de vida diária e com cirurgias realizadas.

Em relação aos procedimentos de enfermagem a doentes com MRSA, concluímos que a colocação dos EPI'S foi o procedimento com uma taxa de adesão mais baixa.

A prevalência de MRSA foi de 4,5%, sendo todos do sexo masculino, pertencentes à faixa etária dos 70-79 anos, dependentes totais nas atividades de vida diária, com alguma cirurgia realizada e que chegaram ao nosso serviço, vindos do domicílio.

É necessário motivar os profissionais, promovendo debates, exercícios práticos e divulgação de informação.

A formação obrigatória para todos os grupos profissionais poderá ser uma medida para melhorar os resultados obtidos.

A maioria das medidas preventivas e de controlo de infeção, como realizar a correta higienização das mãos e assegurar a assepsia durante os procedimentos de enfermagem requerem apenas mudança comportamental entre os profissionais de saúde.

A inclusão do cliente e família na promoção de comportamentos de prevenção de infeção e na tomada de decisões informadas sobre a sua própria saúde torna-se fundamental, sendo necessário melhorar os níveis de literacia sobre o tema para todos os intervenientes.

Torna-se pertinente refletir sobre as limitações deste estudo e da forma como podem ser superadas em investigações futuras, para que a temática em análise possa merecer um conhecimento mais profundo e se possam implementar melhores práticas que se traduzem em melhores cuidados. As principais limitações deste estudo prendem-se essencialmente com o curto período de recolha de dados e, conseqüentemente com o baixo número de doentes com indicação para realizar o rastreio. O fato de o estudo só ter sido conduzido nos doentes de Medicina Interna e não nos de Cirurgia também pode ser entendido como uma limitação, o que impediu a comparação entre os dois tipos de doentes.

Os resultados obtidos com esta investigação refletem a realidade de um único serviço de Internamento de um hospital privado do Norte do País, o que limita a generalização dos resultados.

Atendendo aos resultados encontrados, durante a investigação e a atualização de conhecimento, considera-se pertinente a realização de futuras investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação científica dos Enfermeiros. (2022, Fevereiro 21). Congresso Internacional de controlo de Infeção. <https://www.acenfermeiros.pt/events/congresso-internacional-de-controlo-de-infecao-cici2022> .
- Aliberti, S., R., Favero, L., F., Psotgiu, et al., (2016). *Global initiative for Meticillin-resistant Staphylococcus aureus pneumonia (GLIMP): An international, observational cohort study*. So lancet infectious diseases. Web of Science.
- Alves, M., Pinto, J., Dantas, M., Amorim, V., Cardoso, V., Teixeira, C. (2017). *Staphylococcus Aureus resistente à meticilina: Aspetos epidemiológicos na Europa*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança. Portugal.
- Aragão, J. (2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis ano III, nº 6*.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bassetti, Eckmann M, Peghin C., Carnelutti M, Righi A. (2018). When to switch to an oral treatment and/or to discharge a patient with skin and soft tissue infections. Web of Science.
- Benet G.T, Gerbier-Colomban R, Dananche S, Hodille C, Dauwalder E, Vanhems P. (2017). Determinants of Implementation of Isolation Precautions Against Infections by Multidrug-Resistant Microorganisms: A Hospital-Based, Multicenter, Observational Study. Web of Science.
- Bogdan R. C., Biklen S. K (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto editora. Porto.
- Bouvet C.G., Zenelaj S, Lipsky B, Hakko BA, Uckay E. (2017). Staphylococcus aureus soft tissue infection may increase the risk of subsequent staphylococcal soft tissue infections. Web of Science.
- Briggs, J. (2015). Institute. Reviewer's manual: edition/supplement. The University of Adelaide, Austrália.
- Brown J, Jones KA, Huttner M, Greene B.D, Sauer T, Kelly B.C.M, Samore MH . (2017). Variation in Empiric Coverage Versus Detection of Methicillin-

Resistant *Staphylococcus aureus* and *Pseudomonas aeruginosa* in Hospitalizations for Community-Onset Pneumonia Across 128 US Veterans Affairs Medical Centers. Web of Science.

Carvalho, A. S., Brás Monteiro, F., Cruz, I., Monteiro, N., Cardoso, M., Mendes, R., & Mello e Silva, A. (2017). Estudo Prospectivo de Colonização por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina um Serviço de Medicina Interna: População, Factores de Risco e Implicações. *Medicina Interna*, 24(3), 208–216. <https://doi.org/10.24950/rspmi/29/2017>.

Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC,2016). Banco de dados interativo de consumo de antimicrobianos (ESAC-Net). Estocolmo. http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/esac-net-database/Pages/database.aspx.

COOPER, BS; Stone, SP; Kibbler, CC; Cookson, BD; Roberts, JA; Medley, GF; Duckworth, GJ; Lai, R; Ebrahim, S (2003) Systematic review of isolation policies in the hospital management of the methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a review of the literature with epidemiological and economic modelling. *Health Technol Assess*. 7 (39): 1-194.

Chaudhry, A. et al. (2020). Evaluation of the reliability of MRSA screens in patients undergoing universal decolonization. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 60(7), pp. 1965-1972.

Dias, T. (2016). A competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa situação crítica como membro dinamizador na unidade cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Portalegre.

Direção Geral da Saúde (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 007/2019, Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2021) - Prevenção e Controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos. Lisboa. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>- acedido em 9/2/2021.

Direção Geral de Saúde (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf. Acedido em 9/02/2021.

- Direção-Geral da Saúde (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa. Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2019-2023). Plano nacional de combate à resistência aos antimicrobianos (2019-2023) âmbito do conceito “uma só saúde”. Lisboa.
- Ducel, G; Fabry, J; Nicolle, L. (2002) Prevention of Hospital Acquired Infections- A Practical Guide. 2ª Edição. Organização Mundial de Saúde.
- El Aila, N. A., Al Laham, N. A., & Ayesh, B. M. (2017). Nasal carriage of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* among health care workers at Al Shifa hospital in Gaza Strip. *BMC infectious diseases*, 17(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-2139-1>.
- Ferrão, T. (2019). Há diferenças na doença invasiva por *staphylococcus aureus* metilina-resistente e metilina-sensível? Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Figueiredo, C. M. R. (2018). *Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Continuados* (Doctoral dissertation, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal)).
- Fonseca, C. I. F. da. (2021). *Saberes e adesão às boas praticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde*.
- Fortin, M. (1999). O projecto de investigação. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.- *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata, 2009.
- Fleury, M.; A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. RAC, Edição Especial 2001: 183-196.
- Florentino, A. (2018). *Staphylococcus aureus* resistente à metilina: avaliação em instituições de longa permanência para idosos. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina. Botucatu.
- Garcia, P., Silva, I., Oliveira, L. (2019). Colonização por *staphylococcus aureus* resistente à metilina em pacientes de unidades de terapia intensiva. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2511>.
- Gurgel, M. C., da Luz, S. M. G., Lima, A. P. P. D., & Veras, L. M. C. (2022). Higienização das mãos e sua relevância para prevenção de infecções relacionadas

à assistência à saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(15), e303111537103-e303111537103.

Gomes, D. B. C. (2021). *Colonização Por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina em Instituições Hospitalares Europeias* (Doctoral dissertation, Universidade Fernando Pessoa (Portugal)).

Gomes, M. C. (2021). Epidemiologia das Doenças Infecciosas. *Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa*.

Harbarth, S; Sax, H; Frankhauser-Rodriguez, C; Schrenzel, J; Agostinho, A; Pittet, D (2006) Evaluating the probability of previously unknown carriage of MRSA at hospital admission. *Am J Med*. 119(3): 275.e15-23.

Hartstein, Alan I; SEBASTIAN, Thomas J; and STRAUSBAUGH, Larry J (2004) “Methicillin- Resistant *Staphylococcus aureus*” In: C. Glen MAYHALL, ed. *Hospital Epidemiology and Infection Control*. 3ª Edição. Filadélfia: Lippincott Willians & Wilkins.

Henriques, F. (2012). Relatório em comissão de controlo de infeção. Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde. Viseu.

Hespanhol, L. A.B., Cartonilho de Souza Ramos, S., Ribeiro Júnior, O. C., Silva de AraújoTatiane, T., & Martins, A. B. (2018). Infecção relacionada à Assistência à Saúde em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Enfermería Global*, 18(1), 215–254. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.296481>.

Hipólito, M., Carvalho, A., Barros, S., Oliveira, C., Monteiro, C., Gonçalves, N., Lima, J., Soares, L., Encarnação, P. (2022, 06-23). O papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado ao doente com hemorragia digestiva [Poster]. Congresso Científico de Gastroenterologia, Semana Digestiva .ao encontro de novos rumos, Porto. <https://semanadigestiva.pt/images/pdf/sd2022.pdf>.

Hutzschenreuter, Flessa L, Dittmann S, Huebner K, Olaf N. (2018). Costs of outpatient and inpatient MRSA screening and treatment strategies for patients at elective hospital admission – a decisión tree analysis. Web of Science.

- Jahn, B., Wassenaar, TM & Stroh, A. O manejo integrado de MRSA (IMM) com tratamento prolongado de descolonização após a alta hospitalar é eficaz: um estudo aberto, não randomizado, de centro único. *Antimicrob Resist Infect Control* **5**, 25 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13756-016-0124-5>.
- Jolivet, S. et al. (2020). Impact of colonization pressure on acquisition of extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacterales and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in two intensive care units: a 19-year retrospective surveillance. *Journal of Hospital Infection*, 105(1), pp. 10–16.
- Kaminski A, Kammler J, Wick M, Muhr G, Kutscha-Lissberg. Transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among hospital staff in a German trauma centre: a problem without a current solution? *J Bone Joint Surg Br*. 2007;89(5):642-5.
- Khawaja T.K, Johansson J, Vaisanen S, Djupsjobacka J, Nevalainen A, Kantele A. (2017). Patients hospitalized abroad as importers of multiresistant bacteria—a cross-sectional study. Web of Science.
- Lakatos E.M., Marconi M. A. (1996). *Técnicas de Pesquisa, Amostras e Técnicas de Pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados*. 3ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Lee, A. S. et al. (2018). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Nature Reviews Disease Primers*, 4 (May), pp. 1-23.
- Leong H. N.K, Tan A, Kwa M.Y, Liao A, Wilcox K, Mark H. (2018). Management of complicated skin and soft tissue infections with a special focus on the role of newer antibiotics. So infection and drug resistance. Web of Science.
- Leite, L. (2006). O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 3º Painel - Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e Competências.
- Lepelletier, D. et al. (2020). Povidone Iodine: Properties, Mechanisms of Action, and Role in Infection Control and *Staphylococcus aureus* Decolonization. *American Society of Microbiology*, 105(9), pp. 581-593.
- Lessard H.M, Goyette G; Boutin G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos de enfermagem*. Instituto Piaget. Lisboa.

- Lopes, B. L. (2022). *Hipertensão Arterial Não Controlada em Consulta Hospitalar* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.6/12758>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Luna, L. C. D., & Guimarães, G. L. (2021). O que Livros Didáticos de Matemática Propõem para a Aprendizagem de Amostragem? *Bolema: Boletim de Educação Matemática*, 35, 815-839.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). *Metodologias do trabalho científico* (8ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Macmorran E.H, Athan S, Lane E, Tong S, Crawford S, Krishnaswamy L, Hewagama S. (2017). The rise of methicillin resistant *Staphylococcus aureus*: now the dominant cause of skin and soft tissue infection in Central Australia. *Web of Science*.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com SPSS statistic* (7ª ed.). Pero Pinheiro:ReportNumber.
- Martins, D. M. (2020). Detecção de amostras de *Staphylococcus aureus* em uma população idosa residente em instituição de longa permanência de Florianópolis-SC.
- Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar em Enfermagem vol.12 n°2,2º semestre*.
- Mendes, M. J. P. (2018). *Contributos do enfermeiro especializado no controlo da infeção do doente grande queimado*. Brasil. <http://hdl.handle.net/10400.26/28322>
- Meneguim, S., Torres, E. A., & Pollo, C. F. (2020). Fatores associados à infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Merchán-Hamann, E., & Taulil, P. L. (2021). Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e2018126.
- Ministério da Saúde (2008). *Manual de Operacionalização de PNCI* (p. 75-76).

- Monteiro, M., Read, A., Carneiro, F., Soares, M. J., & Soares, V. (2016). Carta ao Editor Relativa a Avaliação da Resistência à Mupirocina em Estirpes de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina. *Acta Médica Portuguesa*, 29(9), 578-578.
- Negrinho, A., Ferreira, B., Serrano, D., Ribeiro, E., Shone, S. (2019). Prevalência da colonização nasal por *Staphylococcus Aureus* resistente à metilina nos técnicos de análises clínicas e saúde pública num hospital do distrito de Lisboa: estudo de caso. *SAÚDE & TECNOLOGIA*. NOVEMBRO | 2019 | #22 | P. 34-41. ISSN: 1646-9704.
- Neves, I. (2010). Política de controlo de *staphylococcus aureus* com resistência à metilina (mrsa) na unidade local de saúde de Matosinhos. https://www.chporto.pt/pdf/downloads/Rastreio_de_MRSA-Dra_Isabel_Neves.pdf.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Setúbal.
- Nunes, L. (2020). Aspectos éticos na investigação em enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. ISBN: 978-989-54837-0-9.
- Novaretti MCZ, et al (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira Enfermagem*. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Mesa do colégio da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. PARECER N.º 10.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências Comuns do enfermeiro especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Dia Mundial da Higienização das Mãos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/madeira/not%C3%ADcias/conteudos/dia-mundial-da-higiene-das-m%C3%A3os-1/>.
- Pacheco, S. (2004). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-603- 273.

- Peres, D. (2007). Caracterização Epidemiológica do *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) num Hospital Distrital do Grande Porto e Sua Percepção pelos Profissionais de Saúde. Faculdade de Medicina do Porto e Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22210/3/tesesposgrad2.pdf>.
- Peres, D. et al. (2014). Strategy to control Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: The 5-year experience of a hospital. *Acta Medica Portuguesa*, 27(1), pp. 67–72.
- Pereira, N. R., & Andrade, P. A. (2020). A Prevenção e Controlo de Infeção: Um Esforço Conjunto: Infection Prevention and Control: A Joint Effort. *Gazeta Médica*.
- Piedade, C. M. R. D. (2020). *Avaliação do impacto económico da introdução de uma técnica rápida de biologia molecular para rastreio de MRSA* (Doctoral dissertation).
- Polít, D., & Beck, C. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (9ª ed.). Lisboa: Artmed Editora.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), 2021- STOP Infeção Hospitalar!''.
- PNCI (2006). *Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - Programa Nacional de Controlo de Infeção.
- PPCIRA (2021). *Infeções e resistências a antimicrobianos: Relatório do programa prioritário PPCIRA*.
- Raposo, H. (2020). Tensões e desafios da eticidade da investigação científica em saúde: uma reflexão em aberto. *Saúde & Tecnologia*; Mai2020, Issue 23, p19-26, 8p.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). *Diário da República* n.º 135/2018 – 2.ª série. Lisboa, Portugal: s.n., 2018. pp. 19359 – 19364.
- Regulamento n.º 429/2018 do Ministério da Saúde. (2018). *Diário da República*: II série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

- Reis, R. (2020). Avaliação do perfil de resistência em cepas de *Staphylococcus aureus* resistente á meticilina dos Hospitais Públicos de Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia, Curso de Biomedicina.
- Rodrigues, A. K. V., & da Silva, V. A. (2021). Conhecimento do enfermeiro sobre precauções universais em isolamento e o impacto na segurança do paciente. *SAÚDE DINÂMICA*, 3(2), 62-88. Rodrigues, A. K. V., & da Silva, V. A. (2021). Conhecimento do enfermeiro sobre precauções universais em isolamento e o impacto na segurança do paciente. *SAÚDE DINÂMICA*, 3(2), 62-88.
- Rodrigues, F., & Coelho, P. (2020). Profissionais de saúde e *staphylococcus aureus* resitente à meticilina: uma revisão da literatura. *HIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*.
- Rodrigues, WC. (2007). Metodologia científica. Academia da Educação.
- Rodrigues, M. et al (2015). Prevaenc of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a University Hospital inthe South of Brasil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, Santa Maria, v.51, n.1, p.34-41.
- Sakr, A. et al. (2019). Expert Review of Anti-infective Therapy *Staphylococcus aureus* nasal decolonization strategies: a review. *Expert Review of Anti-infection Therap*, 17(5), pp. 327-340.
- Santos, A. (2021). Ser enfermeiro especialista: conceção, implementação e avaliação. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34434/1/202743659.pdf>.
- Santos, D. O, Freitas C, Ferreira B, Afonso I, Rodrigues C, Castro H. (2007). *Staphylococcus aureus*: visitando uma cepa de importância hospitalar. *J Bras Patol Med Lab* • v. 43 • n. 6 • p. 413-423.
- Santos, C., Nunes, T., Branco, M., André, C., & Antunes, L. (2021). *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (MRSA) no exsudado nasal: Poderá ser limitação profissional? *Revista Portuguesa De Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 59(2), 171-177.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*.

- Silva, F. M. M. (2021). *Perceção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos*.
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 16, pp. 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>.
- Silva, M. (2013). Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP Vol.5 julho 2013*.
- Simões, C. (2016). *Infeções Hospitalares Bacterianas no Século XXI*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Porto.
- Sommerstein, R. A, Priore A, Kronenberg E.F, Marschall A. (2018). Characterizing non-linear effects of hospitalisation duration on antimicrobial resistance in respiratory isolates: an analysis of a prospective nationwide surveillance system. *Web of Science*.
- Sousa, L. (2011). *Uma Perspectiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de EMC*. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de ciências da Saúde. Porto.
- Taminato, M.,Morais, RB., Pereira, RRF., Esmanhoto, CG., Pignatari, AC.,et al. (2021). Fatores de risco para colonização e infeção por microrganismos resistentes em transplantados renais. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 74(suppl 6): e 20210219.
- Taylor, TA e Unakal, CG (2022). *Staphylococcus aureus*. Em *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441868/>.
- Teixeira, A. M. D. S. (2021). *Práticas dos enfermeiros na prevenção de infeção associada ao cateter venoso periférico* (Master's thesis).
- Torres,S., A., de Oliveira Peronico, U. L., & de Oliveira Kocerginsky, P. Isolamento e identificação de staphylococcus aureus a partir de nasofaringe de profissionais de saúde: uma revisão de literatura.
- Agência de Colocação Autorizada. (2023). *Tipos de Metodologia*.

<https://www.universia.net/br/actualidad/vida-universitaria/conheca-os-tipos-metodologia-pesquisa-que-voce-pode-usar-seu-tcc-1166813.html>.

Wassenaar J.B., Stroh T.M. (2016). Integrated MRSA-Management (IMM) with prolonged de colonization treatment after hospital discharge is effective:a single centre ,non-randomised open-label trial. Web of Science.

Valadas,M. (2010).Prevalência de colonização por MRSA no Centro Hospitalar P.Varzim/V.Conde.<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/7634/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf>.

Vareta, D. A., Romão, A. S. P., Ferreira, C. S., Melo, S. A., & Senhorinho, C. S. P. M. Análise da estratégia para a redução da infecção por MRSA em internamento hospitalar. *Conselho Editorial*, 27. ISSN 2184-4402 - Edição n.º 1 - abril 2019.

ANEXOS:

ANEXO I- Pedido de Autorização á Comissão de Ética

Nome: Teresa Meireles

E-mail: teresa.meireles@htq.pt

Telemóvel:916260884

Exma. Comissão de Ética

Hospital Terra Quente-Mirandela

Assunto: Envio de pedido de autorização para realização de estudo.

Venho por este meio solicitar a autorização para a realização do estudo intitulado “**Descrição do desenvolvimento de infeção por *Staphylococcus Aureus* Multirresistente à Meticilina numa unidade hospitalar privada**” a realizar por mim, Teresa Augusta Jaime Meireles (Enfermeira no Hospital Terra Quente), no âmbito do meu Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A infeção por *Staphylococcus aureus* multirresistente á metilina (MRSA) é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais importantes.

A Direção Geral de Saúde (DGS) produziu em 2014 uma norma dirigida a esta temática, que visa prevenir, identificar e descontaminar os doentes infetados com MRSA.

Devido ao aumento da incidência de doentes com MRSA no serviço de internamento do Hospital Terra Quente (HTQ), achei pertinente estudar esta temática. Decidiu-se adotar protocolos que vão de encontro às orientações da norma produzida pela DGS em 2014 para se perceber a origem das infeções, detetá-las o mais precocemente possível, para assim iniciar o tratamento dirigido ao doente. Pretende-se uma resposta mais qualificada e dirigida que se traduzirá em cuidados de excelência.

Este estudo tem como principais objetivos quantificar o número de doentes com indicação para pesquisa de portador MRSA, definir quais os principais critérios que conferiram essa indicação, perceber qual a prevalência de MRSA no serviço de internamento do HTQ e analisar as implicações dos resultados obtidos, para o funcionamento do Serviço.

É um estudo quantitativo, observacional, descritivo, analítico e transversal, com uma amostra não probabilística.

Pretende-se realizar a colheita de dados no serviço de internamento durante 6 meses consecutivos a todos os doentes com indicação para realização de zangaratoa nasal ou na ferida mais exsudativa, caso exista.

Agradeço antecipadamente a atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Meireles

Anexo II-Autorização da Comissão de Ética e Direção Clínica

Boa Tarde, Enf. Teresa

Venho por este meio em nome da Direção Clínica desta Unidade Hospitalar e membro da Comissão de Ética reforçar a aprovação do estudo.

Continuação de bom trabalho

Dina Carvalho

Diretora Clínica



HOSPITAL
TERRA QUENTE

Anexo III- Consentimento Livre e Esclarecido

Confirmando que expliquei ao doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários para a realização do estudo intitulado “**Descrição do desenvolvimento de infeção por *Staphylococcus Aureus* Multirresistente à Meticilina numa unidade hospitalar privada**” realizado por mim Enfermeira Teresa Augusta Jaime Meireles, no serviço de Internamento do Hospital Terra Quente, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica lecionado na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Em qualquer caso, é garantido que os dados recolhidos servem para realização do estudo de investigação, sem identificar o doente. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados a prestar à pessoa.

“Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde acima identificado, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Assim, autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam neste documento”

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Se não for o doente a assinar, por incapacidade mental comprovada ou idade abaixo de 18 anos:

Assinatura: _____

Anexo IV - Autorização De Observação

Eu _____, Enfermeira (o) do serviço de Internamento do Hospital Terra Quente, declaro que autorizo a observação das minhas intervenções enquanto profissional de saúde pela Enfermeira Teresa Meireles, para efeito de utilização dos dados no desenvolvimento do seu trabalho de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica com o tema “**Descrição do desenvolvimento de infeção por *Staphylococcus Aureus* Multirresistente à Meticilina numa unidade hospitalar privada**”. Declaro ainda que autorizo que os dados recolhidos durante o processo de observação, sejam utilizados com o fim de auxiliarem posteriormente na reflexão acerca das necessidades do serviço.

_____, _____ de _____ de _____

O/A Enfermeiro (a)

Anexo V - Avaliação do risco de infeção/colonização do doente

Serviço de Internamento:

<u>Formulário:</u>	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>
1- Veio transferido de outra Unidade Hospitalar onde permaneceu mais de 48h?		
2- Veio de UCC ou Residência de Idosos ou famílias de acolhimento?		
3- Esteve internado nos últimos 6 meses?		
4- Teve colonização ou infeção previa por ERC ou MRSA nos últimos 6 meses?		
5- Teve contacto com caso conhecido de infeção/colonização por ERC ou MRSA?		
6- Realizou procedimentos invasivos nos últimos 6 meses?		
7- Apresenta dispositivo invasivo?		
8- Presença de doença neoplasia, imunossuprimido ou realizou quimioterapia nos últimos 6 meses?		
9- Apresenta feridas crónicas?		
10- Tem estomas?		
11- Doente com Nefrostomia ou algaliado?		
12- Faz hemodialise?		
13- Internamento ou procedimentos de saúde nos últimos 6 meses em países com elevada prevalência?		
14- Tomou antibiótico nos últimos 6 meses?		

*Se respondeu **SIM** a qualquer das alíneas deve realizar:

- Rastreio para **MRSA** através de **zaragatoa nasal** e das feridas crónicas;

Idade:

Sexo:

Proveniência:

Data:

Enfermeiro:

Anexo VI- Tabela de Observação

		SIM	NÃO
Higienização das mãos	O enfermeiro respeita os cinco momentos da higienização das mãos: -Antes da prestação de cuidados;		
	-Antes da realização de procedimentos assépticos;		
	-Depois do contacto com o doente;		
	-Depois do contacto com sangue ou fluidos corporais;		
	- Depois do contacto com a unidade do doente;		
Etiqueta respiratória	O enfermeiro: -Coloca máscara cirúrgica ou P2 corretamente;		
	-Durante todo o contacto com o doente nunca toca na máscara que tem colocada;		
	- No final da prestação de cuidados ao doente em isolamento remove a máscara corretamente e substitui por uma nova;		
Utilização dos EPI'S	O enfermeiro: - Coloca corretamente o EPI – bata aberta para as costas, mascara e se necessária viseira ou óculos de proteção e as luvas;		
	- Remove corretamente o EPI: as luvas, a viseira ou óculos se usaram, a bata e por fim a máscara.		
Triagem de resíduos	O enfermeiro consegue: -Fazer o correto acondicionamento de resíduos hospitalares para o saco branco e colocar o material corto-perfurante no contentor apropriado que se encontra na unidade do doente;		

	-Realizar a triagem da roupa suja e manipulá-la com segurança;		
	-Realizar o controlo de visitas e realizar os ensinamentos necessários;		
Colocação/Isolamento dos doentes	O enfermeiro identifica: -Se a placa identificadora de isolamento do quarto é a correta;		
	-Se existe no quarto do doente material de triagem de resíduos (contentor de saco branco, corto-perfurante e saco amarelo para acondicionar a roupa);		
	-Toalhetas desinfetantes para realizar a limpeza da área do doente sempre que se realiza algum procedimento;		
Aplicação Mupirocina	O enfermeiro realiza: -Corretamente a aplicação de Mupirocina nasal ao doente;		
	-Realiza corretamente os ensinamentos e supervisiona a aplicação da Mupirocina nasal pelos doentes com capacidade para o realizarem de forma autónoma;		
Registo na Plataforma	O enfermeiro realiza: -Corretamente o registo do utente na Plataforma de Identificação de Doentes que efetuam rastreio de MRSA;		
Resultado da colheita de MRSA	-Positivo -Negativo		

Anexo VII- Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Caraterização sociodemográfica e clínica	
Idade:	Inf.60 anos- 60/70 anos- 70/80 anos- 80/90 anos- 90/100 anos-
Sexo:	Masculino: Feminino:
Antecedentes Pessoais:	HTA: DM: Patologia cardíaca: Demências: Doença renal: Doença respiratória: Neoplasias: Outras:
Proveniência:	Domicílio: Outra unidade Hospitalar: Lar ou Residência Sénior:

Anexo VIII- Relatório de Estágio



Relatório De Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Trabalho elaborado por: Teresa Augusta Jaime Meireles

Orientadores: Professor Carlos Magalhães.

Junho de 2020

ABREVIATURAS E/OU SIGLA

PEEP- Pressão positiva ao final da expiração;

PICCO- Pulse Contour Cardiac Output.

OBS- Observação;

AV- Arterio venoso;

TAC CE- Tomografia Axial computadorizada crânio encefálica;

MCDT'S- Meios complementares de diagnóstico;

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	73
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	75
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	78
3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	91

INTRODUÇÃO

Este trabalho é realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto ou Estágio.

A enfermagem é um desafio constante, é mais do que uma profissão para quem a exerce, e que nos coloca à prova diariamente, pela sua especificidade, pelos doentes a quem prestados cuidados que, até podem ser portadores da mesma patologia, mas a quem o tratamento realizado é diferenciado e dirigido, quer pela constante renovação de conhecimento ao qual temos de estar atentos para que as intervenções de enfermagem sejam adequadas e os cuidados prestados de excelência.

“O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (Ordem dos enfermeiros,2018).

Este relatório, tem como finalidade descrever os campos de estágio, onde consegui adquirir e desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, e enriquecer o meu conhecimento pessoal e científico.

Ao longo deste relatório identifico e caracterizo os locais onde realizei o meu estágio, a que tipo de doentes prestei cuidados, que objetivos tinha definidos e as ações que desenvolvi ao longo do mesmo. Faço também a articulação das competências comuns dos enfermeiros especialistas com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Articulo ainda as ações desenvolvidas com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Desenvolvendo a capacidade de reflexão crítica sobre a prática baseada na evidência durante este período de aprendizagem.

Ao longo do estágio realizado nas diferentes áreas e locais, tive colegas especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica como orientadores, com quem aprendi e a quem agradeço pelo esforço que fizeram em me proporcionar experiências novas e em partilharem o seu conhecimento.

A busca permanente de novos conhecimentos que me permitam melhorar os cuidados aos doentes, e que me permitam estar preparada para lidar com qualquer situação com a qual tenha de lidar, orientam a minha forma de encarar a profissão e na vontade de ser mais e melhor.

Ser mais para mim, significa adquirir mais conhecimento, ir à procura da novidade, mas também da atualização. Nesta área da saúde temos de renovar conhecimentos constantemente, pois temos protocolos que são atualizados, orientações que são alteradas, normas que surgem devido à investigação que é realizada, e por isso é importante estar atenta e procurar manter o foco, através do conhecimento que renovo e adquiero, tentando melhorar enquanto ser humano e profissional, para que a minha prática clínica seja o mais adequada possível. “Os cuidados especializados em enfermagem Médico- Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Ordem dos Enfermeiros,2018).

Por esta razão propus-me a realizar o curso, pois sentia que durante a minha prática profissional necessitava de melhorar a minha intervenção e adquirir conhecimentos em áreas com as quais tinha pouco contacto.

No decorrer dos estágios considero que participei ativamente no processo ensino/aprendizagem com vista ao desenvolvimento das minhas competências profissionais, que tem como principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência e elaborei os trabalhos solicitados pela equipa pedagógica e aos que me propus.

Na profissão de Enfermagem “as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”, para isso é necessário investir na formação, renovação e investigação para produzir conhecimento que nos permitam melhorar constantemente a prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros,2018).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Durante a formação para obter o curso de mestre e especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, tive de realizar três estágios.

Estes estágios foram realizados em serviços distintos com a duração de sete semanas aproximadamente cada um.

Tive o privilégio de poder aprender, com os melhores colegas com quem partilhei experiências e pude enriquecer o meu conhecimento tanto pessoal como profissional.

Todos os meus colegas me transmitiram conhecimentos novos, praticas novas de cuidar, aspetos com os quais teria de dar mais atenção ao utente de quem cuido dependendo da situação clínica, de saúde ou de fragilidade do mesmo ou do serviço onde se encontra.

Estagiei num serviço de medicina intensiva, num serviço de urgência e numa clínica de Hemodialise.

No serviço de Medicina Intensiva, os meus objetivos iniciais, baseavam-se em adquirir e desenvolver a competência de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, perceber que informação o monitor me facultava acerca do estado de saúde do doente, porque estando ventilado mecanicamente não responderia às minhas questões, por isso teria de saber interpretar cada sigla e cada valor que o ventilador disponibiliza.

Perceber as intervenções que teria de realizar, dependendo do modo ventilatório do doente, como este se pode ajustar, como se altera o valor da PEEP e dos restantes parâmetros e o que significam. Este foi para mim o serviço mais gratificante em termos de aprendizagem e que mais exigiria de mim enquanto profissional pela sua especificidade, pela experiência profissional que exigiu e eu não tinha dúvidas de que seria enquanto pessoa e profissional muito enriquecedor, como pude constatar no final do mesmo.

No serviço de Medicina Intensiva, prestei cuidados a doentes com ventilação mecânica invasiva, totalmente dependentes dos cuidados de enfermagem, sem capacidade para participarem no seu tratamento, com quem se comunica, mas não se obtém resposta. Doentes em estado crítico, onde o seu estado de saúde é monitorizado mais regularmente, e que se altera constantemente.

Um doente passa de uma situação clínica estável para instável rapidamente e os cuidados de enfermagem necessitam de ser rápidos e precisos, onde toda a equipa multidisciplinar tem as suas funções bem definidas para que os cuidados prestados sejam de excelência na procura da estabilização clínica e bem-estar do doente.

Um enfermeiro de cuidados intensivos necessita de articular conhecimentos de diversas áreas num curto espaço de tempo para conseguir atuar e melhorar a sua prestação de cuidados diariamente, pois todos os turnos são um novo desafio.

Até com o material com que trabalhamos diariamente, tive necessidade de aprender a manipular algum, pois nunca tinha tido contacto com o mesmo e dou o exemplo do cateter PICCO.

O facto de conseguir olhar para o monitor do ventilador e avaliar o doente de acordo com os parâmetros que este me disponibilizava era muito importante para mim, assim como perceber as intervenções que teria de realizar, se algum deles estivesse alterado.

Embora o médico estivesse sempre presente na Unidade, o que na minha perspectiva dá segurança e qualidade ao profissional de enfermagem, o trabalho em equipa funciona na perfeição. Sendo que se ajudam mutuamente para que o doente tenha os melhores cuidados e consiga recuperar rapidamente.

Olhar para um doente e observar a quantidade de máquinas, que o envolvem, sendo que somos nós enfermeiros que as monitorizamos e utilizamos sempre que necessário.

Iniciamos e suspendemos medicação, colocamos mais uma seringa infusora, uma bomba, colhemos uma gasimetria, realizamos uma avaliação Céfalo-caudal do doente, avaliamos entradas e saídas de líquidos, fazemos balanço hídrico, antevemos algumas complicações. Os conhecimentos que um enfermeiro necessita são muitos e ricos em experiência e sabedoria, pelo seu investimento teórico, por partilha de experiências e pelo profissionalismo.

As 168 horas programadas para este campo de estágio que cumpri, foram apenas o início da primeira página do livro desta viagem que é a unidade de cuidados intensivos e dos cuidados que um enfermeiro presta neste serviço. No entanto fica a vontade de querer investir mais, de procurar novos conhecimentos que me permitam tornar numa profissional melhor, capaz de prestar cuidados de excelência independentemente do doente que tiver no serviço onde trabalho e das patologias que tenha associadas, quero ser capaz de dar uma resposta assertiva, que promovam o seu bem-estar e a melhoria da sua saúde.

O segundo serviço pelo qual passei foi pelo serviço de Urgência, onde em sete semanas, com a ajuda dos colegas que me orientaram o estágio consegui enriquecer os meus conhecimentos e tornar-me numa profissional e pessoa melhor.

Num serviço de urgência não podemos planear o turno, pois nunca sabemos que tipo de doentes vão recorrer ao serviço neste dia.

No entanto, é necessário estarmos preparados para as mais diversas situações e aqui os conhecimentos e a experiência contam e nota-se na prestação de cuidados e no tipo de resposta que é dada ao doente perante a sua situação de doença crítica.

O serviço de urgência está, na minha opinião, bastante organizado, pois todas as áreas estão divididas e são distintas e os enfermeiros são escalados para determinada área, sendo que vão rodando pelos diferentes postos.

A triagem, a urgência pediátrica, o atendimento de medicina interna, o de cirurgia geral que engloba pequenas cirurgias, o OBS e a sala de reanimação por onde tive o privilégio de poder realizar turnos e obter mais conhecimentos profissionais com o auxílio dos colegas que me orientavam e sempre me apoiaram durante todo o estágio.

Não tive oportunidade de realizar estágio na emergência pré-hospitalar sendo uma área que gosto particularmente e que pretendia ter contacto, mas terei outra oportunidade certamente, uma vez que o Hospital dispõe de Viatura de Emergência Médica.

Como objetivos para este estágio, pretendia adquirir e desenvolver a competência de prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, identificando o foco de instabilidade do doente, administrando de forma eficaz a terapêutica prescrita, melhorar a minha resposta no suporte avançado de vida e trauma.

Neste serviço os doentes podem entrar pelo próprio pé e após o diagnóstico médico ou agravamento da sua situação clínica têm de ser transferidos para outra unidade hospitalar para receberem tratamento dirigido.

A transferência hospitalar de doentes é realizada sempre por um enfermeiro, e pode ou não existir a necessidade de ser também pelo médico.

São prestados cuidados a doentes crónicos, cuja patologia agrava de forma súbita e necessitam de recorrer ao serviço de urgência, mas também por jovens que não são portadores de nenhuma doença crónica mas que sofrem um acidente por exemplo, e por crianças e doentes oncológicos, que recorrem a este serviço, sendo que a equipa de enfermagem é rotativa pelas diferentes áreas e tem conhecimento técnico e científico, assim como experiência profissional para atuar e prestar cuidados diferenciados.

Este é um serviço onde o conhecimento é importante onde é necessário um investimento e renovação de conhecimento constantes para se lidar com as adversidades da profissão. Neste serviço todos os enfermeiros investem numa área para poderem transmitir os seus conhecimentos aos restantes colegas de equipa através de formações em serviço, o que permite à equipa manter-se atualizada e renovar quer as práticas clínicas quer os

conhecimentos científicos atualizados para assim prestarem cuidados de excelência aos doentes que deles necessitam. Para mim, foi sem dúvida uma mais-valia tanto pessoal como profissional ter realizado o meu estágio neste serviço.

Por fim a clínica de Hemodialise, foi um estágio opcional, é uma área na qual eu tinha particular interesse em desenvolver e ainda não tinha tido oportunidade para tal.

Os meus objetivos eram adquirir e desenvolver a competência de cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, conseguir puncionar o acesso AV do utente sem o danificar, compreender quais os efeitos da dialise num doente, quais os sintomas que se verificam durante a apos a sessão, para poder adequar e melhorar as minhas intervenções enquanto enfermeira.

É um serviço muito específico, os doentes já realizam dialise em alguns casos há anos, são doentes muito específicos, de difícil contacto, ou seja, a relação terapêutica é difícil de estabelecer, pois são muito desconfiados devido à sua patologia e ao sofrimento que esta já lhes causou.

Na clínica todos os doentes são seguidos pela equipa médica em todas as sessões, para perceberem se houve sintomatologia pós- dialises, se necessitam de medicação, se existe algum problema de saúde novo, monitorizam todas as consultas e exames de outras patologias de forma a agilizarem os processos para que se cumpram os tratamentos.

Os doentes são reencaminhados para outras especialidades sempre que necessário, e todos os doentes que iniciam dialise na clínica realizam uma consulta antecipada onde o Nefrologista avalia o seu acesso vascular ou o potencial de se realizar um.

Este local de estágio para mim foi muito enriquecedor, pois consegui alcançar um objetivo profissional e pessoal que já almejada á algum tempo, e aproveitei ao máximo o tempo que lá permaneci para adquirir conhecimentos nesta área.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O serviço de Medicina Intensiva, pessoalmente foi o local de estágio onde me deparei com mais dificuldades, começando pelo meu receio em prestar cuidados a este tipo de doentes, uma vez que este seria o meu primeiro contacto.

Tive necessidade de investir bastante na teoria e na evidência científica para conseguir perceber alguns conceitos, contando também com ajuda dos colegas que me orientaram o estágio, e que se mostraram sempre disponíveis a esclarecer as minhas dúvidas, de forma a promover novas aprendizagens.

Porém, os meus objetivos foram-se alterando à medida que o estágio ia avançando e à medida que conseguia alcançar os objetivos inicialmente traçados, e mais noção tinha de que o tempo era pouco para conseguir ser uma profissional autónoma e capaz de ter um doente atribuído num turno como qualquer outro elemento da equipa que já ali trabalhava. “A Medicina Intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fitopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. É por natureza multidisciplinar e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade” (HGH,2016).

Prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, sempre supervisionada pela minha orientadora. Tinha um doente com ventilação invasiva, atribuído em conjunto com ela, e em equipa eram realizadas todas as intervenções necessárias, desde os cuidados de higiene e conforto, aos posicionamentos, à administração de protocolos terapêuticos complexos, realizando sempre a gestão da dor e bem-estar do doente, otimizando a resposta nos cuidados prestados. Para mim foi difícil no início gerir a comunicação interpessoal da relação terapêutica com a pessoa, face à complexidade do seu estado de saúde. Com a família ia conseguindo no curto espaço de tempo, mostrando disponibilidade para esclarecer dúvidas que existissem ou encaminhar para a equipa médica caso necessário.

Realizando apoio emocional à família/ cuidador decorrente da falência orgânica do doente.

Com o passar dos turnos e com o auxílio da orientadora, fui conseguindo ultrapassar as dificuldades com as quais me ia debatendo durante os turnos.

Prestei cuidados a doentes que já se encontravam ventilados mecanicamente e a doentes que entraram na unidade de medicina intensiva ainda conscientes e a responder a questões e por complicação do seu estado clínico, tiveram de ser entubados orotraquealmente e conectados a ventilação mecânica invasiva, por exaustão respiratória e cardíaca.

Nesta altura em que existe a necessidade de entubar um doente e colocá-lo em ventilação mecânica invasiva fica o sentimento de fracasso. Fica o pensamento de que não consegui prestar os cuidados necessários ao doente, toda a terapêutica administrada não surtiu efeito, não foi suficiente...todas estas questões ficam na mente durante o resto do turno. Depois de despir a farda e iniciar o meu momento de reflexão, onde analiso as intervenções que realizei, as decisões que tomei e onde falhei, ou o que poderia ter feito melhor para que os meus doentes caminhem para a recuperação, percebo o que tenho de mudar e melhorara. Por vezes a condição clínica do doente já vem no limiar e por mais que se tente e sim, tentamos sempre, a ventilação mecânica invasiva torna-se o melhor tratamento a oferecer ao doente para este recuperar da sua falência multiorgânica.

Durante a prestação de cuidados, tive sempre em mente a promoção da saúde do doente que tenho á minha frente, previno possíveis complicações das minhas intervenções ou que a própria situação clínica do doente possa desencadear para promover o seu bem-estar e autocuidado.

Relembro a situação de um doente a quem prestei cuidados, tinha realizado uma colecistectomia laparoscópica e já no serviço de internamento teve uma paragem cardiorrespiratória, teve de ser entubado orotraquealmente e encaminhado para o serviço de Medicina Intensiva. Prestamos os cuidados ao doente diariamente, cuidados de higiene e conforto, terapêutica prescrita, posicionamentos, análises necessárias. Os valores analíticos melhoravam de dia para dia, mas o doente não reagia ao desmame do ventilador assim que se alteravam os parâmetros e a sua situação clínica piorava. Decidiu-se fazer um TAC CE, ao qual se seguiram mais MCDT'S e percebeu-se que não havia nada a fazer, não existia atividade cerebral e já não havia nada a oferecer de tratamento ao doente. Avisar a família para que se pudesse despedir-se do seu familiar antes de desligarmos o ventilador, deixou-me pensativa naquele dia. Estou habituada a realizar estas intervenções no meu local de trabalho e a lidar com estas situações, mas não sabia explicar o porquê de esta me deixar apreensiva e insegura. Após momentos de reflexão na deslocação do serviço para casa, cheguei á conclusão que o facto de estar num ambiente diferente, com protocolos diferentes dos que realizo habitualmente, e de querer que os doentes sobrevivam porque nós ao prestarmos cuidados, com todo o equipamento disponível, com a terapêutica administrada, com a monitorização contínua e com todo o carinho que colocados em cada intervenção, estes recuperem e tenham alta do serviço estáveis e a conversar connosco. Quando isso não acontece, fica um sentimento de angústia, de dever inacabado.

Tenho a consciência de que ao longo da minha prática clínica, tem de existir a readaptação funcional, tenho de procurar permanentemente a excelência no meu exercício profissional, quer por formações às quais me proponha, quer pela procura das orientações mais recentes para poder melhorar as minhas intervenções de forma que sejam mais dirigidas e que restabeleçam a saúde do meu doente mais rapidamente.

No final deste campo de estágio, fico com a certeza de que foram poucas as horas de contacto com o serviço para a exigência do mesmo, apesar de aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem e da colaboração dos colegas orientadores, senti que as aulas teóricas que perdi por impossibilidade profissional me fizeram falta na prática, que tenho de investir no conhecimento científico e obter mais experiência para me poder tornar uma enfermeira autónoma na prestação de cuidados de excelência aos doentes internados no serviço de medicina intensiva. No entanto foi muito proveitoso tanto a nível pessoal como profissional poder ter feito parte da família do serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Bragança onde fui muito bem recebida e que contribuíram bastante para que me pudesse tornar numa melhor profissional, com mais conhecimentos e experiência.

No serviço de Urgência, consegui alcançar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careciam de meios de intervenção avançados aos doentes a quem prestei cuidados.

Neste serviço, os conhecimentos científicos, a experiência profissional, a confiança e a rapidez de atuação, são um conjunto de intervenções que tem de estar bem definidas na mente do profissional, para que o doente tenha a resposta que necessita para a promoção da sua saúde.

Por isso, há que se formar os profissionais com as competências necessárias para atender as situações que os serviços requerem. Nas unidades de urgência e emergência relevam-se os conhecimentos, habilidades e atitudes específicas a fim de prestar assistência individualizada, digna e humanizada a quem procura por este tipo de atendimento, que no caso da humanização, inclui acolhimento, comunicação, diálogo, resolução, respeito e saber ouvir (Holanda, Castagnari e Cunha, 2014).

Na prestação de cuidados aos doentes que recebi no Serviço de Urgência consegui identificar prontamente os focos de instabilidade que provocaram a ida do doente ao serviço, respondi de forma pronta e antecipatória aos mesmos, quer através de terapêutica

administrada sobe prescrição médica, quer pela colocação do doente num ambiente confortável e de supervisão, consegui executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, colaborei com a equipa na sala de medicina interna, por exemplo na monitorização, administração terapêutica, posicionamento, colheita de análises clínicas num doente com reação alérgica anafilática com síndrome de dificuldade respiratória. Demonstrei conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma em partilha de experiências com os colegas quando realizei a monitorização do equipamento presente na sala, pois não tive oportunidade de prestar cuidados a nenhum doente nessa situação clínica, com necessidade de ser encaminhado para a sala de reanimação. Relativamente aos meus conhecimentos em trauma, apenas consegui demonstrá-los na sala de pequena cirurgia, numa doente politraumatizada, onde removemos todo o equipamento para observar a doente e perceber se existia alguma hemorragia ativa, indícios de hemorragia interna ou alguma fratura externa. Após a observação colocamos novamente o colar cervical, e a aranha, o plano duro nunca foi removido para se manter a doente estabilizada. Durante os turnos no OBS, foi onde notei que desenvolvi as competências inicialmente traçadas, também por existir um pouco mais de tempo para favorecer e desenvolver o contacto com o doente, quer durante prestação dos cuidados de higiene, quer durante a administração terapêutica ou até mesmo na avaliação de sinais vitais e consegui realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, quer na promoção do conforto por exemplo através dos posicionamentos, quer no alívio da dor através de administração de terapêutica, ou utilizando técnicas não farmacológicas como a massagem ou até a escuta ativa.

Segundo a ordem dos Enfermeiros (2018), as intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser usadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. Devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. As intervenções não farmacológicas são classificadas em físicas (como, termoterapia, exercício, massagem e estimulação elétrica transcutânea); cognitivo - comportamentais (como distração, imaginação guiada, reestruturação cognitiva, relaxamento, biofeedback, exercício) e de suporte emocional (como toque terapêutico e conforto).

Melhorei a capacidade de identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, através da ansiedade ou agitação psicomotora que alguns doentes demonstravam por

vezes pela incerteza do seu diagnóstico ou pelo tratamento que teriam de realizar para se sentirem melhores. Por vezes, o simples facto de terem de realizar o tratamento em regime de internamento e se verem privados do seu lar e das suas rotinas, para as pessoas idosas já se torna um transtorno e é necessário disponibilizar algum do nosso escasso tempo a ouvi-las e a tentar explicar que esta intervenção é necessária para que possamos restabelecer a sua saúde e a sua autonomia. Demonstrei conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, assim como aos seus familiares, que em algumas situações já esperavam este desfecho, mas que nunca estão preparadas e necessitam do nosso apoio e disponibilidade naquele momento de perda e que certamente faz a diferença para conseguirem lidar com ele.

Durante a prestação de cuidados aos doentes que recebi neste serviço de Urgência, pratiquei a promoção da saúde, prevenção de complicações, procura do bem-estar e autocuidado quando nas intervenções realizadas ao doente como por exemplo nos cuidados de higiene, mesmo que este só consiga lavar a face, para ele será o reaver da sua autonomia aos poucos e promove o seu bem-estar porque percebe que aos poucos consegue realizar algumas tarefas do seu dia a dia. Readaptação funcional na procura permanente da excelência no exercício profissional, quando se pretende ser melhor profissional e prestar cuidados de excelência através da evidência científica e na procura de procedimentos e tratamentos que melhorem e recuperem rapidamente o estado de saúde do doente. A organização dos cuidados permite ao Enfermeiro prever, planear e executar as suas intervenções aos doentes que tem sobe a sua responsabilidade de forma sistematizada para que estes tenham acesso aos melhores cuidados, e o profissional de saúde consiga organizar o seu turno da melhor forma possível, para que nada falhe ou fique por realizar.

Na Clínica de Hemodialise, considero que consegui atingir o objetivo que pretendia. Pessoalmente, foi o local de estágio no qual me senti menos pressionada, talvez por ter sido uma opção pessoal e por ter interesse em desenvolver competências nesta área.

Com o decorrer do estágio, apercebi-me que é importante desenvolver e adquirir competências específicas do enfermeiro especialista, mas neste serviço a maior dificuldade foi a comunicação, conseguir desenvolver estratégias para conversar e conseguir chegar aos doentes, para aos poucos conseguir adquirir a sua confiança, mostrar-lhes que estava disponível para os ouvir e poder ajudar.

Só assim conseguia perceber as dificuldades com que os doentes se debatiam no domicílio entre sessões de dialise, com a alimentação, com a adesão terapêutica e com a própria solidão.

Durante o tempo de estágio consegui desenvolver e melhorar algumas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Como antecipar, em tempo útil, situações de agudização, que durante as sessões de dialise eram evitadas quando os doentes durante o tratamento se sentavam com angulo de 90° em vez de estarem na horizontal, que despoletavam hipotensões severas, náuseas e vômitos, sendo necessário realizar uma vigilância continua, realizar ensinios e sensibilizar os doentes para manterem a posição e se tiverem algum sintoma, solicitarem a nossa ajuda, mas não elevarem a cabeceira.

“O enfermeiro e sua equipa são os profissionais que estão mais próximo do paciente e as suas condutas influenciam diretamente na resolução das intercorrências. Foram evidenciadas como principais complicações no decorrer da hemodiálise a hipotensão, hipertensão, câibras, cefaleia, vômitos e hipotermia” (Revista Humano Ser, 2017/2018). Promover intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica, onde tive oportunidade de assistir a consultas pré-diálise, e a consulta de acompanhamento dos doentes já em tratamento.

Nas consultas pré- diálise, onde o médico Nefrologista e o Enfermeiro responsável do turno, observam a fistula AV caso já esteja construída, e percebem através da palpação, auscultação e eco doppler se tem frémito, se o retorno sanguíneo é feito corretamente, se tem bom diâmetro, e marcam o melhor local para ser puncionada. Nos doentes que se encontram a realizar diálise através de cateter central, percebem se existe a possibilidade de construir uma fistula AV, e caso se verifique os doentes são encaminhados para cirurgia vascular após contacto prévio do Nefrologista para que se proceda á construção do mesmo, uma vez que os cateteres centrais são um local de entrada mais propicio a infeções. Durante a consulta de acompanhamento dos doentes, reveem-se estratégias para conseguirem ajudar o utente a melhorara a sua qualidade de vida, incidem na alimentação, na adesão, ajuste e substituição terapêutica caso seja necessário, no controle de sintomatologia caso exista após os tratamentos e no controle de outras patologias existentes. Por vezes pedem a colaboração do cuidador/familiar que a companha o doente, que na preparação das refeições, como poe exemplo na colocação de sal ou na mudança de água durante a cozedura dos legumes. A intervenção de apoiar a pessoa e

família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde -doença perante a doença crónica, foi aquela em que tive mais dificuldades em desenvolver, porque os doentes demonstravam pouca confiança num enfermeiro novo no serviço. Estabeleci planos de intervenção individualizados para a pessoa e seus cuidadores/familiares, com vista à prevenção e controlo da doença crónica nos diversos contextos de ação, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios, nas conversas que tive com alguns doentes a quem com o meu trabalho e empenho promovi a confiança e a relação terapêutica, quando os questionava sobre o tempo que passavam no domicílio entre sessões de dialise, se tinham algum sintoma, como tonturas, enjoos, náuseas ou câibras. Ou mesmo quando os questionava durante o tratamento se estava tudo bem, se havia alguma sintomatologia diferente. Consegui reconhecer a gestão da doença crónica como um fator de stress, pois torna-se evidente nos doentes portadores desta patologia, porque se tornam muito mais ansiosos, e qualquer alteração que possa existir na sua rotina, já lhes provoca confusão, e a própria aceitação e compressão são difíceis de adquirir. O simples fato de não iniciarem tratamento quando se sentam nos sofás, porque os enfermeiros até começam pelo outro lado da sala, já reclamam porque estão sentados á muito tempo e nunca mais iniciam o tratamento, e tentam sempre negociar o tempo do fim do tratamento de forma a serem desligados mais cedo do que o previsto.

“O envolvimento do enfermeiro no processo de terapia da hemodiálise em especial na resolução de complicações oriundas do tratamento, leva a sua prática a detetar em tempo hábil e atuar com eficácia com o objetivo de minimizar e resolver essas intercorrências” (Revista Humano Ser, 2017/2018).

Outra das situações com a qual me deparei foi ter de puncionar as fistulas artério venosas para que os doentes pudessem realizar o seu tratamento de dialise. Os doentes tem muito cuidado com os seus acessos e é necessário observar antes de puncionar para perceber se não existe nenhuma complicação com o acesso e este pode ser puncionado. Deve existir rotação dos locais de punção, para não provocar hematoma ou dificuldade na coagulação sanguínea na remoção das agulhas no final do tratamento.

O acesso venoso pode ter como complicações, as estenoses, aneurismas, hemorragias e perdas do acesso vascular relacionadas com punção.

“A canulação de um AV pela primeira vez é um momento que se reveste de grande receio e expectativa por parte da pessoa doente. O enfermeiro assume a responsabilidade deste processo com a concordância do médico, exigindo-se que possua qualificações e elevada experiência. A abordagem à pessoa doente passa por uma estratégia comunicacional que

promova a compreensão da necessidade de canulação e a confiança no profissional que a irá executar. A primeira canulação deve ser antecedida de uma minuciosa avaliação, que inclui observação, palpação e auscultação do acesso vascular” (Ordem dos Enfermeiros,2016).

A hemóstase do AV é uma intervenção que se torna rotineira nos cuidados de enfermagem, mas que se não for realizado corretamente pode colocar o doente num estado clínico crítico e até provocar a sua morte, se a hemorragia não for detetada a tempo. Durante o Inverno as hemorragias são mais difíceis de detetar porque o doente vem mais agasalhado com roupa mais grossa e desde que inicia o sangramento até que o doente se apercebe, aqueles que são conscientes e orientados já tem perdido muito sangue.

O Enfermeiro deve realizar compressão apos remoção das agulhas com uma compressa esterilizada para prevenir infeções, o tempo de hemóstase varia de doente para doente e dos fatores de coagulação, vasculares e do plasma. No entanto existem situações em que a hemóstase para estar concluída e o simples facto de realizarem algum movimento com o membro é suficiente para a hemorragia regressar. Por isso é importante mesmo apos terminar a hemóstase que os doentes fiquem ainda sentado em vigilância para perceber se tudo corre bem, são sempre alertados para a vigilância do penso durante o transporte para o domicílio e nas horas seguintes.

3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Este relatório pretende descrever e refletir um percurso de desenvolvimento de competências durante a realização deste mestrado, que me permitissem no final, reconhecerem as habilidades e os comportamentos de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. No entanto, após quase dois anos de estudo e de trabalho considero ser pertinente refletir concomitantemente se este percurso de aquisição de competências numa área especifica, mas na qual engloba cuidados ao doente critico, paliativo, cronico e perioperatória me permitiu alterar/alcançar a prática de cuidados de enfermagem, tornando-me uma enfermeira proficiente ou perita pois “enfermeira especialista é aquela a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros,2019).

Foi-me proposto desenvolver competências especializadas que integram a complexidade técnica e o desenvolvimento científico de uma prática baseada na evidência, necessários para o restabelecimento das funções vitais, mas simultaneamente prestar cuidados fundamentados nos paradigmas da enfermagem atual, incorporando o conhecimento técnico aos cuidados, desenvolvendo o conceito de enfermagem avançada, caminhando para os cuidados centrados nas respostas humanas às situações críticas, utilizando um conhecimento gerado pela investigação e nas teorias em enfermagem.

Ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, consigo com a minha experiência profissional, realizar as intervenções necessárias para ajudar a equipa multidisciplinar a estabilizar o doente e a melhorar a sua condição clínica, foi o que me auxiliou nos primeiros turnos realizados no serviço de medicina intensiva, onde a intensidade dos acontecimentos e a mudança da situação clínica do doente são uma constante, e a colocação de várias terapêuticas com dosagens específicas e a perfundir ao mesmo tempo, condicionou o meu raciocínio, uma vez que não os conhecia, assim como a colocação e manipulação de algum equipamento com o qual nunca tinha trabalhado antes, foram sem dúvida alguns constrangimentos identificados neste campo de estágio, mas com o auxílio dos colegas e investimento no conhecimento científico consegui ultrapassar e enriquecer-me enquanto prestadora de cuidados.

Porém em todos os campos de estágio, consegui maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, uma vez que faço parte da comissão de controle e infeção do Hospital onde trabalho e são normas que tenho bem presentes e pratica-las fazem parte do meu dia de trabalho, sempre para prevenir e proteger os meus doentes, familiares, a mim e à equipa multidisciplinar que comigo trabalha. Tento sempre desenvolver uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção, regendo-me pelas normas éticas e deontológicas que regem a profissão de Enfermagem de forma que a minha prestação de cuidados seja de excelência. Tentando sempre promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

Como pontos fracos durante este estágio posso referir que não alcancei da forma que desejava a experiência clínica de desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da organização clínica nem colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade, por

considerar que as sete semanas são pouco tempo para cada campo de estágio que nos permitam desenvolver todas as competências.

No entanto, gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e na adaptação da liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, consegui desenvolver no serviço de Urgência, onde a equipa multidisciplinar identifica as suas lacunas e conseguem delinear estratégias para as colmatar com o tempo e com os recursos existentes. Ou seja, se existe uma situação na sala de emergência, por exemplo e a equipa que está presente, sentiu dificuldades em prestar os cuidados necessários ao doente porque o material da forma que está organizado não facilita a sua atuação, a equipa reúne, debatem as suas questões, opiniões e dúvidas e chegam a uma conclusão, se for necessário, realizam uma formação em serviço para que fique explícito da forma como a sala fica disposta, e a não existirem receios, nem dúvidas quer no local do material quer na sua utilização.

Um dos meus aliados e que considero uma mais-valia durante o meu estágio nos diferentes serviços, foi a minha postura, serenidade e a disponibilidade quer para adquirir novos conhecimentos quer para colaborar com os colegas na prestação de cuidados.

Esta formação permitiu-me enriquecer os meus conhecimentos e tornar-me uma profissional mais competente e confiante para realizar a prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diário da República (2018). Ordem dos Enfermeiros. 2.^a série — N.º 135. Consultado em 04 março de 2020, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf> ;
- Ordem dos Enfermeiros- Conselho de Enfermagem. DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2008 [2017, 10 novembro]. Consultado em 10 de Março de 2020, Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf> ;
- Holanda FL, Castagnari MC, Cunha ICKO (2014). Construction of a Professional Competency Matrix of the nurse in emergency services. Acta Paul Enferm;
- Santos, A., Fernandes, A., Sena, D., Carvalho, G., Júnior, L., Pellense, M. (2018). Atuação do enfermeiro frente às principais complicações em pacientes durante o procedimento de hemodiálise. Revista Humano Ser - UNIFACEX, Natal-RN, v.1, n.1, p. 114-127, 2017/2018. ISSN: 2359-6589. Consultado em 02 Fevereiro de 2020, Disponível em: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/1011-2710-1-PB.pdf> ;
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise guia orientador de boa prática. Cadernos OE, Série 1, Número 9(2016). Consultado em 01 Março de 2020, Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf ;
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação Medicina Intensiva. Consultado em 05 Janeiro de 2020, Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf> ;

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Consultado em 04 Março de 2020, Disponível em: <http://www.aenfermagemasleis.pt/2019/02/06/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-ordem-dos-enfermeiros/> ;
- Hospital Garcia de Orta E.P.E , (2016). Cuidados Intensivos. Consultado em 02 Fevereiro de 2020 Disponível em: <http://www.hgo.pt/Servicos/AreaClinica/CuidadosIntensivos.aspx>;

ANEXOS



NORDIAL – Centro Renal



A IMPORTÂNCIA DA HEMÓSTASE EM DIÁLISE

Hemodiálise

Quando os rins deixam de funcionar, a hemodiálise surge como uma opção de tratamento que permite remover as toxinas e o excesso de água do seu organismo. Nesta técnica depurativa, uma membrana artificial é o elemento principal de um dispositivo designado dialisador, comumente conhecido por “rim artificial”



Os doentes em hemodiálise normalmente recebem algum tipo de anticoagulante, o risco de hemorragia nestes doentes é geralmente maior. Assim, se for administrada uma infusão e o doente tiver um acesso AV, a infusão é suspensa antes do final do tratamento, a fim de permitir que o tempo de coagulação esteja apenas ligeiramente elevado quando as agulhas são retiradas.

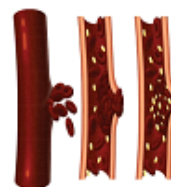
Hemóstase

A hemóstase, ou estancar o sangramento de um vaso sanguíneo lesado, requer a ação combinada de

- Fatores vasculares
- Plaquetas

- Fatores de coagulação do plasma

Os mecanismos reguladores equilibram a tendência à formação de coágulos. As anormalidades hemostáticas podem causar **sangramento excessivo** ou **trombose**.



Antes de iniciar a sua diálise:

Referir ao Enfermeiro qualquer complicação com o acesso, com a sua hemóstase ou sinais de hemorragia no período em que esteve ausente.

A comunicação é fundamental nos cuidados de enfermagem;

Após realizar o tratamento de

hemodiálise: As agulhas vão ser removidas e vai precisar de realizar compressão no local para que o sangue pare.

Hemóstase: É o processo pelo qual se para o sangramento através de compressão.



- Faz-se colocando uma compressa limpa e exercendo ligeira compressão;
- Deve ser feita no mínimo 10 minutos;
- Feita a hemóstase são colocados os pensos como proteção e só devem ser retirados passadas 6 horas;

Factores que facilitam a hemóstase:

- Não usar roupa apertada;
- Mudar local das punções;
- Posição do bisel e ângulo de inserção da agulha;
- Direção da punção (retrógrada ou anterógrada);
- Pressionar o local de punção 10 minutos **sem interrupção**;

O que dificulta a hemóstase:

- Utilização de heparina durante o tratamento ou outra em casa;
- Remoção incorreta das agulhas;
- Estenose da fistula;
- Tensão arterial elevada;
- Alívio precoce da pressão;



No final do tratamento antes de sair da sala de diálise:

O enfermeiro/a verificará a sua pressão arterial mais uma vez;
Não tenha pressa em levantar-se; a sua circulação cerebral e equilíbrio poderão estar diminuídos;
Antes de sair o Enfermeiro pesa-o e avalia o seu estado **podendo sair da sala logo que esteja bem;**
Lave as mãos antes de sair da sala;
Espere pelo transporte que o vai levar até casa;
Retire o penso cerca de 8h após terminar o tratamento.
Lave todo o membro com água e sabão.

Complicações no trajeto ou em casa:

No caso de ter sangrado ligeiramente deve substituir o penso logo que possível.

Se o sangramento se mantiver deve:

- tirar o penso e comprimir com a ajuda de compressa ou tecido limpo, com um dedo, o local;
- Não deve ter roupa a apertar acima do local;
- Não deve usar garrotamento, ligaduras ou toalhas;
- O membro deve ser mantido o mais levantado possível;
- Se não conseguir resolver, deve contactar a Clínica ou dirigir-se ao Serviço de Urgência mais próximo.

Contacto da sua Clínica:

Mirandela: 278 249 004
Vila Real: 259 309 020
Mogadouro: 279 341 380



Elaborado por:
Enf. Teresa Meirém, sob orientação do Enf.
Francisco Travençolo.



[Escrever o nome da empresa] | [Escrever o endereço da empresa]