

**CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES DO
DOENTE CRÍTICO**


Lúcia Filomena Macedo Amorim

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

fevereiro de 2022

Amorim, M.F.L. Conhecimento e perceção dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos em unidades do doente crítico. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança,2021.



Caro(a) Lúcia Filomena Macedo Amorim,

Agradecemos o interesse pela Revista de Enfermagem Referência.

O seu artigo foi submetido com êxito.

Código do artigo: —

Título: Conhecimento e perceção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos em unidades doente crítico

Tipo: Artigo de Investigação Empírica

Ciclo de um Artigo: da Submissão à Divulgação

0 Dias	7 Dias	7 Dias	15 Dias	7 Dias	7 Dias	6 Dias	7 Dias	7 Dias	8 Dias	12 Dias	3 Dias	7 Dias	3 Dias	30 Dias
Fase de Pré-Análise (incluindo estatístico, se aplicável)	Fase de Checklist	Editor	Fase de Revisão por Pares	Editor	Fase de Gestão de Artigo	Editor	Fase de Tratamento Técnico e Documental	Fase de Revisão Final	Editor	Fase de Tradução	Editor	Fase de Maquetização e Atribuição de DOI	Editor	Fase de Divulgação Impressa e Digital (Base de Dados)
		↕		↕		↕		↕		↕		↕		
		Autor		Autor		Autor		Autor		Autor		Autor		Autor

“A persistência é o melhor caminho do êxito!”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Matilde Martins, minha orientadora na realização deste trabalho, um profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, pela passagem de conhecimentos e apoio constante, assim como pelas suas orientações.

Aos Senhores Enfermeiros Chefes dos vários Serviços de Urgência, à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em particular onde este estudo foi realizado, à colaboração e apoio de todos, quer na distribuição, preenchimento e recolha do questionário, junto dos colaboradores desta instituição.

Aos profissionais de saúde que prontamente colaboraram neste estudo, e sem os quais não seria possível assistir à sua realização, um muito obrigado.

Aos meus familiares, em particular aos meus pais e ao meu marido, pelo incentivo, pelo apoio incondicional, força, coragem e paciência demonstrada durante o tempo de preparação e execução deste trabalho.

A todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho, agradeço com amizade.

A todos o meu,
Muito Obrigado!

RESUMO

Enquadramento: A necessidade de realizar uma higienização das mãos de forma correta e eficaz por forma a diminuir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e a melhorar a prestação de cuidados de excelência, representam um assunto incontestavelmente atual.

Objetivo Geral: Analisar o conhecimento e a perceção dos profissionais de saúde de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal a exercer funções em Serviços de Urgência e Unidade Cuidados Intensivos Polivalente sobre a higienização das mãos.

Métodos: Estudo transversal analítico realizado numa população de 183 profissionais de saúde. Definiram-se como critérios de inclusão: disponibilidade dos profissionais a participarem neste estudo, exercer funções nos serviços de urgência e na unidade de cuidados intensivos polivalente, ser médico/enfermeiro/técnico de diagnóstico e terapêutica, a prestar cuidados à data num Centro Hospitalar do Norte de Portugal e responderem à totalidade do questionário. Após a aplicação dos critérios de inclusão obtivemos uma amostra de 88 profissionais. O período da recolha dos dados foi efetuado entre abril a julho de 2020. Como Instrumento de recolha de dados foi utilizado o questionário adaptado da Organização Mundial de Saúde, intitulado “Perceção e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos e suas implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”. O estudo obteve parecer favorável da comissão de ética (n.º 52/2019), tendo sido os dados tratados e introduzidos com recurso ao SPSS versão 20.

Resultados: Dos 88 participantes do estudo, 70,45% (62) eram do sexo feminino, 55,68% (49) casados, a idade média foi de 35,77 ±6.74, enfermeiros 48,86% (43), trabalham há mais de 10 anos, 38,64% (34) e exercem a sua profissão no serviço de urgência 80,68% (71). Os médicos apresentaram um score de conhecimento superior (18.72%). Verificamos diferenças, estatisticamente significativas, entre o conhecimento com o sexo ($p=0.041$, $u=587.5$), o tempo de serviço ($p=0.048$), e o serviço ($p<0.001$). Os profissionais que trabalham na unidade de cuidados intensivos polivalente apresentam uma média de conhecimento maior que os do serviço de urgência (22.8/16.4). Verificamos que as mulheres possuem mais conhecimento que os homens. O conhecimento aumenta desde o momento de admissão até 5 anos de tempo de serviço e depois é gradual nos dois serviços.

Relativamente à percepção observamos diferenças, estatisticamente significativas, com a profissão, os médicos da unidade de cuidados intensivos polivalente apresentam uma média de percepção do conhecimento maior, enquanto que os enfermeiros mantêm a média idêntica nos dois serviços. Observamos uma correlação positiva entre o conhecimento e a percepção do conhecimento.

Conclusão: Os profissionais de saúde que trabalham na unidade de cuidados intensivos polivalente e as mulheres têm um conhecimento maior. O conhecimento aumenta de forma gradual desde o momento que começa a trabalhar até aos 5 anos de serviço e depois começa a ser linear para os dois serviços.

Sugerimos mais formação a todos os profissionais de saúde, mas com mais ênfase aos profissionais do serviço de urgência e que a formação seja ao longo do tempo de serviço. A realização de outros estudos com amostras maiores, longitudinais para a população em geral.

Palavras-chave: Conhecimentos, pessoal da saúde, higiene das mãos;

ABSTRACT

Background: The need to perform hand hygiene correctly and effectively to reduce infections associated with health care and provide excellent care represents an undeniably topical issue.

Aim: Analyze the knowledge of health professionals in a Hospital Center in the North of Portugal performing functions in Emergency Services and Multipurpose Intensive Care Unit on hand hygiene.

Methods: Cross-sectional analytical study of quantitative methodology. Population of 183 health professionals, to obtain the sample, we defined the inclusion criteria and obtained a sample of 88 health professionals working in a Hospital Center in the North of Portugal in the Emergency Services and Multipurpose Intensive Care Unit, using the questionnaire adapted from World Health Organization, entitled “Perception and Knowledge of health professionals about hand hygiene and its implications for Infection Associated with Health Care”. The study obtained a favorable opinion from the ethics committee (no. 59/2019). The data collection period was from April to June 2020. The data were processed and introduced using the Statistical Package for the Social Sciences version 20.

Results: Of the 88 health professionals, 70.45% (62) were female, 55.68% (49) were married, the average age was 35.77 ± 6.74 , nurses 48.86% (43), worked for more than 10 years 38.64% (34) and exercise their profession in the emergency service 80.68% (71). We found statistically significant differences between knowledge about gender ($p=0.041$, $u=587.5$), length of service ($p=0.048$), and service ($p < 0.001$). Physicians had a higher knowledge score (18.72%). Professionals who work in the polyvalent intensive care unit have a higher knowledge average than those in the emergency department (22.8/16.4). We found that women have more knowledge than men and professionals in the polyvalent intensive care unit have greater knowledge than those in the emergency department. Knowledge increases from the moment of admission to 5 years of service and then it is gradual in both services.

Regarding perception, we observed statistically significant differences with the profession, the polyvalent intensive physicians had a higher average of knowledge perception, while nurses maintain the same average in the two services.

Conclusion: Health professionals working in the multipurpose intensive care unit have greater knowledge than professionals working in the emergency room. Knowledge increases gradually from the moment you start working up to 5 years of service and then it starts to be linear for both services.

We suggest more training for all health professionals, but with more emphasis on professionals working in the emergency room and that the training should take place over the service period. Carrying out other studies with larger, longitudinal samples for the general population.

Keywords: Knowledge, health personnel and hand hygiene;

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS e ABERVIATURAS

CDC – Centers of Disease Control

CHNP - Centro Hospitalar Norte de Portugal

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC – European Centre for Disease Control and Prevention

HM – Higienização das mãos

IACS - Infecções associadas aos cuidados da saúde

IN – Infecção Nosocomial

INE – Instituto Nacional Estatística

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PS – Profissionais de Saúde

SABA- Solução Antissética de Base Alcoólica

SCIELO - Base de dados Scientific Electronic Library Online

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

WHO – World Health Organization

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o – Enfermeiro

ex: - Exemplo

n^o - Número

Sr. – Senhor

Srs. - Senhores

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Resenha Histórica da Higienização das Mãos.....	4
2. A Higienização das mãos	7
Capítulo II – ESTUDO EMPÍRICO	17
1. METODOLOGIA	18
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	25
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	42
4. CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	62
Anexo I - Questionário	63
Anexo II - Consentimento Informado	69
Anexo III - Autorização do Conselho de Administração e Parecer da Comissão de ética	71

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos: “Cinco Momentos”..... 9

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos nas situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados de saúde 31

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos acerca dos cinco Momentos da HM..... 32

Gráfico 3: Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos da técnica anti-séptica 33

Gráfico 4: Interação entre o Sexo * Estado civil com score da percepção do conhecimento 39

Gráfico 5: Correlação do conhecimento com a percepção do conhecimento..... 41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo, estado civil e idade 25

Tabela 2: Distribuição da amostra por Profissão / Tempo de Serviço (anos)/ Serviço.. 25

Tabela 3: Distribuição dos participantes que receberam formação sobre a HM, disponibilidade da SABA na instituição e na unidade do doente e se os dispositivos são fáceis de utilizar..... 26

Tabela 4: Distribuição dos participantes sobre o Impacto da eficácia da HM na prevenção das IACS, as IACS no prognóstico do doente e o grau de prioridade dado à HM pelo órgão de gestão na Unidade de Saúde 27

Tabela 5: Distribuição dos participantes acerca do nível de eficácia das seguintes ações para aumentar a adesão da HM no hospital..... 28

Tabela 6:Distribuição dos participantes pela importância que o chefe, os colegas e os doentes atribuem ao correto desempenho da HM 29

Tabela 7:Distribuição dos participantes sobre a avaliação do esforço que despense para a HM adequada quando cuida de doentes, à quanto tempo utilizam SABA, se é difícil a sua utilização e o motivo de difícil utilização SABA..... 29

Tabela 8: Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos da via de transmissão, fonte de microorganismos mais frequente pelas IACS e o tempo mínimo SABA..... 31

Tabela 9: Distribuição média dos conhecimentos por classe profissional	33
Tabela 10: Associação das variáveis pessoais com o conhecimento da prática de HM	34
Tabela 11: Associação das variáveis profissionais com o conhecimento sobre as práticas de HM.....	36
Tabela 12: Associação entre os conhecimentos globais com cada uma das variáveis sociodemográficas e profissionais	37
Tabela 13: Relação entre a percepção dos conhecimentos e as variáveis sociodemográficas	38
Tabela 14: Percepção dos conhecimentos e efeito de Interação Sexo * Estado Civil.....	39
Tabela 15: Relação entre a Percepção do conhecimento com a caracterização profissional	40
Tabela 16: Relação da Percepção dos conhecimentos com a Profissão e Serviço	40

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema bastante atual e real em contexto de prestação de cuidados. Representam, em co-morbilidades, um impacto enorme a longo prazo, quer na resistência antimicrobiana pelos microrganismos, quer na admissão hospitalar, além, das repercussões económicas que causam, à família/doente assim como à instituição hospitalar. Provocam um desgaste a todos os níveis bio-psico- social e emocional (Graveto, J. M. G. do N., Rebola, R. I. F., Fernandes, E. A., Costa, P. J. dos S., 2018). Pelo que, as IACS repercutem-se em elevadas taxas de mortalidade e morbidade, provocando no doente um impacto negativo e aumentam a necessidade de recursos humanos e materiais, traduzindo-se desta forma em gastos económicos elevados (Silva, R., & Kozusny-Andreani, 2020).

A prática mais simples, económica e eficaz na prevenção das IACS continua a ser a higienização das mãos (HM), visto que no primeiro momento há a possibilidade de quebrar a transmissão de agentes extrínsecos para o doente (Lourenço, 2020).

A lavagem das mãos com água e sabão, uma técnica simples, com objetivo de reduzir os microrganismos presentes na nossa pele e interromper a transmissão da doença, enquanto que os produtos antissépticos são importantes na prevenção de IACS porque reduzem o risco de transmissão, reduzindo a microbiótica com a HM frequente (Salvi et al., 2020). O modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com diretrizes bem definidas, cria a Estratégia Multimodal para a melhoria da HM, onde preconiza a lavagem das mãos em cinco momentos: antes do contacto com o doente, antes da realização de procedimento asséptico/limpo, após risco de exposição a fluídos corporais, após o contacto com o doente e por último após o contacto com o ambiente do doente (Kozerski, 2017). A taxa de adesão dos profissionais de saúde à HM em 2016 foi de 73% (DGS 2017). A Direção Geral de Saúde (DGS) salienta que a taxa de adesão global é de 75.2 % em 2018 pelo que os profissionais de saúde estão cientes e têm conhecimento sobre a importância da HM, mas muitos não a executam (menor de 50 %) devido a sobrecargas no serviço, falta de instalações adequadas, falta de material, entre outros (Lourenço, 2020).

Torna-se importante delinear estratégias que permitam a redução de complicações resultantes das más práticas no tempo médio de internamento, no aumento significativo

da mortalidade e morbidade, bem como no aumento dos custos associados (Almeida et al., 2016).

Sendo assim, e face a esta evidência, o objetivo geral deste estudo é analisar o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde sobre a HM no serviço de urgência (SU) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal (CHNP).

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar sociodemograficamente e profissionalmente os participantes do estudo;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a HM;
- Identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a HM;
- Analisar a relação entre o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a HM com as variáveis sociodemográficas e profissionais;
- Analisar a relação entre a percepção do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a HM com as variáveis sociodemográficas e as variáveis profissionais;
- Analisar a relação entre a percepção do conhecimento dos profissionais de saúde e o conhecimento que possuem sobre a HM;

Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Resenha Histórica da Higienização das Mãos

A importância da HM surgiu em 1818-1865, no século XIX, pelo médico Ignaz Phillip Semmelweiss que trabalhava no Hospital Geral de Viena, na Áustria em obstetrícia e comparou o índice de mortalidade entre os partos realizados pelos médicos e o índice de mortalidade nos partos realizados pelas parteiras (Mendonça, 2019). Ignaz Phillip Semmelweiss, verificou que a mortalidade era três vezes superior na clínica obstétrica em que era médico, do que na clínica onde as parteiras realizavam os partos, a partir daqui procurou as causas que justificassem a diferença nas taxas de mortalidade e verificou que na clínica, os médicos, realizavam autopsias e as partículas dos cadáveres eram transmitidas às parturientes através das mãos dos médicos. Então propôs que todos os profissionais lavassem as mãos, com o hipoclorito de cálcio, antes de qualquer procedimento, ou seja, defendia a importância da HM na prevenção das infecções reduzindo assim a taxa de mortalidade (Silva, M. R. da, Mattos, A. de M., & Minikoski, D., 2020).

Para controlar a febre puerperal recorreram à limpeza dos instrumentos utilizados e HM dos médicos com cloreto com o objetivo de eliminar todas as partículas cadavéricas existentes. Recomendou que antes de entrar na enfermaria os médicos lavassem as mãos e escovassem as unhas com uma solução hipoclorito colocada perto da porta da entrada e secassem as mãos com toalhas limpas. Recomendou este mesmo procedimento antes e após qualquer exame obstétrico. Com estas medidas verificou uma descida da taxa de mortalidade (Neufeld, 2020). A sua teoria foi incompreendida na altura, só mais tarde após a sua morte na segunda metade do século XIX, veio a ser comprovada através de estudos de Louis Pasteur (1822 – 1895), Robert Koch (1843-1910) e Joseph Lister (1827-1912), bacteriologistas. Em 1880 Jacques Amédée Doléris demonstrou que a etiologia da febre puerperal eram as bactérias do género *Streptococcus* e chegaram a conclusão que lavar as mãos era a medida mais importante no controlo das infeções tal como proposto pelo Semmelweis (Neufeld, 2020).

Destaca-se, como percussora de Enfermagem, Florence Nightingale (1820 – 1910) durante a guerra da Crimeia preocupou-se com o meio em que eram prestados os cuidados e elaborou procedimentos de cuidados de enfermagem dando importância à higiene e limpeza dos hospitais, introduziu técnicas antissépticas aos profissionais de saúde com o

objetivo de diminuir o risco de infeções (Pessoa, 2018). Uma das maiores falhas a nível da prestação de cuidados era a má HM, em que Florence Nightingale, destacou-a como uma medida crucial na prestação dos cuidados(Santos et al., 2020). Destaca ainda a importância da higienização e arejamento do espaço, limpeza, luminosidade e que os cuidados prestados ao doente sejam de acordo com as suas necessidades e sentimentos de forma a proporcionar-lhe o máximo conforto para a sua total recuperação (Oliveira, K. K. D. de, Freitas, R. J. M. de, Araújo, J. L. de, Gomes, J. G. N., Oliveira, K. K. D. de, Freitas, R. J. M. de, Araújo, J. L. de, & Gomes, J. G. N., 2021). A Teoria Ambientalista, de Florence Nightingale, defende que um ambiente limpo se reflete posteriormente num menor número de infeções, dando bastante importância a fatores ambientais como a iluminação natural, ventilação, odor, ruído, sistema de saneamento, ventilação através do arejamento do ambiente com objetivo de promover um equilíbrio bio-profissionais e emocional do doente para a sua plena recuperação (Marques, 2018).

Em 1883, com a descoberta do microscópio por Anton Van Leeuwenhoek foi possível clarificar o perfil bacteriológico e as vias de transmissão dos microrganismos, desmistificando-se que a matéria putrefata levava a produção de agentes infecciosos, em que a microbiologia, prevenção e controlo de infeção estão todas relacionadas (Fontana, 2006).

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) na década de 1960, recomendou a vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais por rotina em todos os hospitais (Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B., 2010).

Em 2005 a OMS através da World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) estabeleceu um desafio relacionado com a segurança do doente e as melhorias dos cuidados de saúde mundialmente. Através da campanha “Clean Care is Safer Care” com intuito de promover a nível mundial adesão à HM para diminuir as IACS envolveu países desenvolvidos e subdesenvolvidos, tudo muito bem definido, enquadramento, conceitos, produtos e os requisitos, necessários para a implementação da campanha (OPSS, 2018).

A 8 de Outubro de 2008, Portugal aderiu a estratégia multimodal que engloba 5 componentes que são: a mudança do sistema, infraestruturas adequadas para a realização da HM; Educação e Formação, formação a curto/médio/longo prazo para a equipa; Observação e informação de retorno, monitorização das práticas e das infraestruturas, a

equipa é informada sobre o seu desempenho; Cartazes/lembretes no locais de trabalho; Cultura institucional de Segurança, participação da organização e dos profissionais de forma ativa, com o intuito de mudança e melhoria na prestação de cuidados com os doentes (DGS, 2010).

Posteriormente, a esta campanha de 8 de outubro de 2008, em 2009 foram realizados os períodos de observação e o de seguimento com intuito de verificar a taxa de adesão dos profissionais à HM, no ano seguinte, ou seja, em 2010, realizava-se, apenas, uma observação anual (Estevão, 2015).

A OMS em 2011, transmitiu que 7% de doentes irão adquirir uma IACS, cerca de 10% em países em desenvolvimento e 7% nos países desenvolvidos, mas anualmente cerca de 4 milhões sejam afetados e 4.5 milhões de IACS refletindo em 16 milhões de internamentos e 37 mil mortes. Já nos Estados Unidos da América cerca de 1.7 milhões serão afetados pelas IACS (WHO, 2016).

De acordo com um estudo realizado pela ECDC em 2012 mencionou que 5.7% dos doentes com pelo menos uma IACS e nos hospitais europeus de 2011 a 2012 cerca 3.2 milhões (Zarb et al, 2012).

Continuando ainda o estudo anterior, estimaram que no ano seguinte, em 2013, cerca de 4 milhões de doentes irão desenvolver IACS e que 20-30% de infeções hospitalares podem ser evitáveis através de programas de controlo (ECDC, 2017).

Em 2013, surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) pelo Despacho n.º 2902/2013 que resulta da junção do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional da Resistência Antimicrobiana com vista de dar resposta às necessidades do controlo de infeção e da resistência antimicrobiana (DGS, 2018).

O PPCIRA tem como objetivo promover as boas práticas de prevenção e controlo de infeção, através da elaboração de auditorias internas, vigilância epidemiológica, formações, monitorização das práticas dos profissionais de saúde com intuito de reduzir a transmissão de microorganismos e consequentemente a diminuição das IACS levando a uma diminuição de consumo de antibióticos (DGS, 2018).

Defende ainda a prevenção da infeção através das estruturas físicas das unidades de saúde, práticas corretas de acordo com os protocolos definidos e estabelecidos pelo serviço/

instituição de saúde, vigilância contínua da prestação de cuidados e das infeções desenvolvidas e por fim uso cauteloso e racionado de antibióticos (DGS, 2018).

Entre 2013 - 2017, segundo o relatório anual de 2018, efetivamente houve uma diminuição da prevalência de IACS nos hospitais em 2012 de 10.5% para 7.8% (DGS, 2018).

Apesar de todas as alterações e algumas mudanças a realidade é que as IACS continuam a ser responsáveis pelo prolongamento dos internamentos, pelas limitações capacitantes a longo prazo, pelo aumento dos custos ao sistema de saúde quer recursos humanos e materiais levando a um aumento da resistência de microrganismos à antibioterapia traduzindo -se em elevados custos para doente /família e também mortes que poderiam ser evitadas (WHO, 2016). Ainda existe um caminho longo a percorrer quando comparamos Portugal com a média Europeia, essa diferença atinge os 6.1% (DGS, 2018).

Pelo que se tem desenvolvido em Portugal até a atualidade várias ações de formação sobre as boas práticas de HM e a sua importância na prestação de cuidados de saúde, dando destaque ao dia 5 de maio como o Dia Mundial da Higiene das Mãos e divulga uma campanha “Safe Hands” (Estevão, 2015).

Propõe o modelo "5 Momentos chaves para a HM" e a "Estratégia Multimodal para melhoria da higienização das mãos" em que os 5 momentos de HM são: antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após exposição a fluídos orgânicos, após contacto com o doente e por fim após o contacto com o ambiente do doente. A estratégia multimodal compreende a mudança no sistema, formação/ educação a toda a equipa a curto, médio e longo prazo, observação das práticas e informação de retorno, lembretes no local do trabalho visíveis e a cultura institucional de segurança (Estevão, 2015).

2. A Higienização das mãos

As IACS ocorrem num doente aquando a prestação de cuidados num hospital ou numa instituição e que não existia nem estava incubado aquando a sua admissão. Inclui também as Infeções adquiridas no hospital, e que tiveram manifestações após a sua alta (Campanha Nacional de Higiene das Mãos, 2009; Pina et al., 2010). Contudo, uma

definição das IACS também é quando um diagnóstico se relaciona com a presença de um agente infeccioso, desde que no momento da admissão na unidade hospitalar não tenha sido diagnosticado ou então 48h após a admissão hospitalar seja diagnosticado (Silva & Oliveira, 2017).

Segundo dados da OMS, CDC e o ECDC, a nível mundial, as IACS são consideradas as infecções mais frequentes, pelo menos 10 % dos doentes internados adquirem uma infecção durante o seu internamento contribuindo para o aumento da morbidade e mortalidade e gastos económicos elevados (OPSS, 2018).

Verifica-se que os profissionais de saúde têm consciência da importância da HM de forma correta e eficaz na prevenção das IACS, assim como o impacto que desencadeiam no doente, no seu prognóstico e os elevados custos que acarretam, mas de acordo com as diretrizes a HM ainda é um pouco baixa (Diana, 2018). Em 2010, a DGS implementou uma circular normativa tendo sido atualizada em 2019, com objetivo de prevenção e controlo das IACS, através da HM de forma correta e eficaz aquando a prestação de cuidados. Na norma mais atual, 2019, refere que através de medidas simples como a lavagem das mãos corretamente pelos profissionais de saúde cerca de 30% das IACS, são preveníveis, por conseguinte, uma medida importante no impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos levando a uma diminuição da morbidade e mortalidade dos doentes (DGS, 2019).

A atualização de conhecimentos sobre a HM e a sua monitorização são importantes na redução das IACS (Graveto et al., 2018). As mãos são o principal meio de transmissão de microrganismos, são veículo de transmissão das IACS, pelo que a lavagem das mãos é o método mais eficaz quando realizada de forma correta reduz consideravelmente as IACS (Tarso et al., 2017) e também diminui as taxas de mortalidade e morbidade das IACS, logo reduz as despesas do Sistema de Saúde (Graveto et al., 2018). Como fatores influenciadores na incidência das IACS os profissionais de saúde destacaram neste estudo a sobrecarga de trabalho (80%), complexidade dos cuidados prestados (50%) e a formação profissional (Graveto et al., 2018).

A HM é uma medida crucial na prevenção das IACS, medida simples, pouco dispendiosa e fácil de executar. Tal prática deve fazer parte do dia a dia dos profissionais de saúde realizada de forma consciente, responsável e com frequência de forma a ser eficaz e eficiente (Tarso et al., 2017).

Portanto, deve ser adotado o Modelo preconizado pela OMS e o CDC que destaca 5 momentos cruciais que são:

1. Antes do contato com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluídos orgânicos;
4. Após contacto com o doente
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente

OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Figura 1- Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos: “Cinco Momentos”

Fonte: DGS (2019)

Num estudo, realizado em enfermeiros, verificou-se que realizavam a HM menos vezes quando utilizavam o processo do doente, o computador (M=2.81) enquanto que nas seguintes situações executavam mais vezes a HM, como se verifica: após a exposição a fluídos (M=4.91) e entre doentes (M=4.68), antes de procedimentos invasivos (M=4.63), antes de procedimentos limpos/assépticos (M=4.53), após contacto com o doente (M=4.42), antes da preparação da medicação (M=4.11) e após a sua preparação (M=4.01) (Cabrita, 2017).

Num, outro estudo, realizado recentemente, verificou-se que os profissionais de saúde demonstram uma maior adesão na HM antes e após o contacto com o doente, contudo

uma menor adesão dos profissionais de saúde, na HM, após os riscos de exposição e fluídos corporais (Pereira, 2020).

A maioria dos profissionais de saúde referem a importância da HM antes na realização de procedimentos assépticos (90%) e após contacto com o doente (90%), após a exposição a fluídos (86%) e antes do contacto com o doente (76%), enquanto que 44% refere após contacto com áreas do meio ambiente do doente (Santos, 2017). Também, Oliveira et al. (2019) demonstrou que 94.7% dos profissionais de saúde reconhecem as mãos como principal meio de transmissão de microrganismos, mas 36% não realizam a HM de acordo com a norma, antes e após o contacto com o doente.

A Norma nº 007/2019, da DGS, destaca ainda outras indicações para a HM, *“quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com outros fluídos orgânicos, antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos, antes da manipulação e/ou preparação de alimentos, antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a HM, imediatamente após remoção de luvas estéreis ou de luvas não estéreis, preparação pré-cirúrgica das mãos e após utilização das instalações sanitárias”* (DGS, 2019 p. 2).

Torna-se importante a HM por fricção com SABA quando as mãos estão visivelmente limpas, mas nunca esquecendo os espaços interdigitais, palma da mão, dedo polegar e punho, respeitando todas as normas da DGS (DGS, 2019).

Após a lavagem das mãos é importante secar com um papel (Soares et al., 2017). Recomendam também dobrar as mangas do uniforme para cima. Os anéis, alianças, relógios, pulseiras não devem ser utilizados pelos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados (DGS, 2019), mas uma grande proporção continua a utilizar (Soares et al., 2017).

Relativamente às unhas naturais, estas devem estar limpas, curtas e sem qualquer tipo de verniz, extensões ou outros produtos, a presença de feridas, abrasões e lesões na pele estas devem ser fechadas com penso oclusivo e impermeável, assim como hidratar a pele com creme dermoprotetor (DGS, 2019; Miranda, 2020)

Com base na Norma nº 007/2019, recomendam que os profissionais de saúde devem:

- Realizar a HM no local e momento da prestação de cuidados de saúde;

- Utilizar adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão);
- Cumprir a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento;
- Colaborar com o responsável pelo controlo de infeção na avaliação da adesão à prática da HM e noutras atividades relacionadas com esta prática;

A DGS (2019), definiu 3 métodos, de acordo com os procedimentos a efetuar que são:

- Lavagem - consiste na HM com água e sabão nas situações em que as mãos estejam visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. Demora cerca de 60 segundos.
- Fricção Antisséptica - consiste na colocação de um SABA, não precisa de secar com toalhetes nem água. Recomenda-se primeiro que as mãos estejam isentas de sujidade/matéria orgânica na maior parte dos procedimentos limpos/assépticos como antes da prestação de cuidados ao doente. Demora 15-30 segundos.
- Preparação pré-cirúrgica das mãos - tem como objetivo diminuir a flora residente e eliminar a transitória, é utilizada esta técnica em equipa cirúrgica no bloco operatório. Demora 2-3 minutos.

A utilização do álcool gel é reconhecida pelos profissionais de saúde após o contato com superfícies da unidade do doente, antes do exame clínico, após a manipulação da pele íntegra e antes da utilização de luvas (DGS, 2019; Soares et al., 2017).

Relativamente aos conhecimentos que os profissionais de saúde têm sobre a utilização do álcool, o autor do estudo, verificou que os profissionais de saúde reconhecem os momentos adequados para a HM com SABA, menos nos procedimentos invasivos e entre 2 zonas corporais do doente, mas 90 % destes profissionais de saúde realizam os momentos da HM corretamente, assim como a maioria não utiliza adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios) durante a prestação de cuidados (Soares et al., 2017).

Refere ainda, que os profissionais de saúde consideram o seu esforço para a HM corretamente como elevado (48%), muito elevado (15%) e (4%) considera o seu esforço baixo (Soares et al., 2017).

A formação é crucial na aquisição de novos conhecimentos, os profissionais de saúde reconhecem a importância da correta HM na prevenção das IACS e demonstram ter esse conhecimento, mas não se verificou o mesmo aquando da prestação dos cuidados no seu dia a dia perante o doente (Oliveira et al., 2019).

Torna-se importante realçar que a segurança e qualidade dos cuidados prestados, passa pela consciencialização e empenhamento de todos os profissionais de saúde inerentes à importância da HM, pelo que as instituições de saúde devem implementar programas promocionais das boas práticas de HM, com o objetivo de aumentar a adesão e o conhecimento dos profissionais de saúde (Cabrita, 2017).

A formação, como pilar, em que destaque os benefícios desta prática e enfatize os fatores que podem influenciar significativamente o comportamento. O excesso de trabalho e o número reduzido de dispensadores de álcool gel são referidos como obstáculos na HM pelos profissionais de saúde (Cabrita, 2017) e as lesões na pele, as irritações causam feridas levando os profissionais a descurar a HM de forma correta e eficaz (Santos et al., 2020).

Salienta-se ainda a falta de instalações adequadas para HM, número reduzido de lavatórios, falta de recursos, falta de tempo, falta de equipamento, qualidade do sabão, esquecimento, lesões na pele e a sobrecarga de trabalho são apontadas como razão para a má prática de HM (Graveto et al., 2017) e (WHO 2016).

De acordo com um estudo realizado, em 2020, 50% dos profissionais de saúde efetuam a HM, mas os outros (50%), referem que não a realizam por alguns obstáculos/dificuldades como a falta de tempo, produtos em falta como sabão e papel toalha para secar as mãos e ainda o suporte do álcool ser insuficiente (Santos et al., 2020). Também o estudo de Santos, (2017), identificou que 34% dos profissionais referem a falta de lavatórios suficientes e 18% a falta de toalhetes disponíveis para secar as mãos (Santos,2017).

Relativamente à utilização da SABA, verificou-se que 42% dos profissionais de saúde não utilizam por falta de tempo, 36% evitam a sua utilização por lesões cutâneas, 30% não utiliza por falta no local do serviço e 8% esquecem-se (Santos, 2017).

No estudo de Soares, (2017) os profissionais de saúde referem como obstáculos à HM o excesso de trabalho e o número reduzido de dispensadores SABA (Soares, N. R. M., Souza, D. J. de, Ferreira, M. B. G., Senne, E. C. V. de, Paiva, L., & Contim, D., 2017).

Os profissionais de saúde reconhecem a HM como uma medida importante na prevenção das IACS, mas sentem dificuldades e referem que a formação que possuem é pouca para cumprimento desta prática e que necessitam de mais formação/treino (Cabrita, 2017). Num estudo realizado em 2018, todos os profissionais de saúde referem que a sua instituição tem disponível a SABA para a HM, 85 % referem não ter dificuldades em utilizar, embora 15% demonstram essa dificuldade. Um dos motivos que referem, a não utilização da SABA deve-se à falta de tempo 25% respondeu frequentemente, quanto à pele lesada, 25% da amostra respondeu sempre e 50% frequentemente deve -se às lesões na pele, ou seja, a maior dificuldade para a não adesão à utilização SABA neste estudo (Nunes et al, 2018).

Os adornos também dificultam a correta HM e verificou-se 48% utilizam diariamente o anel, 6% pulseiras, 4% relógio e 2% vestuário com mangas compridas e não a farda, enquanto 8.2% referiu utilizar gel/ gelinho na unha e 6.1% verniz (Santos, 2017).

É evidente, que existem alguns obstáculos na HM e para melhorar a prática de HM, foi elaborada uma Estratégia Multimodal, que é constituída por cinco elementos, a mudança no sistema, a formação e treino, a observação e informação de retorno, os lembretes em locais estratégicos e o clima institucional seguro, de acordo com Norma nº 007/2019. A implementação de estratégias tem como objetivo melhorar os défices nos momentos da HM e a sua correta realização (Fernandes et al.,2019).

Contudo, a nível de materiais, também, se verifica a necessidade de aumentar a quantidade de dispensadores de álcool e realizar formações sobre a sua utilização em parceria com a comissão de controlo de infeção da instituição, com o intuito de esclarecer dúvidas e melhorar os conhecimentos (Soares et al., 2017).

Defendem, também, ações de formação que devem ser realizadas para realçar a importância da HM. (Graveto et al., 2018).

Os processos formativos, a formação em serviço sobre a temática promove um aumento significativo na melhoria e correção de alguns erros e dúvidas, daí que esse aumento significativo no processo de formação seja mais evidente nos enfermeiros do que nos outros profissionais. Pelo que a formação e a sua monitorização são uma mais valia na adesão e nas atitudes dos profissionais de saúde (Graveto et al., 2018), assim como num estudo realizado, demonstrou que a formação contínua, adequação de recursos materiais, infra-estruturas e reconstrução de práticas quer pelos gestores quer pelos supervisores são cruciais na adesão à HM pelos profissionais de saúde (Santos, 2017).

Segundo um estudo realizado destacam a importância da elaboração de protocolos de acordo com as recomendações preconizadas com intuito de aumentar a qualidade na prestação de cuidados de excelência e garantindo a segurança para o doente e maior eficácia na prevenção das IACS reduzindo o seu impacto nos serviços (Oliveira et al., 2019).

Acrescentam que deve ser avaliada a prática de HM e que apesar do conhecimento teórico ser satisfatório, a HM no início o seu desempenho foi baixo, ou seja, existiam diferenças entre o “saber saber” e o “saber fazer” demonstrando assim a necessidade de implementar formações na instituição promovendo a adesão dos profissionais de saúde a esta prática (Lima, 2018).

A formação dos profissionais de saúde de acordo com a Norma nº 007/2019 da DGS, deve:

- Focar especificamente os fatores que podem influenciar significativamente o comportamento e não apenas o tipo de produtos para a HM;
- Ter em consideração o tipo de atividades praticadas que podem contaminar as mãos, os doentes e ou o ambiente;
- Demonstrar de forma clara as vantagens e desvantagens dos vários métodos utilizados na HM.
- Com a finalidade de avaliar a eficácia da SABA, podem utilizar-se nas ações de formação métodos que exemplifiquem a eficácia inequívoca da SABA na redução dos microrganismos presentes nas mãos. Poderá colocar os 5 dedos das mãos em placas de Petri e em colaboração com o laboratório de microbiologia proceder ao exame cultural das mesmas e poderá, ainda, utilizar a luz ultravioleta para o demonstrar. Qualquer das técnicas é efetuada antes e depois da aplicação de SABA.
- As estratégias de motivação dos profissionais para a HM devem ser multi-modulares e multi-facetadas e incluir formação e suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas.

- A formação em serviço deve, ainda, incluir informação sobre os cuidados a ter com as mãos de forma a reduzir o risco de dermatites de contacto ou outros tipos de lesões da pele.

Num estudo realizado aos profissionais de saúde, verificaram que 99% têm consciência da eficácia da HM em relação à prevenção das infeções hospitalares e conhecimentos (Santos et al., 2020). Referem como melhoria para as práticas de HM, aumentar a formação e o nº de dispensadores de álcool (Soares et al 2017).

A formação nos serviços e o seu reforço sobre a HM é importante e contínua sendo colocado cartazes, lembretes e outras formas de sensibilização, mas nos serviços que já têm estas formas de sensibilização são incentivados à sua renovação pelos mais atuais causando melhor impacto (Pina E., e Noriega E., 2014).

Num estudo realizado em 2013 aponta a necessidade de formação sobre a HM com o objetivo de melhorar as práticas de HM dos profissionais de saúde, e 72.4% participantes do estudo referem a importância de reforçar as formações sobre as práticas de HM (Silva, 2013).

Relativamente à perceção sobre as práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde, 90.75% estão conscientes do risco dos doentes adquirirem IACS e têm a perceção de que é um problema de grande importância. Em que devemos adotar práticas seguras e corretas como a HM e 90% dos profissionais consideram a medida eficaz levando à redução destas IACS. Neste estudo os profissionais de saúde, 94.7%, consideram a HM importante quando executada antes e após o contacto com o doente, mas 78% dos profissionais de saúde têm preferência pela água e sabão em deterimento da fricção com SABA (22%) (Oliveira, A. C. de, & Paula, A. O., 2017).

Ainda, neste estudo, verificaram que a perceção dos profissionais de saúde no cumprimento da HM, 57.6% afirmaram a utilização água e sabonete antes e após contacto com o doente e 39.3% a fricção com SABA antes do contato com o doente. A maioria considerou que a instituição dispõe de produtos e materiais necessários para a correta HM. Quanto ao incentivo para a prática de HM reconheceram como importante estímulo por parte do chefe 57.3%, da instituição onde trabalha 81.3% e 32% dos colegas (Oliveira et al., 2017).

Relativamente à fixação de cartazes nos locais de prestação de cuidados, 53% consideram importante a sua fixação em locais estratégicos, assim como orientações verbais claras e simples e formações e treino regularmente (Oliveira et al., 2017).

Noutro estudo, os profissionais de saúde referiram que quanto maior a importância dada pelas chefias, colegas de trabalho e doentes, melhores seriam as práticas de HM pelos profissionais de saúde e que alguns fatores condicionantes das práticas de HM são o esquecimento (47.8%) e a falta de profissionais (44.9%) (Tinoco, 2014).

Capítulo II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Este capítulo tem como finalidade apresentar e explicar os fenómenos, responder a questões definidas anteriormente, os métodos utilizados e os recursos específicos de forma a obter resultados que permita ao investigador chegar às conclusões (Reis, 2018).

Tipo de estudo

De forma a concretizar a realização deste estudo, optou-se por um estudo transversal analítico. Em que os estudos transversais visam explicar os resultados através das estatísticas e os estudos analíticos dão respostas que justificam como os sujeitos possuem determinadas características (Pais Ribeiro, 2010).

População/ amostra

O Profissional de Saúde é definido como um profissional que possui uma habilitação adequada para o seu exercício/atividade profissional, sendo que em algumas profissões é necessário a inscrição na ordem, como por exemplo, na ordem dos médicos, ou dos enfermeiros. Aqui também se inclui os técnicos de diagnóstico e terapêutica como profissionais de saúde, regulamentada de acordo com decreto de Lei nº 320/99, 11 de Agosto, têm como objetivo a promoção da saúde, prevenção de diagnóstico, tratamento de doença ou reabilitação através da utilização de técnicas (Diretiva/ Profissionais de Saúde, 2016).

A população alvo deste estudo são 183 profissionais de saúde, dos serviços de SU 154 e UCIP 29 de um CHNP, dos quais 129 são enfermeiros, em que 108 prestam cuidados no SU e 21 na UCIP, enquanto que médicos temos um total 36 dos quais 28 correspondem ao SU e 8 à UCIP e por fim os técnicos de diagnóstico e terapêutica num total de 18 profissionais.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Os profissionais disponibilizarem-se a participar neste estudo;
- Trabalharem nos serviços SU e UCIP;
- Ser médico/enfermeiro/técnico de diagnóstico e terapêutica;
- Prestarem cuidados num Centro Hospitalar do Norte de Portugal no período da recolha dos dados de abril a julho de 2020;
- Responderem à totalidade do questionário.

Foram excluídos 12 profissionais por não terem respondido à totalidade do questionário e 83 não se disponibilizaram a participar no estudo.

Após a aplicação dos critérios de inclusão obtivemos uma amostra de 88 participantes, sendo 43 enfermeiros, 29 médicos e 16 técnicos de diagnóstico e terapêutica de um CHNP.

Período de Recolha de dados

O período de recolha de dados decorreu do mês de abril a julho de 2020

Instrumento de Recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário adaptado da OMS, intitulado na “Perceção e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos e suas implicações na Infeção Associada aos Cuidados de Saúde” que se encontra no anexo I.

O questionário é constituído por quatro partes, a primeira parte diz respeito às variáveis sociodemográficas constituída pelas variáveis sexo, idade e estado civil. A segunda parte incluiu as variáveis profissionais que contempla as variáveis profissão, tempo de serviço e serviço. A terceira parte refere -se à perceção relativamente às práticas HM constituída por 15 perguntas, pretende-se conhecer se os profissionais de saúde têm formação sobre a HM, se está disponível SABA, se existe dificuldade na utilização SABA, quanto tempo utiliza SABA e se os dispositivos são fáceis de utilizar.

Procura-se também identificar a perceção dos profissionais de saúde acerca da eficácia das várias ações para aumentar a adesão à HM e a importância que o chefe, colegas e doentes atribuem no seu desempenho na HM, assim como a opinião sobre o impacto da eficácia da HM na prevenção das IACS, e o impacto da IACS no prognóstico do doente. Salienta-se ainda a importância da formação e se esta ajuda a melhorar as práticas dos profissionais de saúde na HM e o esforço que os profissionais de saúde despendem para uma HM correta como o classifica, constituída por 13 perguntas fechadas.

Ainda nesta parte III constam 2 perguntas abertas, de percentagem com intervalo de 0% a 100% uma referente aos doentes internados que desenvolvem IACS e a outra consiste numa avaliação da sua adesão à HM.

Por fim a parte IV refere – se aos conhecimentos sobre as práticas de HM constituída por 6 perguntas fechadas. Procura-se avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde

sobre: a principal via de transmissão de microorganismos, a fonte mais frequente de microorganismos responsáveis pelas IACS, o tempo mínimo da SABA, as situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados, o método de HM mais adequado para algumas situações e questões sobre a técnica de HM com a solução alcoólica em que constam afirmações verdadeiras e falsa.

Procedimento recolha de dados

Após autorização da Comissão de Ética e do Presidente do Conselho de Administração, a investigadora entrou em contato com os Srs. Enf. Chefes e Srs. Diretores de cada serviço para explicar os objetivos do estudo e solicitar a sua colaboração na entrega e distribuição dos questionários aos profissionais de saúde. Na primeira semana de abril a investigadora reuniu-se com os Enfermeiros Chefes dos respetivos serviços e entregou um envelope individual e fechado com os questionários e consentimento informado para o preenchimento. No final do seu preenchimento os profissionais de saúde fecham novamente o envelope com o IRD e entregam a/ao Sr.(a) Enf.º(a) Chefe, o consentimento informado depois de assinado colocaram num local previamente definido.

Na primeira semana de julho de 2020 a investigadora passou nos respetivos serviços para recolha dos mesmos.

Variáveis de estudo

Como variáveis deste estudo, temos as variáveis dependentes, o conhecimento e a perceção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos.

O conhecimento foi operacionalizado de acordo com as respostas certas e erradas dadas pelos profissionais de saúde em que o score varia de 0 a 30 onde 0 é o score mínimo, correspondendo a todas as questões erradas, e score 30 é score máximo correspondendo a todas questões certas. As respostas foram consideradas como certas tendo por base as orientações da Norma nº 007/2019.

Deste modo consideramos como resposta correta para a pergunta 22 as mãos dos profissionais de saúde como principal via de transmissão (cotação de 3 pontos), para a pergunta 23, consideramos como resposta correta ser o doente a fonte mais frequente de microorganismos responsáveis pelas IACS (cotação de 3 pontos), quanto ao tempo mínimo de SABA consideramos correta a resposta 20 segundos, (cotação de 3 pontos). Em relação às situações que devem ser evitadas como resposta correta consideramos as opções utilização de jóias, lesões na pele, unhas postiças e a não utilização de creme na

prestação de cuidados (cotação de 3 pontos se selecionarem as 3 opções). Quanto ao método de higienização das mãos, a pergunta 26 constituída por 5 afirmações com três opções de escolha (SABA, lavagem e nenhum) em que cada resposta correta vale 3 pontos, ou seja, total de todas as respostas corretas corresponde a 15 pontos. Sendo assim, a resposta correta para afirmação “Antes de proceder aos registos do doente” consideramos a lavagem, para a afirmação “Antes de tocar num doente” a resposta correta fricção com SABA, para a afirmação “À chegada ao serviço após o almoço” como resposta correta consideramos a lavagem das mãos, “Antes de abrir a porta da unidade do doente” resposta certa- nenhuma e por fim “Antes de administrar um injetável” a resposta correta fricção com SABA.

Última questão, número 27, constituída por 3 afirmações verdadeiro e falso, em que as afirmações verdadeiras consideramos a “ A fricção anti-séptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos” e “As mãos têm de estar secas antes da técnica” enquanto que a afirmação “ Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção anti-séptica” como resposta correta (falsa a afirmação), ou seja, cada resposta correta vale 1 ponto, se acertarem as 3 afirmações, o total corresponde a 3 pontos.

Assim, consideramos com mais conhecimento quando o score se apresenta tendencialmente dos 30 pontos.

Quanto à perceção selecionamos as questões nº 10, 11,17 e 18 da parte III do questionário “Perceção relativamente às práticas de HM” do respetivo questionário. As questões nº 10, 11 e 17 valem 5 pontos cada uma e a questão 18 está classificada em 4 pontos, da seguinte forma (0%-25%=1; 26%-50%=2; 51%- 75%=3; 76%-100% =4).

As variáveis independentes são as características sociodemográficas e profissionais. Relativamente às características sociodemográficas inclui o sexo (masculino/ feminino) - variável nominal, a idade em anos e posteriormente operacionalizada em grupos etários de 9 em 9 anos: (20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos – variável escalar) e o estado civil (casado, solteiro, divorciado) - variável nominal. Por fim as variáveis profissionais dizem respeito à profissão (médico, enfermeiro, técnico de diagnóstico e terapêutica) - variável nominal, ao tempo de serviço (<1 ano, [1 ,5], [5 ,10], >10) – variável ordinal e o serviço em que trabalha (Urgência/UCIP) – variável nominal.

Considerações éticas

Para a realização deste trabalho, foi solicitado parecer e autorização ao Presidente do Conselho de Administração de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal conforme o anexo III.

Os questionários foram entregues em mão em envelopes individuais fechados ao/a Enf.º(a) chefe de cada serviço que os fez chegar aos profissionais de saúde que participaram no estudo. Cada participante após o preenchimento do consentimento informado colocava-o num local previamente definido, gaveta do gabinete do enfermeiro chefe, de forma a não ser possível qualquer identificação dos participantes. De seguida, preenchiam o IRD e colocavam-no novamente num envelope, que fechavam, e entregavam ao enfermeiro chefe. Deste modo foi garantido o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados e a garantia que os dados recolhidos são apenas para o estudo em vigor, em que cada participante, antes de preencher o questionário, assinou um consentimento informado, livre e esclarecido onde é explicado os objetivos do estudo, (anexo II).

Passados 3 meses, ou seja, na primeira semana de julho, a investigadora deslocou -se aos respetivos serviços para recolha dos mesmos.

A investigação salvaguarda os pressupostos consagrados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, tendo sido definidas várias regras éticas nos estabelecimentos de saúde e pareceres da comissão de ética da investigação que consta no anexo III.

Qualquer participante pode recusar a sua participação em qualquer fase da investigação.

Os questionários foram codificados numericamente e os dados inseridos e analisados em base de dados informática, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® pelo número da codificação garantindo ao longo de todo o processo o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação.

Procedimentos de análise de dados

O tratamento de dados obtidos foi realizado através do programa informático SPSS® versão 20. Este programa permite realizar cálculos estatísticos, ou seja, tem a capacidade de analisar dados quantitativos de várias formas obtendo os resultados, sob a forma de tabelas ou gráficos para melhor compreensão.

A apresentação dos resultados encontra-se dividida em 4 tópicos de acordo com a análise realizada, que passo a descrever cada um:

1. Análise descritiva da amostra, as variáveis sociodemográficas e profissionais através do cálculo de frequências absolutas e relativas, média, moda, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

2. Análise dos conhecimentos com as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e estado civil) e as variáveis profissionais (profissão, tempo de serviço e serviço).

Realizamos uma avaliação da parte IV do questionário, pergunta a pergunta sobre o conhecimento da HM com os dados pessoais e posteriormente os profissionais. Utilizamos o teste do Qui-quadrado para a comparação de proporções. O nível de significância para este estudo é 5%.

As análises do conhecimento referem-se às questões do grupo IV do questionário (anexo I).

Em que a cotação vai de 0 que significa não tem conhecimento até uma cotação máxima de conhecimento que é 30.

3. Análise da relação dos conhecimentos com cada uma das variáveis sociodemográficas e profissionais, tendo sido utilizado testes paramétricos e não paramétricos e verificado que não seguiam uma distribuição normal as variáveis sexo, estado civil, profissão, tempo de serviço e serviço, enquanto que a variável idade seguia distribuição normal pelo que optamos pelo teste paramétrico o Pearson Correlation.

Visto que não se verificou a normalidade na distribuição dos scores totais, foram utilizados testes não paramétricos, o teste Mann-Whitney U test para a variável sexo e o teste Kruskal-Wallis para a variável estado civil.

Para as variáveis profissionais, a variável profissão e tempo de serviço recorremos ao Kruskal-Wallis e para a variável serviço optamos pelo Mann-Whitney U test. A variável do conhecimento foi avaliada, de 0 a 30, em que 0 representa o mínimo e 30 o conhecimento máximo.

4. Análise da relação da percepção do conhecimento com as variáveis sociodemográficas e profissionais, recorremos à ANOVA, analisamos ainda a associação entre o conhecimento e a percepção do conhecimento através do Pearson correlation.

A ANOVA é um teste robusto contra a suposição de normalidade, ou seja, tolera muito bem violações à suposição de normalidade, como defendem (Lund, A. Lunda, M., 2020).

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A informação, que se segue, diz respeito à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra de 88 profissionais de saúde que trabalham no SU e na UCIP de um CHNP.

Verificamos que a amostra é maioritariamente feminina (70.45%, n= 62), casados (55.68%, n=49), com uma idade média de 35,77, predominando ao faixa etária dos 30-39 anos (55.7%, n=49) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo, estado civil e idade

	Sexo		Estado civil			Idade (anos)			
	Feminino	Masculino	Casado	Solteiro	Divorciado	20-29	30-39	40-49	50-59
<i>N</i>	62	26	49	30	9	13	49	24	2
<i>%</i>	70.45	29.55	55.68	34.09	10.23	17.8	55.7	27.3	2.3
Total			<i>N</i> = 88 % = 100			<i>X</i> = 35.77, <i>dp</i> = 6.74 Mínimo =23, Máximo = 53			

Observamos predomínio dos profissionais de enfermagem (48.86%, n=43), seguido dos médicos (32.95%, n=29) e por fim o técnico de diagnóstico e terapêutica (18.18%, n=16). Quanto ao tempo de serviço conclui-se que trabalham há mais de 10 anos (38.64%, n=34), entre 1 e 5 anos e 5 e menos de 10 anos temos o mesmo nº de profissionais de saúde (27.27% e n=24), por fim os que trabalham há menos de 1 anos (6.82%, n=6) e quanto ao serviço a maioria é do SU (80.68%, n=71) e (19.32%, n=17) da UCIP (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra por Profissão / Tempo de Serviço (anos)/ Serviço

	Profissão			Tempo de Serviço				Serviço	
	Médico	Enfermeiro	TDT	< 1	[1 ,5]	]5,10]	>10	SU	UCIP
<i>N</i>	29	43	16	6	24	24	34	71	17
<i>%</i>	32.95	48.86	18.18	6.82	27.27	27.27	38.64	80.68	19.32

Legenda: SU – Serviço de Urgência; UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos e Polivalente TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

A maioria dos participantes receberam formação sobre a HM (96.59%, n=85) e apenas uma parte não recebeu (3.41%, n=3), a maioria dos participante referiram que se encontra disponível a SABA (98.86%, n=87). Os participantes afirmaram que está disponível a solução na unidade do doente, esporadicamente (51.14, n=45), sempre (45.45%, n=40) e raramente (3.41%, n= 3) e a maioria considera que os dispositivos são fáceis de utilizar (60.23%, n=53), muito fácil (38.64%, n=34) e pouco (1.14%, n=1) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos participantes que receberam formação sobre a HM, disponibilidade da SABA na instituição e na unidade do doente e se os dispositivos são fáceis de utilizar

Receberam formação sobre a HM	Sim	N= 85; 96.59 %
	Não	N= 3; 3.41 %
Encontra – se disponível na instituição a SABA para a HM	Sim	N= 87; 98.86 %
	Não	N= 1; 1.14 %
Existe alguma solução disponível na unidade do doente	Sempre	N= 40; 45.45 %
	Esporadicamente	N= 45; 51.14 %
	Raramente	N= 3; 3.41 %
	Nunca	N= 0
Os dispositivos são fáceis de utilizar	Nem um pouco	N= 0
	Pouco	N= 1; 1.14 %
	Fácil	N=53; 60.23 %
	Muito fácil	N= 34; 38.64 %
N= 88; % = 100		

Legenda: HM – Higiene das mãos ; SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

A perceção dos profissionais de saúde sobre a percentagem de doentes internados que desenvolvem IACS, em média $33.23\% \pm 16.62$.

Relativamente ao impacto da eficácia da HM na prevenção das IACS, a maioria dos profissionais de saúde responderam alto (53.41%, n=47), muito alto (42.05%, n=37) e moderado (4.55%, n=4) enquanto que o impacto das IACS no prognóstico do doente, maioritariamente consideraram alto (70.45%, n=62), muito alto (18.18%, n=16) e moderado (11.36%, n=10), por fim o grau de prioridade dado à HM pelo órgão de gestão na unidade de saúde a maioria considera baixo (45.45%, n=40), seguido de moderado

(23.86%, n=21) e alto (23.56%, n=21) ambos com a mesma percentagem e muito alto (6.82%, n=6) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos participantes sobre o Impacto da eficácia da HM na prevenção das IACS, as IACS no prognóstico do doente e o grau de prioridade dado à HM pelo órgão de gestão na Unidade de Saúde

	Muito baixo	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto	Total
Impacto da eficácia da HM na prevenção das IACS						
<i>N</i>	0	0	4	47	37	88
%	0.00	0.00	4.55	53.41	42.05	100
Impacto da IACS no prognóstico do doente						
<i>N</i>	0	0	10	62	16	88
%	0.00	0.00	11.36	70.45	18.18	100
Grau de prioridade dado à HM pelo órgão de gestão na Unidade de Saúde						
<i>N</i>	0	40	21	21	6	88
%	0.00	45.45	23.86	23.86	6.82	100

Legenda: HM – Higiene das mãos ; IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

O nível de eficácia das ações para aumentar a adesão à HM no hospital, verificamos que relativamente à ação dos gestores, estes, apoiam e promovem a HM a maioria referiram eficaz (76/86.36%) e muito eficaz (12/13.64%), quanto à disponibilização do SABA a maioria refere eficaz (66/75%) e muito eficaz (22/25%), no que concerne à colocação de cartazes sobre a HM a maioria referiram eficaz (67/76.14%), muito eficaz (20/22.73%) e pouco eficaz (n=1/1.14%).

Relativamente se os profissionais de saúde receberam formação e treino sobre a HM, referiram eficaz (74/84.09%), muito eficaz (13/14.77%) e ineficaz (1/1.14%), enquanto se os profissionais de saúde receberam instruções claras e simples sobre a HM a maioria referiram eficaz (73/82.95%), muito eficaz (14/15.61%) e apenas ineficaz (1/1.14%), quando questionado se recebe regularmente informação sobre a sua adesão na HM, referiram eficaz (70/74.55%), muito eficaz (n= 15/17.05%), pouco eficaz (2/2.27%) e ineficaz (1/1.14%), ou seja, a maioria dos participantes em todas as questões anteriormente colocadas responderam eficaz.

Questionamos ainda sobre o seu correto desempenho na HM como referência para o desempenho dos colegas, maioritariamente responderam que era eficaz (75/85.23%) e muito eficaz (13/14.77%) e se os doentes são convidados a lembrar os profissionais de saúde sobre HM, consideraram eficaz (5/64.77%), ineficaz (14/15.91%), muito eficaz (10/11.36%) e pouco eficaz (7/7.95%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos participantes acerca do nível de eficácia das seguintes ações para aumentar a adesão da HM no hospital

	Ineficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Muito eficaz	Total
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
Gestores apoiam e promovem a HM	0	0	76	12	88
Disponibilização SABA	0	0	66	22	88
Cartazes sobre HM	0	1	67	20	88
PS recebeu formação e treino sobre HM	1	0	74	13	88
PS recebeu instruções claras e simples sobre HM	1	0	73	14	88
PS recebe regularmente informação sobre a sua adesão HM	1	2	70	15	88
O seu correto desempenho na HM como referência para o desempenho colegas	0	0	75	13	88
Os doentes são convidados a lembrar os PS sobre HM	14	7	57	10	88

Legenda: HM – Higiene das mãos ; PS – Profissionais de saúde; SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

Relativamente à importância que o chefe atribui ao seu correto desempenho da HM a maioria responderam moderada (64/72.73%) e muita importância (24/27.27%), enquanto que a importância que os colegas atribuíram ao seu desempenho da HM maioritariamente responderam moderada importância (77/87.50%) e muita importância (11/12.50%). Por fim a importância que os doentes atribuem ao seu correto desempenho verificamos que a

maioria responderam moderada importância (69/78.41%), pouca importância (9/10.23%), nenhuma importância (8/9.09%) e muita importância (2/2.27%) (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos participantes pela importância que o chefe, os colegas e os doentes atribuem ao correto desempenho da HM

	Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Total
A importância que o Chefe atribuiu ao seu correto desempenho da HM					
<i>N</i>	0	0	64	24	88
<i>%</i>	0.00	0.00	72.73	27.27	100
A importância que os colegas atribuem ao seu correto desempenho da HM					
<i>N</i>	0	0	77	11	88
<i>%</i>	0.00	0.00	87.50	12.50	100
A importância que os doentes atribuem ao seu correto desempenho da HM					
<i>N</i>	8	9	69	2	88
<i>%</i>	9.09	10.23	78.41	2.27	100

Legenda: HM – higienização das mãos

Relativamente ao esforço que os profissionais de saúde dispõem para a HM adequada, consideraram elevado (27/76.14%), moderado (16/18.18%), baixo (3/3.41%), muito baixo (1/1.14%) e muito elevado (1/1.14%). A maioria referiram utilizar SABA há mais de 5 anos (60/68.18%) seguido de entre 1 e 5 anos (22/25%), (45/51.14%) consideraram difícil a utilização do SABA e referiram a falta de tempo (35/77.78%), pele lesada (19/42.22%) e por fim esquecimento (12/26.67%) como as principais causas. A maioria consideraram que a formação poderá melhorar as suas práticas de HM, (87/98.86%) como consta na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição dos participantes sobre a avaliação do esforço que dispõem para a HM adequada quando cuida de doentes, à quanto tempo utilizam SABA, se é difícil a sua utilização e o motivo de difícil utilização SABA.

	<i>N</i>	<i>%</i>
Como avalia o esforço que dispõem para a HM adequada quando cuida de doentes		
Muito Baixo	1	1.14
Baixo	3	3.41

Moderado	16	18.18
Elevado	27	76.14
Muito Elevado	1	1.14
À quanto tempo utilizam o SABA para a HM		
Primeira vez	0	0.00
< 1 ano	6	6.82
1 – 5 anos	22	25.00
> 5anos	60	68.18
SABA é difícil a sua utilização		
Sim	45	51.14
Não	43	48.86
Difícil a utilização da SABA devido à falta de tempo, pele lesada e esquecimento		
Falta de tempo	35	77.78
Pele lesada	19	42.22
Esquecimento	12	26.67
Participação numa ação de formação poderá melhorar as suas Práticas de HM		
Sim	87	98.86
Não	1	1.14
Total : N = 88; % = 100		

Legenda: HM – Higiene das mãos ; SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

Os Profissionais de saúde quando abordados sobre como avaliam a sua adesão à HM de 0 a 100%, a média é de 84.36%, sendo mínimo de 50 e máximo de 100.

Relativamente aos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a via de transmissão verificamos que a maioria consideraram as mãos dos profissionais de saúde (77/87.50%) e a partilha de materiais e equipamentos (11/12.50%), quanto à fonte de microorganismos mais frequente pelas IACS a maioria referiram as superfícies (63/71.59%) e os doentes (25/28.41%).

Quanto ao tempo mínimo da SABA verificamos que os profissionais de saúde têm algumas dúvidas , consideraram 20seg (50/56.82%), 10 segundos (22/25%), 1 minuto (15/17.05%) e 3 segundos (1/1.14%) (Tabela 8).

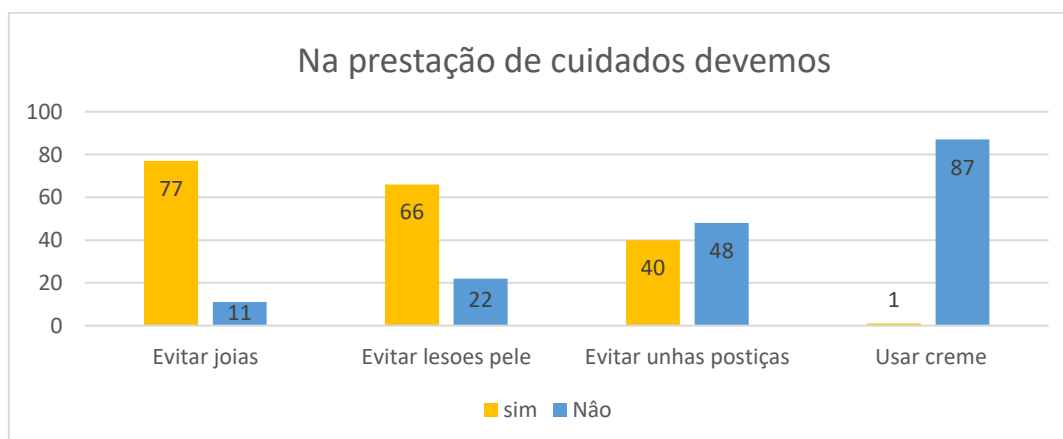
Tabela 8: Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos da via de transmissão, fonte de microorganismos mais frequente pelas IACS e o tempo mínimo SABA

Conhecimentos da via de transmissão				
	Mãos Profissionais de saúde	Ar	Partilha de materiais e equipamentos	Exposição de doentes a superfícies colonizadas
<i>N</i>	77	0	11	0
<i>%</i>	87.50	0.00	12.50	0.00
Conhecimentos da fonte de microorganismos mais frequente pelas IACS				
	Água	Ar	Doentes	Superfícies
<i>N</i>	0	0	25	63
<i>%</i>	0.00	0.00	28.41	71.59
Conhecimentos do tempo mínimo necessário para SABA				
	20 segundos	3 segundos	1 minuto	10 segundos
<i>N</i>	50	1	15	22
<i>%</i>	56.82	1.14	17.05	25.00
Total : <i>N</i> = 88; % = 100				

Legenda: IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde; SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

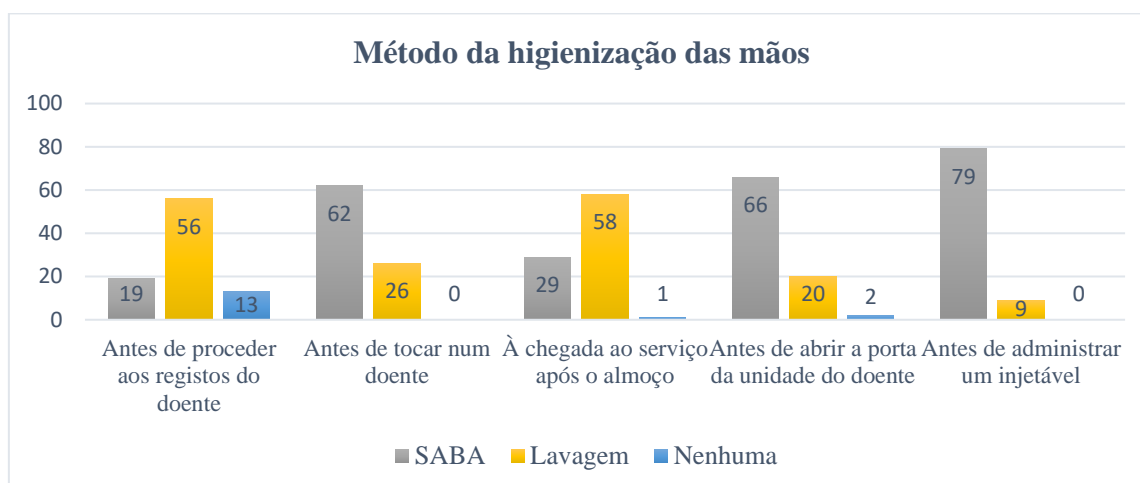
Relativamente às situações que devem ser evitadas, como observamos no Gráfico 1, evitar as jóias (77/87.50%), seguido de evitar as lesões (66/75%) e evitar unhas postiças (40/45.45) e 87/98.86% referiram que na prestação de cuidados não se deve usar creme.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos nas situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados de saúde



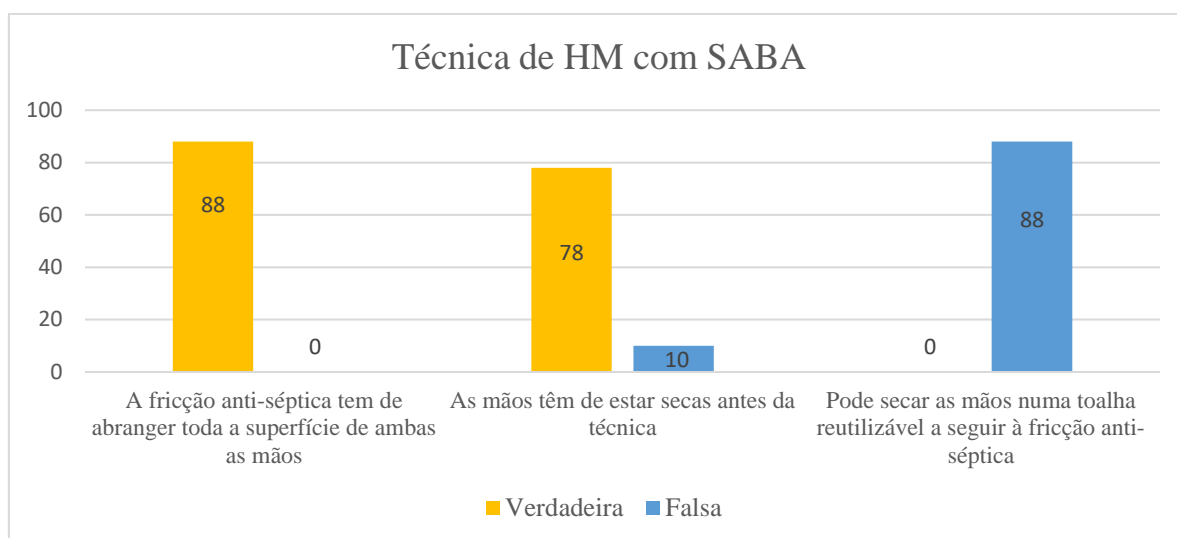
Relativamente ao método de HM, verificamos que antes de proceder aos registos do doente consideraram a lavagem (56/63.64%), utilização da SABA (19/21.59%) e nenhuma (13/14.77%), enquanto que, antes de tocar num doente a maioria referiram utilizar SABA (62/70.45%), lavagem das mãos (26/29.55%), quanto à chegada ao serviço após o almoço a maioria consideraram a lavagem como método de HM (58/63.91%), a utilização da SABA (29/32.95%) e 1/1.14% nenhuma. Na situação antes de abrir a porta da unidade do doente a maioria consideraram a utilização SABA (66/75%), lavagem (20/22.73%) e nenhuma (2/2.27%), por fim, antes de administrar um injetável a maioria consideraram a HM com SABA (79/89.77%) e o método lavagem das mãos (9/10.23%).

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos acerca dos cinco Momentos da HM



Relativamente à última questão do questionário referente às afirmações, verificamos na primeira afirmação sobre a “fricção anti-sética tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos” todos os participantes (88/100%) responderam verdadeira, na afirmação “pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção anti-séptica” todos os participantes responderam falsa (88/100%), enquanto que na afirmação “as mãos devem estar secas antes da técnica”, a maioria (78/88.64%) responderam sim e 10/11.36% responderam não.

Gráfico 3: Distribuição dos participantes sobre os conhecimentos da técnica anti-séptica



Após esta análise descritiva dos conhecimentos, verificamos, tabela 9, que a média dos conhecimentos dos profissionais é a seguinte: Os médicos (18.72%), os enfermeiros (17.14%) e por fim os técnicos de diagnóstico e terapêutica (17.06%).

Tabela 9: Distribuição média dos conhecimentos por classe profissional

Profissão	Média dos conhecimentos (%)
Médico	18.72
Enfermeiro	17.14
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	17.06

Para a variável sexo e a proporção que existe para cada uma das perguntas do conhecimento individualmente, verificamos, que apenas é significativo nas afirmações de HM com SABA (V/F) $p= 0.006$, nas restantes não é significativo, o sexo com a transmissão ($p= 1$); sexo com fonte ($p= 0.841$); sexo com tempo da SABA ($p= 0.75$); sexo com as situações que devem ser evitadas ($p= 0.567$); sexo com o método de HM. Como apenas um profissional tem conhecimento total no método de HM, não se procedeu com a comparação entre grupos nas variáveis pessoais.

A variável estado civil com as questões do conhecimento de forma individual verificamos que a associação não é estatisticamente significativa. Estado civil e via de transmissão

(p= 0.124); estado civil e fonte de transmissão (p= 0.143); estado civil e tempo da SABA (p= 0.910); estado civil com as situações a evitar (p= 0.071) e estado civil com as afirmações de HM com SABA (V/F) (p= 0.954).

A variável idade não é estatisticamente significativa, ou seja, idade com via de transmissão (p= 0.162), idade com a fonte de transmissão (p= 0.232), idade com o tempo do SABA (p= 0.443); idade com as situações que devem ser evitadas (p= 0.249) e por fim a idade com as afirmações de HM com SABA (V/F) (p= 0.055).

De forma a simplificar a leitura e interpretação de resultados, são apresentadas os valores de *n*, juntamente com a percentagem (%) de conhecimento para cada nível individualmente (ex: se todos os profissionais de saúde do sexo feminino tiverem conhecimento, o valor a representar é de 100%). Na análise que se segue (tabela 10) referente ao método de HM como apenas um profissional tem conhecimento total no método de HM, não se procedeu a comparação entre grupo.

Tabela 10: Associação das variáveis pessoais com o conhecimento da prática de HM

Práticas de HM	Resposta	Sexo		Estado civil			Idade (anos)			
		F	M	Cas	Solt	Div	20-29	30-39	40-49	50-59
Via de Transmissão	✓	54	23	46	24	7	10	46	19	2/2
		87%	88%	94%	80%	78%	77%	94%	79%	100%
	X	8	3	3	6	2	3	3	5	–
		13%	12%	6%	20%	22%	23%	6%	21%	
		p= 1		p= 0.124			p= 0.162			
Fonte de microorganismo	✓	18	7	16	8	1	1	15	8	1
		29%	27%	33%	27%	11%	8%	31%	33%	50%
	X	44	19	33	22	8	12	34	16	1
		71%	73%	67%	73%	89%	92%	69%	67%	50%
		p= 0.841		p= 0.143			p= 0.232			
Tempo SABA	✓	39	11	27	18	5	8	26	14	2
		63%	42%	55%	60%	56%	62%	53%	58%	100%
	X	23	15	22	12	4	5	23	10	–
		37%	58%	45%	40%	44%	38%	47%	42%	
		p= 0.75		p= 0.910			p= 0.443			

Situações a evitar	✓	18 29%	6 23% ³	14 29%	7 20%	3 33%	1 8%	14 29%	8 33%	1 50%
	X	44 71%	20 77%	35 71%	23 80%	6 67%	12 92%	35 71%	16 67%	1 50%
		p= 0.567			p= 0.071			p= 0.249		
Método de HM	✓	1 2%	0 0%	1 2%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2%	0 0%	0 0%
	X	61 98%	26 100%	48 98%	30 100%	9 100%	13 100%	48 98%	24 100%	2 100%
HM com SABA (V/F)	✓	59 95%	19 73%	43 88%	27 90%	8 89%	13 100%	41 84%	23 96%	1 50%
	X	3 5%	7 27%	6 12%	3 10%	1 11%	–	8 16%	1 4%	1 50%
		p= 0.006			p= 0.954			p= 0.055		

Legenda: F- Feminino, M – Masculino, Cas- Casado, Solt. – Solteiro, Div- Divorciado, HM – higienização das mãos ; V/F – verdadeiro/ falso; X – resposta errada; ✓ - Resposta Certa

Quando analisamos a associação da variável profissão com os conhecimentos verificamos que é estatisticamente significativa quando questionados sobre a via de transmissão (p= 0.012) e as afirmações de HM com SABA (V/F) (p <0.001), enquanto que as restantes questões não é significativo, ou seja, a fonte de transmissão (p= 0.181), o tempo do SABA (p= 0.078), as situações que devem ser evitadas (p= 0.223) e os métodos de HM (p= 0.486), verificamos que estatisticamente não é significativo.

Posteriormente verificamos que a variável tempo de serviço com os conhecimentos não é estatisticamente significativo, ou seja, via de transmissão (p= 0.534); fonte de transmissão (p= 0.090); tempo da SABA (p= 0.467); as situações a evitar (p= 0.569); método de HM (p= 0.589) e as afirmações de HM com SABA (V/F) (p= 0.506).

Por fim quando analisamos a variável serviço verificamos que não é estatisticamente significativo com a via de transmissão (p= 0.083), o método de HM (p= 0.219) e as afirmações de HM com SABA (V/F) (p= 0.100), mas é estatisticamente significativo nas seguintes situações, fonte de transmissão (p <0.001), tempo da SABA (p <0.001) e as situações a evitar (p <0.001) como se observa na tabela 11.

Tabela 11: Associação das variáveis profissionais com o conhecimento sobre as práticas de HM

		Variáveis profissionais								
Práticas de HM	Rp	Profissão			Tempo de serviço (anos)				Serviço	
		Méd	Enf	TDT	< 1	[1 ,5]	]5 ,10]	>10	SU	UCIP
Via de transmissão	✓	27 93%	40 93%	10 63%	4 67%	22 92%	21 88%	30 88%	60 85%	17 100%
	X	2 7%	3 7%	6 37%	2 33%	2 8%	3 12%	4 12%	11 15%	–
		p= 0.012			p= 0.534			p= 0.083		
Fonte de microorganismo	✓	8 28%	15 35%	2 13%	1 17%	7 29%	3 13%	14 41%	9 13%	16 94%
	X	21 72%	28 65%	14 87%	5 83%	17 71%	21 87%	20 59%	62 87%	1 6%
		p= 0.181			p= 0.090			p <0.001		
Tempo SABA	✓	15 52%	26 61%	9 56%	2 33%	16 67%	14 58%	18 53%	33 47%	17 100%
	X	14 48%	17 39%	7 44%	4 67%	8 33%	10 42%	16 47%	38 53%	–
		p= 0.078			p= 0.467			p <0.001		
Situações a evitar	✓	9 31%	14 33%	1 6%	1 17%	5 21%	6 25%	12 35%	10 14%	14 82%
	X	20 69%	29 67%	15 94%	5 83%	19 79%	18 75%	22 65%	61 86%	3 18%
		p= 0.223			p= 0.569			p <0.001		
Método de HM	✓	0 0%	1 2%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 3%	0 0%	1 6%
	X	29 100%	42 98%	16 100%	6 100%	24 100%	24 100%	33 97%	71 100%	16 94%
		p= 0.486			p= 0.589			p= 0.219		
HM com SABA (V/F)	✓	29 100%	33 77%	16 100%	5 83%	20 83%	23 96%	30 88%	61 86%	17 100%
	X	0 23%	10 23%	0 17%	1 17%	4 17%	1 4%	4 12%	10 14%	0
		p <0.001			p= 0.506			p= 0.100		

Legenda : Rp – Resposta; Méd. – médico, Enf. – Enfermeiro, TDT – Técnico de diagnóstico e terapêutica, SU – serviço de urgência, UCIP – Unidade de cuidados intensivos Polivalente, HM – Higienização das mãos, V/F – verdadeiro e falso; X – resposta errada; ✓ - Resposta Certa

Realizamos alguns testes para verificar a associação entre os conhecimentos globais e as variáveis sociodemográficas /profissionais (tabela 12).

Todas a variáveis categóricas e nominais (sexo, estado civil, profissão, tempo de serviço e o serviço) foram tratadas estatisticamente e por isso recorreremos ao teste Mann-Whitney U test e Kruskal-Wallis para ver se há diferenças, enquanto que a idade é variável escalar/contínua recorreremos ao Pearson Correlation.

Para testar a associação entre as variáveis sociodemográficas, o sexo e os conhecimentos utilizamos o Mann-Whitney U test, e constatamos que o conhecimento das mulheres (18.2) é superior ao conhecimento dos homens (16.3), e é estatisticamente significativo ($p= 0.041$; $U=587.5$).

Relativamente à idade, optamos pela Pearson Correlation para verificar a associação da idade com os conhecimentos globais e verificamos que não existe associação estatisticamente significativa entre a idade e os conhecimentos totais ($p= 0.152$).

Para testar a associação entre o estado civil e os conhecimentos globais utilizamos o Kruskal-Wallis e estatisticamente não é significativo ($p= 0.227$).

Quanto às variáveis profissionais verificamos que a variável profissão não é estatisticamente significativa ($p= 0.365$) através Kruskal-Wallis, enquanto que a variável tempo de serviço, optamos pelo Kruskal-Wallis e é estatisticamente significativa ($\chi^2(3) = 7.905$, $p = 0.048$) e a variável serviço também é estatisticamente significativa ($p < 0.001$, $U=124$) utilizamos o Mann-Whitney U test.

Tabela 12: Associação entre os conhecimentos globais com cada uma das variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	Nível	N(%)	Ordem das medias	Teste estatístico	Resultado
	Masculino	26 (30%)	16.3 ± 3.99		$p= 0.041$; $U= 587.5$

Sexo	Feminino	62 (70%)	18.2 ± 4.43	Mann-Whitney U test	
Estado civil	Casado	49 (56%)	18.2 ± 4.10	Kruskal-Wallis	$\chi^2(2)=2.962$, p=0.227
	Solteiro	30 (34%)	17.3 ± 4.84		
	Divorciado	9 (10%)	15.6 ± 13.75		
Profissão	Médico	29 (33%)	18.7 ± 3.98	Kruskal-Wallis	$\chi^2(2)=2.015$, p= 0.365
	Enfermeiro	43 (49%)	17.1 ± 4.90		
	Técnico	16 (18%)	17.1 ± 3.23		
Tempo de serviço	< 1	6 (7%)	12.8 ± 4.58	Kruskal-Wallis	$\chi^2(3)=7.905$, p= 0.048
	[1,5]	24 (27%)	18.5 ± 4.28		
	]5,10]	24 (27%)	17.8 ± 3.70	
	> 10	34 (39%)	17.8 ± 4.47		
Serviço	SU	71 (81%)	16.4 ± 3.56	Mann-Whitney U test.	P <0.001, U=124
	UCIP	17 (19%)	22.8 ± 3.68		

Variável contínua

Variável	Teste estatístico	Resultado
Idade	Pearson Correlation	p= 0.152, R = 0.152

Legenda : SU – serviço de urgência, UCIP – Unidade de cuidados intensivos Polivalente,

Com intuito de verificarmos se as características sociodemográficas estão relacionadas com a percepção dos conhecimentos dos profissionais de saúde utilizamos ANOVA e verificamos que não é estatisticamente significativa (Tabela 13).

Tabela 13: Relação entre a percepção dos conhecimentos e as variáveis sociodemográficas

Variável	N(%)	Percepção do conhecimento global (X, ± dp)	ANOVA
Sexo	Masculino	26 (30%) 15.2 ± 1.01	F (1,75) = 0.006, p= 0.939
	Feminino	62 (70%) 15.7 ± 0.98	
Estado Civil	Casado	49 (56%) 15.7 ± 0.97	F (2,75) = 0.827, p= 0.441
	Solteiro	30 (34%) 15.3 ± 1.14	
	Divorciado	9 (10%) 15.8 ± 0.57	
Idade (intervalar)	[20-29]	13 (15%) 15.2 ± 0.79	F (3,75)=0.951, p= 0.420
	[30-39]	49 (56%) 15.5 ± 1.10	
	[40-49]	24 (27%) 15.8 ± 0.92	
	[50-59]	2 (2%) 15.2 ± 0	

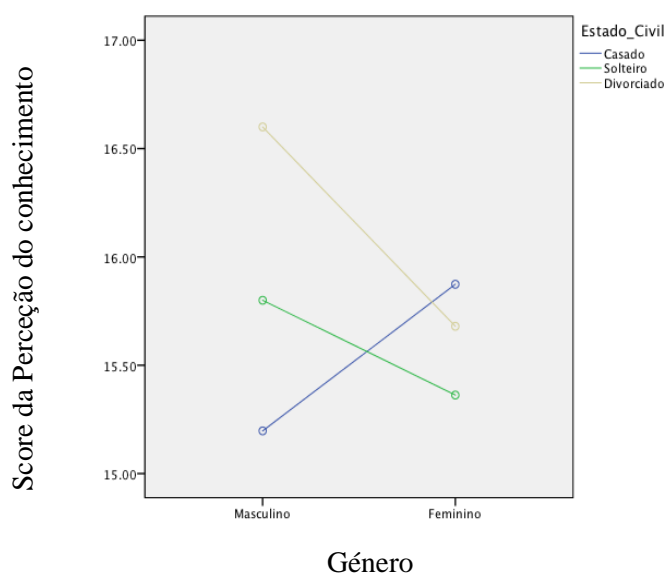
No entanto, verificou-se a existência de um efeito de interação entre o sexo e estado civil. O efeito de interação observado significa que a percepção dos conhecimentos dos profissionais masculinos e femininos variam de forma diferente relativamente ao estado civil (tabela 14), são apresentados os resultados da ANOVA.

Tabela 14: Percepção dos conhecimentos e efeito de Interação Sexo * Estado Civil

		Sexo						
		Masculino			Feminino			Resultado da ANOVA
Estado Civil		N	Média	± Desvio padrão	N	Média	± Desvio padrão	
	Estado Civil	Casado	20	15.2	± 0.88	29	16.0	± 0.92	F (2,75) = 3.403, p= 0.038, η^{2} = 0.083
Solteiro		5	15.7	± 0.50	25	15.3	± 1.09	
Divorciado		1	16.6	± 0	8	15.7	± 0.51	

Através da análise do gráfico 4, verificamos que quer os solteiros quer os divorciados têm um comportamento muito semelhante, os homens têm uma percepção de conhecimentos superior comparativamente às mulheres, ou seja, temos um efeito de interação, se verifica para os 2 casos específicos nos solteiros e divorciados (retas com declives são semelhantes). No entanto o valor é relativamente baixo 8.3% porque os casados não obedecem à mesma regra.

Gráfico 4: Interação entre o Sexo * Estado civil com score da percepção do conhecimento



Relativamente à percepção do conhecimento com as caracterização profissional, recorremos à ANOVA e verificamos que é estatisticamente significativo o efeito de interação do serviço $F(1,71) = 8.699$, $p = 0.004$ e da profissão $F(2,71) = 3.608$, $p = 0.032$ individualmente, o que não se verificou com a variável tempo de serviço (tabela 15).

Tabela 15: Relação entre a Percepção do conhecimento com a caracterização profissional

Variáveis		N(%)	Percepção do conhecimento global (Média ± Desvio Padrão)	Resultado da ANOVA
Profissão	Médico	29 (33%)	15.9 ± 0.92	F (2,71) = 3.608 p=0.032 , $\eta^2 = 0.092$
	Enfermeiro	43 (49%)	15.3 ± 1.10	
	Técnico	16 (18%)	15.4 ± 0.68	
Tempo de Serviço	< 1	6 (7%)	14.6 ± 1.12	F (3,71) = 2.170 $p = 0.099$
	[1,5]	24 (27%)	15.2 ± 1.20	
	]5,10]	24 (27%)	15.8 ± 0.67
	> 10	34 (39%)	15.8 ± 0.89	
Serviço	SU	71 (81%)	15.3 ± 0.88	F (1,71) = 8.699, p=0.004 , $\eta^2 = 0.109$
	UCIP	17 (19%)	16.4 ± 1.07	

Legenda : SU – serviço de urgência, UCIP – Unidade de cuidados intensivos Polivalente,

Sendo assim, analisamos o efeito de interação profissão*serviço e verificamos que é estatisticamente significativo $F(1,71) = 4.113$, $p = 0.046$, através da ANOVA, (tabela 16). Na qual a média e desvio padrão de cada sub-grupo é apresentada, juntamente com o resultado da ANOVA. A percepção do conhecimento dos médicos na UCIP é maior que no SU, enquanto que a percepção do conhecimento dos enfermeiros mantêm a média idêntica nos dois serviços

Tabela 16: Relação da Percepção dos conhecimentos com a Profissão e Serviço

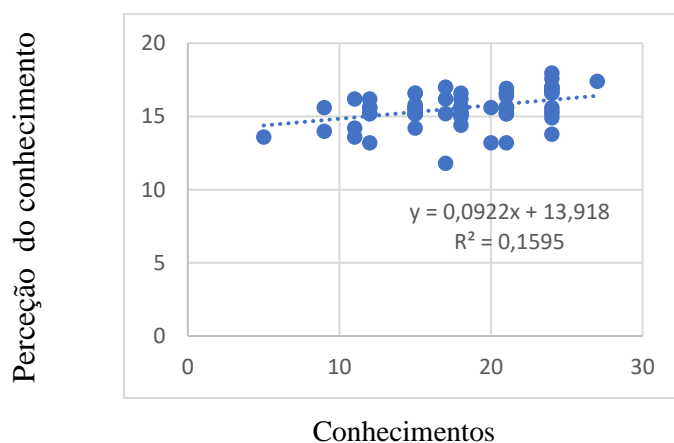
	Serviço				Resultado da ANOVA
	SU		UCIP		
	N	Média ± Desvio padrão	N	Média ± Desvio padrão	

	Médico	21	15.5 ± 0.72	8	17.0 ± 0.43	F (1,71) =4.113,
Profissão	Enfermeiro	34	15.2 ± 1.04	8	15.9 ± 1.23	p= 0.046 , $\eta^2 = 0.55$
	Técnico	16	15.4 ± 0.68	-		

Legenda : SU – serviço de urgência, UCIP – Unidade de cuidados intensivos Polivalente,

Analisamos a correlação entre a percepção do conhecimento e o conhecimento através Pearson Correlation e verificamos (gráfico 5), que é positiva mas fraca e que à medida que aumenta a percepção do conhecimento aumenta o conhecimento.

Gráfico 5: Correlação do conhecimento com a percepção do conhecimento



Ao logo desta análise estatística que fomos desenvolvendo, com intuito também de trazer algo de útil para a Instituição onde decorreu o desenvolvimento deste estudo científico. Para que fosse possível utilizamos a ANOVA em que juntamos a variável serviço e profissão com o conhecimento global e após a análise verificamos que não existe efeito de interação ($p= 0.396$).

Não tem efeito a variável profissão ($F (2,35) =1.979$, $p= 0.153$) mas tem efeito no serviço ($F (1,35) = 32.543$, $p <0.001$) e diz-nos que 48.2% da variabilidade encontrada nos conhecimentos dos profissionais de saúde é devida ao serviço, ou seja, efetivamente aqui a instituição deverá ministrar mais formação ao serviço, nomeadamente ao SU, visto que os profissionais de saúde da UCIP têm mais conhecimentos relativamente aos profissionais de saúde do SU.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo procede-se à discussão dos resultados relativos aos conhecimentos e à perceção dos conhecimentos dos profissionais de saúde de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal nas unidades do doente crítico, SU e UCIP, para isso recorreremos a vários testes estatísticos com finalidade de encontrar respostas para os objetivos previamente definidos.

A amostra deste estudo é constituída por 88 profissionais de saúde, sendo maioritariamente enfermeiros (48.86%), dados que vão ao encontro ao publicado no relatório do SNS de 2018 que diz que os enfermeiros representam a maioria dos profissionais de saúde (33.2%), os médicos (21.6%) e os técnicos de diagnóstico e terapêutica (6.3%). Esta classe é identificada de forma consistente em outros estudos como o de Silva, (2017) e o estudo de Colaço & Pontifice-Sousa (2017).

De acordo com os dados estatísticos em 2019, existiam 45 444 enfermeiros (5,5% a mais que 2018), 28822 médicos (7,1% a mais que 2018) e 10090 técnicos de diagnóstico e terapêutica (4.3% a mais que 2018), o que significa um aumento de profissionais a exercerem a sua profissão em 2019, ou seja, em 2019, existiam 75 773 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (mais 2123 que em 2018) e na Ordem dos médicos estavam inscritos 55 432 (mais 1 775 em relação a 2018) (INE, 2019).

A maioria dos profissionais de saúde são casados (55.68%) e com idade, maioritariamente situada entre os 30 - 39 anos (55.7%), corroborando com um estudo desenvolvido por Silva (2017) em que a faixa etária mais representativa era 31 aos 40 anos de idade (47,2%) e com os resultados estatísticos publicados a 31/12/2018 pela Ordem dos Enfermeiros em que a idade mais prevalente situada entre 31 -35 anos. Como os enfermeiros e os técnicos de terapêutica e diagnóstico concluem a sua formação mais cedo em relação aos médicos que terminam o curso mais tarde, logo saem mais jovens da faculdade e iniciam as suas funções no mercado de trabalho mais cedo comparativamente com os médicos. Pelo que, o aumento da média de idades em geral, e dos médicos em particular, pode estar relacionado com a formação dos médicos demorar mais tempo e por conseguinte a idade média deste grupo profissional ser maior (INE, 2019).

Relativamente ao sexo, neste estudo foi prevalente o sexo feminino (70.45%), indo de encontro ao relatório do SNS (2018) onde a taxa dos profissionais do sexo feminino era

de 76.5%, corroborando com o estudo de Colaço & Pontifice-Sousa (2017), representado maioritariamente pelo sexo feminino (74%). Também, segundo o SNS (2018), 77% dos profissionais de saúde são mulheres, em que 64.4% são médicas, 83.7% enfermeiras e 79.9% são técnicas superiores de diagnóstico e terapêutica, sendo os serviços de saúde maioritariamente representativos pelo sexo feminino. A profissão de enfermagem é a mais frequente nos serviços de saúde e tem uma representatividade feminina maior.

A ordem dos enfermeiros (2017) também demonstra nos seus relatórios, o sexo mais prevalente é o feminino 82% em relação ao masculino 18%.

Nestas unidades de doente crítico, os profissionais de saúde trabalham há mais de 10 anos (38.64%), como no estudo de Tinoco (2014), mostrando que os profissionais de saúde trabalham aproximadamente até 10 anos. Também a ordem dos enfermeiros (2017), corrobora estes dados, 36.9% dos enfermeiros têm de 10 anos de tempo de serviço. Sendo o SU e UCIP dois serviços exigentes, é neles que os profissionais de saúde preferem iniciar a sua carreira pelo grau de exigência, pelo desafio, pela vasta e enriquecedora experiência, assim como um vasto leque de conhecimentos nas mais variadas especialidades, contacto com fármacos diversificados, equipamentos inovadores (Lobeiro, 2019). Acrescenta ainda que os profissionais encontram-se motivados em enriquecer conhecimentos através de formações, especialidades e que, nestas unidades de doente crítico não só prestam apenas cuidados ao doente em estado crítico como também melhoram o aperfeiçoamento, desenvolvimento de competências, racionalização, pensamento crítico e reflexivo na prestação de cuidados, gestão e manipulação de equipamentos inovadores e diferenciados, tornando-se serviços desafiantes para os profissionais que começam a trabalhar (Lobeiro, 2019).

Neste estudo verificamos que a população corresponde maioritariamente ao serviço de urgência, 108 enfermeiros e 28 médicos, enquanto na UCIP, temos 21 enfermeiros e 8 médicos, o que traduz um menor número de profissionais de saúde na UCIP.

A maioria da amostra deste estudo, corresponde aos profissionais de saúde no SU (80.68%) e na UCIP (19.32%), corroborando o estudo de Tinoco (2014) em que a maioria dos profissionais de saúde trabalham no SU (32.2%) e na UCIP (23.3%).

O SU necessita de mais recursos humanos comparativamente com a UCIP, dado ser um serviço com uma afluência diversificada de doentes e especialidades, logo, a necessidade de maior número de profissionais de saúde nesta tipologia de serviço. Na UCIP o número

de doentes é limitado ao número camas, logo, a menor necessidade de profissionais para prestação de cuidados (ICN, 2000).

Relativamente aos conhecimentos dos profissionais de saúde verificamos que a maioria (87.50%) tem conhecimento que as mãos são a principal via de transmissão, dados corroborados pelo estudo de Oliveira et al.,(2019), onde verificou que 94.7% dos profissionais de saúde reconhecem as mãos como principal meio de transmissão de microorganismos.

Para uma correta higienização das mãos com SABA esta demora 20 segundos e 56.82% respondeu corretamente, corrobora com um estudo realizado em que a maioria 57 % considera o tempo necessário para a HM com SABA 20 segundos (Soares, 2017).

Após a análise estatística, constatamos que a classe profissional que apresenta mais conhecimentos são os médicos (18.72%), seguido dos enfermeiros (17.14%) e por fim os técnicos de diagnóstico e terapêutica (17.06%), contrariamente a um estudo realizado por Tinoco (2014) em que os enfermeiros apresentaram melhor adesão e conhecimento às práticas de HM, face às restantes classes profissionais.

Pode dever-se ao facto de, no nosso estudo, a amostra ser constituída por um número maior de enfermeiros (48.86%), e estes exercerem a sua profissão no SU comparativamente aos médicos (32.96%) e aos técnico de diagnóstico e terapêutica (18.18%).

Como já vimos o médicos da UCIP são médicos mais empenhados e dedicados a 100 %, enquanto que no SU alguns médicos são contratados por empresas, ou seja, externos ao hospital pelo que não haverá tanto empenho e dedicação dado também ao tempo escasso e a sobrelotação de doente por observar e reavaliar ser ilimitada (Brazão, 2016).

Posteriormente relacionamos os conhecimentos com as variáveis sociodemográficas e profissionais e verificamos diferenças, estatisticamente significativas, entre o conhecimento com o sexo ($p=0.041$, $u=587.5$), o tempo de serviço ($P=0.048$) e o serviço ($p < 0.001$). Constatamos que os conhecimentos dos profissionais de saúde do sexo feminino são superiores aos do sexo masculino (média = 18.2/16.3). As mulheres são o ser humano mais vocacionado para a arte do cuidar, já desde a época de Florence Nightingale, que eram as mulheres que prestavam os cuidados necessários aos doentes, também no estudo de Andrade, (2013) os profissionais do sexo feminino foram aqueles

que apresentam um maior conhecimento e procederam corretamente à higienização das mãos. Araújo et al., (2016), também, observaram que as mulheres apresentaram uma maior adesão às práticas de higienização das mãos em relação aos homens, mencionando que o sexo masculino é um dos fatores de risco com menor aderência à prática correta de higienização das mãos.

Os profissionais de saúde da UCIP apresentaram um conhecimento superior aos profissionais do SU. Quanto ao tempo de serviço o conhecimento aumenta de forma gradual desde o momento que começam a trabalhar até aos 5 anos de serviço e que depois começa a ser linear, quer para o SU quer para a UCIP, enquanto neste estudo, desenvolvido por Andrade, (2013) apenas se verificaram diferenças significativas nas variáveis categoria profissional ($p= 0,000$) e o serviço ($p= 0,017$). Segundo o despacho normativo nº11/2002, artigo 1, o SU consiste na prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência médicas, com equipas que permitam uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional. Nestas unidades de doente crítico (SU e UCIP), os profissionais de saúde recaem na faixa etária mais jovem, dado serem serviços da pessoa em situação crítica, exigindo uma capacidade de resposta e formação constante, serviços desafiantes a vários níveis de aprendizagens quer teóricas, quer práticas, mas também desgastante e motivante para início de carreira, pelo que os profissionais de saúde necessitam de formação continua e eficaz ao longo do seu percurso, de forma a prestar cuidados excelentes ao doente crítico (Pontes et al, 2008).

O SU é considerado a linha da frente do hospital, em contacto com os doentes, em situações urgentes/emergentes, com afluência crescente, imprevisibilidade e incerteza o que requer um aumento da exigência na prestação de cuidados imediatos num curto espaço de tempo de acordo com a necessidade do doente em estado crítico, com ritmo de trabalho acelerado e perspicaz em que todos os minutos, segundos contam e são cruciais perante o doente em estado crítico (Brazão, 2016).

O SU e a UCIP, dado serem serviços complexos, mas distintos na abordagem ao doente crítico. O SU apresenta uma elevada afluência, diversidade de patologias e incerteza dos doentes críticos, pelo que, a segurança do doente e a prestação de cuidados especializados é importante neste primeiro encontro com o doente. Contudo, devido à sobrecarga de trabalho, aos turnos longos, às horas de trabalho acima da média, à insuficiência de recursos humanos, aumenta a fadiga e exaustão dos profissionais de saúde, ou seja, os

enfermeiros que trabalham mais que 12,30 horas seguidas têm 3 vezes mais a probabilidade de cometerem erros durante a prestação de cuidados (Rogers, Hwang, Scott, & Aiken, 2004). Por isso, torna-se crucial o empenho, concentração, rapidez de raciocínio crítico e uma equipa multidisciplinar profissional muito bem preparada e capacitada com conhecimentos, competências técnica, psicomotoras e uma rápida sistematização e prestação de cuidados (Brazão, 2016).

Segundo um estudo desenvolvido por Pereira, refere que a dotação de enfermeiros está associada à mortalidade e ao tempo médio no SU que devido à sobrecarga de trabalho muitas vezes os cuidados ficam descuidados devido à elevada afluência de doentes críticos, mas também pelo número elevado de doentes internados que ficam no serviço de urgência (Pereira, 2014).

Destaca, ainda, os doentes internados no SU que ficam aos cuidados dos profissionais desse serviço e que representam um dos maiores obstáculos de trabalho visto que contém uma série de cuidados a serem prestados, como por exemplo, prestação de cuidados de enfermagem, perfusões endovenosas monitorizações contínuas, realização de exames entre outros (Pereira, 2014).

Alertam, também, para o facto de muitas vezes os doentes ficarem no SU devido à sua instabilidade hemodinâmica e o diagnóstico ainda não está definido e como tal fica neste serviço para realização de exames e observação por várias especialidades de acordo com a sua necessidade (Pereira, 2014) Durante a prestação de cuidados, quando os enfermeiros especialistas constam nas equipas em todos os turnos, evidenciam uma melhoria nos resultados dos doentes (quedas, úlceras de pressão e IACS), estes profissionais são vistos como mais experientes e com mais competências para prestarem cuidados especializados ao doente crítico (Butler et al., 2011). Em 2014, foi publicada a Norma para o Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, Regulamento nº 533/2014) em Diário da República. De acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos sugere - se que sejam utilizados rácios enfermeiro/doente de acordo com a UCIP e a sua necessidade clínica. Pelo que, a relação rácio enfermeiro/doente é disponibilizada através de um instrumento “Nursing Activities Score” que permite a avaliação do trabalho dos enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos, tal como refere Macedo (2017).

Os profissionais da UCIP possuem mais tempo para a prestação de cuidados ao doente sob ambiente calmo tranquilo, enquanto o SU como um dos serviços com maior procura/

afluência, acesso irrestrito, onde a procura e o grau de exigência/complexidade é crescente e imprevisível, pelo que os profissionais de saúde são cruciais e a sua gestão de recursos humanos. Enquanto os profissionais do SU têm que ser capazes de se integrarem num ambiente dinâmico e constante alteração, multitarefa e com capacidade de prestarem cuidados ao doente crítico com múltiplas exigências, pelo que o trabalho multiprofissional e em equipa é crucial (Brazão, 2016). Estas características, anteriormente mencionadas, podem fazer toda a diferença no cumprimento das boas práticas da higienização das mãos atendendo à diversidade e especificidade de cada serviço.

A prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de urgência ou intensivos, requer que os profissionais de saúde desenvolvam competências específicas, formação contínua e estruturada de modo a prestarem cuidados de excelência com máxima eficácia e eficiência (Brazão, 2016).

O SU por ser um serviço com necessidades emergentes e urgentes num curto espaço de tempo, com prestação de cuidados o mais rápido possível e eficaz ao doente crítico e a lotação de doentes crescentes em que o tempo é escasso, muitas vezes o conhecimentos e as práticas de higienização das mãos ficam em segundo plano. Na UCIP cada profissional de saúde tem o doente atribuído para prestar cuidados de excelência e conseguir organizar melhor o seu trabalho sendo este serviço bastante exigente na prática/conhecimento de higienização das mãos de forma correta e eficaz na eliminação de microorganismos, através de várias auditorias internas e externas. No SU o tempo é crucial para a rápida atuação e eficácia dos cuidados perante um doente em estado crítico, ficando a HM omitida, pela sobrecarga de trabalho e a mesma rapidez de atuação, conforme é referido neste estudo (Araujo et al., 2016).

O controlo da infeção é crucial na prevenção das IACS através da existência de normas, protocolos de intervenção, controlo de infeção, auditorias, formação, o que permite cuidados especializados, diferenciados e mais sistematizados, através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), (DGS, 2017).

O PPCIRA tem como objetivo a redução das taxas de IACS, através da prevenção da transmissão de microorganismos e a redução da resistência a antimicrobianos, através do uso correto de fármacos. Têm também a missão de promover, incentivar, coordenar e

vigilância epidemiológica das IACS (DGS, 2017). O PPCIRA tem como recursos as auditorias internas, formações, plano de atividades, vigilância epidemiológica, promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente higienização das mãos, uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas (DGS, 2017).

O enfermeiro especialista na prevenção e controlo da IACS, deve desenvolver gradualmente as suas aprendizagens profissionais e competências clínicas/especializadas, dado que irá influenciar a qualidade da prestação dos seus serviços/cuidados. Os seus conhecimentos adquiridos e a sua consciencialização poderão influenciar as práticas e adesão à HM nos devidos momentos, OE (2007) e o Regulamento n.º 743/2019.

Relativamente à perceção, verificamos que a maioria dos profissionais de saúde frequentaram formação sobre a HM (96.59%), dados corroborados por um outor estudo, onde se registou 51,6% dos profissionais de saúde referem ter recebido formação sobre a HM (Cabrita, 2017). Os profissionais de saúde consideram de difícil utilização SABA, 51.14 % e apontam como principal motivo a falta de tempo (77.78%), seguido de pele lesada (42.22%) e esquecimento (26.67%), como neste estudo em que 83.65% referiram a sobrecarga de trabalho/falta de tempo e 34.3 % falta de profissionais como principais obstáculos na HM (Andrade, 2013), superlotação de doentes pelos corredores, falta de tempo e défice de recursos humanos, complexidade e diversidade de patologias que surgem (Zottele, 2017).

A formação torna-se crucial na melhoria das práticas, e neste estudo 98.86% dos profissionais de saúde consideraram que a participação numa ação de formação poderá melhorar as práticas de HM e destacam a formação mais recente e atual como crucial e de extrema importância contribuindo para uma perceção de risco mais acentuada, constituindo-se a formação contínua e frequente como uma estratégia fundamental no impato do controlo/prevenção da infeção (Silva et al., 2015) e no estudo de Tinoco em que 88% dos profissionais de saúde receberam formação sobre a HM e consideraram que melhoraram as suas práticas (Tinoco, 2014).

Relativamente à perceção não observamos resultados estatisticamente significativos quando analisamos a perceção do conhecimento com as variáveis sociodemográficas, mas verificamos diferenças, estatisticamente significativas, com a profissão, em que os

médicos da UCIP (17.0%) apresentam uma média de percepção do conhecimento comparativamente aos do SU (15.5%). Verificamos ainda que o nível de percepção dos conhecimentos dos médicos varia (SU =15.5 e UCIP =17.0) enquanto que o dos enfermeiros se mantem nos dois serviços estudados (SU = 15.2 e UCIP = 15.9).

Os médicos na UCIP têm uma percepção maior em relação do SU isto pode dever-se a facto de a UCIP ser um serviço mais específico, onde os médicos que prestam serviço são iuntesivista e de dedicação exclusiva, o rácio de doente é limitado, melhora a qualidade de cuidados prestados e aprofundamento do conhecimento em relação ao SU, que possui características muito particulares quer em relação à rotatividade médico quer em relação ao numero de doentes (Ribeiro, 2019).

No SU, a equipa médica é heterogénea, os médicos funcionam por contratação direta ou através do recurso a empresas, pelo que a ordem dos médicos retira a carga horário dos serviços de internamento, cardiologia, bloco operatório, consultas externas para dar resposta a este serviço de acordo com as suas necessidades e afluência de doentes, ou seja, há uma grande rotatividade de médicos no serviço de urgência provenientes de outros serviços, dificultando assim a adesão às boas práticas de higienização das mãos (Ribeiro, 2019).

Na UCIP os médicos estão mais dedicados ao intensivismo, ficam mais focados e concentrados naquele serviço, seguem as orientações a as normas cautelosamente, traduzindo uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro, 2019).

Podemos verificar perante os resultados que a associação entre os conhecimentos e a percepção dos conhecimentos é positiva, ou seja, à medida que aumenta a percepção do conhecimento aumenta o conhecimento, assim como, noutro estudo, que concluíram que a percepção adequada sobre a importância da HM e o conhecimento sobre esta temática, são uma mais-valia na prestação de cuidados diariamente (Oliveira et al., 2019).

O Ministério da Saúde (2017), defende que os serviços de medicina intensiva e urgência como responsáveis pelo doente em estado crítico, em que a complexidade de técnicas, materiais, equipamentos e procedimentos realizados nestes serviços é crucial bem como uma formação específica e especializada, sendo necessário capacitar de uma forma global a equipa multidisciplinar e especialização de conhecimento de forma crescente. Contudo, este estudo, tem algumas limitações visto ter sido realizado apenas num Centro Hospitalar e em dois serviços, SU e UCIP, a recolha dos questionários ter sido feita em tempo de

pandemia o que dificultou também a adesão dos profissionais de saúde, obtendo-se uma amostra reduzida e ter sido um estudo transversal.

4. CONCLUSÃO

Após a elaboração desta investigação, análise e tratamentos dos dados de forma estatística, seguindo-se da discussão e por fim a conclusão, pretendo aqui referir as principais conclusões.

A amostra foi constituída por 88 profissionais de saúde sendo maioritariamente feminino (70.45%), casado (55.68%) e a média de idade 35.77, a maioria exerce a sua profissão no serviço de urgência (80.68%), são enfermeiros (48.86%) e exercem a sua profissão há mais de 10 anos (38.64%). Os médicos apresentam maior conhecimento que as restantes classes profissionais.

Observamos diferenças, estatisticamente significativas, entre o conhecimento com o sexo, o tempo de serviço e o serviço. As mulheres possuem uma média de conhecimento maior que os homens, o conhecimento aumenta de forma gradual desde o momento que começa a trabalhar até aos 5 anos de serviço e os profissionais de saúde que trabalham na UCIP tem uma média de conhecimento mais elevada.

Relativamente à perceção observamos diferenças, estatisticamente significativas, com a profissão, os médicos da UCIP apresentam uma média de perceção do conhecimento maior que os do SU.

Em função destes resultados sugerimos, para a instituição onde decorreu este estudo de investigação, para melhorar as práticas dos seus profissionais de saúde deverá oferecer mais formação a todos os de profissionais de saúde, preferencialmente aos profissionais do SU.

A promoção de ações de sensibilização, formação contínua de forma a colmatar as necessidades/ dificuldades dos profissionais de saúde no sentido de melhorar as suas práticas promovendo ações de formação ativas, dinâmicas e práticas em ligação ativa com o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos de modo a melhorar à adesão à HM .

Pelo que sugiro a realização de outros estudos com a inclusão de outros serviços de forma a aumentar o tamanho da amostra e a possibilidade de realizar associações com outros serviços do mesmo centro hospitalar ou de outras unidades hospitalares de Portugal

permitindo assim mais evidências científica e inferências para a população em geral, que promovam a melhoria dos cuidados prestados ao doente e a diminuição das IACS.

Colocação de lembretes e cartazes em locais estratégicos e facilmente visíveis por todos.

Assim como ministrar formação específicas nas respectivas áreas, através da promoção de ações de sensibilização, formação contínua de forma a colmatar as necessidades/dificuldades dos profissionais de saúde no sentido de melhorar as suas práticas promovendo ações de formação ativas, dinâmicas e práticas em ligação ativa com o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos de modo a melhorar à adesão à HM .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, O. (2013). *Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Viseu. Consultado em 11 de maio de 2021, Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1981/1/ANDRADE%2C%20Otilia%20Maria%20Bastos%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Araújo, D. D. (2016). A importância da higienização das mãos no controle das infeções em serviços de saúde. *Rev. enferm. UFPE*, p. 4880-4884.

Brazão, M. L.; Nóbrega, S.; Bebiana, G.; Carvalho. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. Volume 23, nº 3, pág 8 – 14. revista da sociedade portuguesa de medicina interna. Consultado a 10 de junho de 2021, Disponível em: [vol.23_n3_2016_08_14.pdf](#)

Butler, M. (2011). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes Systematic Review. Consultado em 07 de julho de 2021, Disponível em: <http://community.cochrane.org/cochranereviews/cochrane-database-systematic-reviews-numbers>

Cabrita, R. R. (2017). *Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Consultado em 5 de Maio de 2020, Disponível em : [Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde as boas pratica de higiene das mãos - CORE Reader](#)

Colaço, C., & Pontifice-Sousa, P. (2017). Adesão à higiene das mãos: uma investigação em enfermagem. *Revista Uningá*, 30(1), 11-14. Consultado em 7 de abril de 2020, Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2005/1599>

Decreto de Lei nº 320/99 de 11 de Agosto. Diário da República nº 186/1999 – I Série A . Ministério da Saúde. Lisboa

Despacho n.º 11/2002, de 31 de janeiro. Diário da República, série I-B de 2002-03-06 – N.º 55/2002

Graveto, J. M., Santos, C., Costa, P. S., Fernandes, E., Alarico, S., Osório, N., Albano, H., Oliveira, V., Graveto, J. M., Santos, C., Costa, P. S., Fernandes, E., Alarico, S., Osório, N., Albano, H., & Oliveira, V. (2018). Gestão do procedimento higiene das mãos por enfermeiros: Desafios para saúde coletiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 562–567. Consultado em 5 de fevereiro de 2021, Disponível em: [REBEN 71-SUP1 POR.indd \(scielo.br\)](#)

ICN. (2006). Safestaffing-Saves-lives. Consultado em 10 de outubro de 2021, Disponível em :<http://www.icn.ch/publications/2006-safestaffing-saves-lives>.

Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde. (2019). Lisboa. Consultado em 10 de outubro de 2021, Disponível na [www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/257483090>](http://www.ine.pt/xurl/pub/257483090). ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0560-2

International Council of Nurses. (2000). Position statement: Occupational health and safety for nurses. Consultado a 9 de Dezembro de 2020, Disponível em: <http://www.icn.ch/pshealthsafety00.htm>

Kozerski, D. (2017). *Adesão à higienização das mãos em um hospital universitário: O efeito Hawthorne* (Dissertação Ciências da Saúde). Universidade Estadual de Maringá. Consultado em 5 de fevereiro de 2021, Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/1999>

Lima, R. S. C. (2018). *Avaliação de capacitação em higiene das mãos por educação a distância*. Consultado em 5 de fevereiro de 2021, Disponível em: <http://tede2.pucsp.br/tede/handle/handle/21232>

Lobeiro, N. M. D. (2019). *Relatório de estágio: Abordagem Especializada do Doente Crítico*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria. Consultado a 5 de fevereiro de 2021, Disponível em : [Relatório está gio-Nuno Lobeiro.pdf \(ipleiria.pt\)](#)

Lourenço, I. M. R. (2020). A Higiene das Mãos na vanguarda da segurança dos cuidados e dos cuidados seguros. Consultado em 25 de Abril de 2021, Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/3525>

Lund, A. Lunda, M. (2020), *About Us | Laerd Statistics*. Consultado em 5 de fevereiro de 2021, Disponível em: [One-way ANOVA - Violations to the assumptions of this test and how to report the results | Laerd Statistics](#).

Macedo, A. P., Mendes, C. M., Candeias, A. L., Sousa, M. P., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. (2016). *Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units*. *Rev Bras Enferm.*, pp. 826-832.

Macedo, R. P. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Viseu. Consultado a 5 de fevereiro de 2021, Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/4540>

Marques, V. M. P. (2018) *Pessoa em Situação Crítica com Infecção Adquirida em Cuidados de Saúde, uma abordagem Especializada do Enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Consultado a 5 de fevereiro de 2021, Disponível em: Repositório Comum: Pessoa em situação crítica com infecção adquirida em cuidados de saúde, uma abordagem especializada do enfermeiro (rcaap.pt)

Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. República Portuguesa.

Monteiro, D. (2018). *Perceção da Importância da Higienização das Mãos pelos Profissionais de Saúde na Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. Porto. Consultado em 12 de fevereiro de 2021, Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7068/1/PG_34285.pdf

Neufeld, P. M. (2020). Personagem da História da Saúde IX: Ignaz Phillip Semmelweis. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 52(1). Consultado em 12 de fevereiro de 2021, Disponível em: Personagem da História da Saúde IX: Ignaz Phillip Semmelweis | *Rev. bras. anal. clin*;52(1): 4-10, 20200330. | LILACS (bvsalud.org)

Nunes, V.M. de A., de Araújo, I. D. T., Nobre, T. T. X., Alcântara, M. S., Leite, A. de C.C. da S., Maciel, F.C. S., Sodré, L., & Araújo, T. da S. (2018). Estratégia multimodal para adesão profissional às boas práticas de higiene das mãos. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 8(3), e1183774. Consultado em 12 de fevereiro de 2021, Disponível

em: Multimodal strategy for professional adherence to good practices of hand hygiene | Research, Society and Development (rsdjournal.org)

Oliveira, K. K. D. de, Freitas, R. J. M. de, Araújo, J. L. de, Gomes, J. G. N., Oliveira, K. K. D. de, Freitas, R. J. M. de, Araújo, J. L. de, & Gomes, J. G. N. (2021). Nursing Now and the role of nursing in the context of pandemic and current work. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(SPE). Consultado em 12 de fevereiro de 2021, Disponível em: <http://profissionaisde.saude://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200120>

Oliveira M. A. de, Leuthier R.M., Oliveira Filho J. R., Leite M.A.P., Fernandes L.G.A., Santos A.F. (2019). *Hand hygiene: knowledge and attitudes of healthcare professionals*. J Nurs UFPE on line. 2019;13:e236418. Consultado em 12 de fevereiro de 2021, Disponível em: [236418-146701-1-PB \(1\).pdf](https://www.jnurs.ufpe.com.br/2019/13/e236418-1-PB(1).pdf)

Oliveira A.C., Pinto A.S. Patient participation in hand hygiene among health professionals. *Rev Bras Enferm.*(2018); 71(2):259-64. Consultado em 6 de junho de 2021, Disponível em : [SciELO - Brasil - Patient participation in hand hygiene among health professionals Patient participation in hand hygiene among health professionals](https://scielo.br/pdb/2018/02/revista/2018020259-64)

Oliveira, A. C. & Paula, A. O. (2017). A percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 321–326. Consultado em 18 de junho de 2021, Disponível em: [REBEN 71-2 POR.indd \(scielo.br\)](https://www.scielo.br/reben/2017/02/por/2017020321-326)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018*. Lisboa. Consultado em 18 de junho de 2021, Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2017). Dados Estatísticos Anuais. Consultado em 14 de maio de 2021, Disponível em : https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6595/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf

Ordem dos enfermeiros (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem. ISSN 1646-2629. Suplemento da revista Ordem dos Enfermeiros, 26. Consultado em 22 de setembro de 2021. Disponível em [livrosumos3encontroeeemc site proteg.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/livrosumos3encontroeeemc_site_proteg.pdf)

Ordem dos enfermeiros (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Consultado em 26 de Outubro de 2021, Disponível em : http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

Ordem dos enfermeiros (2014). Regulamento n° 533/2014. Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, II Série n° 233.

Pereira, R. A. M. (2014). *Análise do custo-efetividade da dotação de enfermeiros do serviço de urgência nos resultados da prestação de cuidados de saúde* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Consultado em 28 de outubro de 2021, Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76700/2/32798.pdf>

Pereira, E. B. S. (2020). *Higiene das mãos e uso de luvas: Mensuração integrada da autoeficácia*. (Universidade de São Paulo). Consultado em 28 de outubro de 2021, Disponível em: <http://profissionaisde.saude://doi.org/10.11606/T.22.2020.tde-06072020-155337>

Pessoa, J. (2018). *A utilização dos epi e a higienização simples das mãos pelos profissionais de enfermagem*. Revista Temas em saúde, (Página 472 – 486)

Pina E., Noriega E. (2014). DGS. Campanha nacional de higiene das mãos. Consultado em 28 de outubro de 2021, Disponível em <http://profissionaisde.saude://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-higiene-dasmaos-2014.aspx>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções Associadas aos Cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39. Consultado em 10 de fevereiro de 2020, Disponível em: <https://www.elsevier.es/enrevista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X087090251089856>

Pontes, B. (2008). *Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM*. Barcarena: Universidade Atlântica.

Reis, F. L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático*. Lisboa: Edições Sílabo.

Regulamento n° 743/2019. DR II Série. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019/09/25), p. 128 - 155

Ribeiro, P. (2019) —1º Curso de Atualização em MI.pdf. Consultado em 22 de novembro de 2021, Disponível em: <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2019/09/Live-Medicina-Interna-17.pdf>

Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Profissionais de saúde: ecologia e Saúde*. 2ª Edição. outubro de 2010. Lisboa: Placebo, Editora, Lda.

Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., Aiken, L. & Dinges, D. (jul. 2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, (23), 202-212.

Salvi, E. S. F., Pompermaier, C., Floriani, F., Barrionuevo, V., Santin, D. C., & Giroto, E. (2020). HIGIENE DE MÃOS: *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê*, 5, e27151–e27151.

Santos, A. C. de S., Oliveira, A. C. X. do N. de, Silva, K. B., & Lima, R. N. (2020). A importância e eficácia da higienização correta das mãos na profilaxia das infecções em ambiente hospitalar. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*. Consultado em 28 de outubro de 2021, Disponível em: <http://profissionais.de.saude://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/161>

Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa. Consultado em 28 de outubro de 2021, Disponível em : saude://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-SocialMS_SNS-2018-002.pdf

Silva, R., & Kozusny-Andreani, D. I. (2020). Infecções relacionadas à assistência à saúde: Conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(10), e3819108818–e3819108818. Consultado em 28 de outubro de 2021, Disponível em : <8818-Article-121827-1-10-20200930.pdf>

Silva, C. (2017). *Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo. Consultado em 8 de março de 2021, Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1916/1/Cidalia_Silva.pdf

Silva, M. R. da, Mattos, A. de M., & Minikoski, D. (2020). A febre puerperal: *Problemata - Revista Internacional de Filosofia*, 11(1), 22–35. Consultado em 5 de Maio de 2020, Disponível em: <http://profissionais de saude://doi.org/10.7443/problemata.v11i1.49330>

Silva, R., & Kozusny-Andreani, D. I. (2020). Infecções relacionadas à assistência à saúde: Conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(10), e3819108818–e3819108818. Consultado em 5 de maio de 2020, Disponível em: <http://profissionais de saude://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8818>

Silva, L., Barreto, R., Gebrim, C., Suzuki, K., Barbosa, M., & Prado, M. (2015). Crenças de profissionais da saúde sobre o risco de colonização por agentes microbiológicos. Atas do Congresso IberoAmericano em Investigação Qualitativa, 1, 295-298. . Consultado em 5 de maio de 2020, Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/69/67>

Soares, N. R. M., Souza, D. J. de, Ferreira, M. B. G., Senne, E. C. V. de, Paiva, L., & Contim, D. (2017). Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre higiene das mãos no ambiente hospitalar. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 5(3), 362–371. . Consultado em 5 de maio de 2020, Disponível em: <http://profissionais de saude://doi.org/10.18554/refacs.v5i3.2439>

Souza, L. M. B. de, Alievi, M. F., Piasentin, C. Z., Bandeira, V. A. C., Loro, M. M., Stumm, E. M. F., & Kolankiewicz, A. C. B. (2018). Analysis of the knowledge of nursing professionals in relation to hygienization of hands. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 8(2), 142–149. . Consultado em 5 de maio de 2020, Disponível em: <http://profissionais de saude://doi.org/10.17058/reci.v8i2.11199>

Tarso, A. B., Delgado, C. C., Alves, D. A. B., Fontes, F. C., & Santos, P. V. A. (2017). A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. 9. Revista Eletrônica Atualiza Saúde | Salvador, v. 6, n. 6, p. 96-104, jul./dez. 2017

Tinoco, C. (2014). Perceção dos profissionais de saúde sobre as boas práticas de higiene das mãos (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. . Consultado em 5 de maio de 2020, Disponível em: <http://profissionais de saude://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2549/1/TINOCO%2c%20Carla%20Anjos%20Velo%20-%20DissertMestrado.pdf>

Zottele C. (2017) Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03242. . Consultado em 5 de maio de 2020, Disponível em: SciELO - Brasil - Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department* Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department*

World Health Organization. (2016). Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. . Consultado em 5 de maio de 2020, Disponível em: <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>

ANEXOS

Anexo I - Questionário

Instrumento de Colheita de dados – Questionário

Eu, Lúcia Filomena Macedo Amorim, sou enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica no IPB – Escola Superior de Saúde de Bragança e encontro-me a realizar um trabalho de investigação sobre os “Conhecimento e percepção dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos em unidades do doente crítico”. Este trabalho tem como objetivo analisar o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos.

Para tal necessito da sua participação no preenchimento do questionário adaptado do questionário da OMS sobre “Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”.

Para um correto preenchimento do questionário deve colocar uma cruz em frente à opção desejada ou escrever de forma legível o que lhe for pedido. O questionário é confidencial e anónimo. Agradeço desde já a sua disponibilidade e amabilidade por aceitar voluntariamente fazer parte deste estudo.

I – Dados pessoais

1. Sexo: Masculino ____ Feminino ____
2. Idade _____
3. Estado Civil: Casado ____ Solteiro ____ Divorciado ____

II Dados Profissionais

4. Profissão: Médico ____ Enfermeiro ____ Técnico de diagnóstico e terapêutica ____
5. Tempo de serviço:
6. <1 ano ____ [1 ,5] anos ____]5 ,10] anos ____ >10 anos ____
7. Serviço: Urgência _____ UCIP ____

III – Perceção relativamente às práticas de higienização das mãos

8. **Recebeu formação sobre higiene das mãos?** Sim ____ Não ____
9. **Está disponível, na sua Instituição a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) para higiene das mãos?** Sim ____ Não ____
- a) **Existe alguma solução alcoólica disponível na unidade do doente?**
O Sempre O Esporadicamente O Raramente O Nunca
- b) **Os dispositivos alcoólicos são fáceis de usar?**
O Nem um pouco O Pouco O Fácil O Muito fácil
10. **Qual é, no seu entender, a percentagem de doentes internados que desenvolvem uma IACS?** _____%
11. **Na sua opinião, qual o impacto da eficácia da higiene das mãos na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde?**
O muito baixa O baixa O moderado O alta O muito alta
12. **Na sua opinião, qual é o impacto de uma infeção associada a cuidados de saúde no prognóstico do doente?**
O muito baixa O baixa O moderada O alta O muito alta
13. **Na sua opinião, qual o grau de prioridade dado à higiene das mãos pelo Órgão de Gestão, relativamente a outras áreas na sua Unidade de Saúde?**
O muito baixa O baixa O moderada O alta O muito alta
14. **Na sua opinião, qual o nível de eficácia das seguintes ações para aumentar a adesão à higiene das mãos no seu hospital?**
- a. **Os Gestores na sua instituição apoiam e promovem a higiene das mãos.**
O Ineficaz O Pouco eficaz O Eficaz O Muito eficaz
- b. **A instituição de saúde disponibiliza solução alcoólica em cada local de prestação de cuidados.**
O Ineficaz O Pouco eficaz O Eficaz O Muito eficaz

c. A colocação de cartazes sobre higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados, que funcionem como “lembretes”.

Ineficaz Pouco eficaz Eficaz Muito eficaz

d. O profissional de saúde recebe formação e treino sobre higiene das mãos.

Ineficaz Pouco eficaz Eficaz Muito eficaz

e. O profissional de saúde recebeu instruções claras e simples sobre a higiene das mãos.

Ineficaz Pouco eficaz Eficaz Muito eficaz

f. O profissional de Saúde recebe regularmente informação sobre a sua adesão à higiene das mãos.

Ineficaz Pouco eficaz Eficaz Muito eficaz

g. O seu correto desempenho na higiene das mãos como referência para o desempenho dos colegas

Ineficaz Pouco eficaz Eficaz Muito eficaz

h. Os doentes são convidados a relembrar os profissionais de saúde sobre a higiene das mãos

Ineficaz Pouco eficaz Eficaz Muito eficaz

15. Que importância é atribuída do seu Chefe ao seu correto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância Pouca Importância Moderada importância Muita importância

16. Que importância é atribuída pelos seus colegas ao seu correto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância Pouca Importância Moderada importância Muita importância

17. Que importância é atribuída pelos doentes ao seu correto desempenho na higiene das mãos?

O Nenhuma importância O Pouca importância O Moderada importância O Muita importância

18. Como avalia o esforço que despende para uma higiene das mãos adequada quando cuida de doentes?

O Muito baixo O Baixo O Moderado O Elevado O Muito elevado

19. Como avalia a sua adesão à higiene das mãos perante as oportunidades de higienização (escala entre 0 e 100%)? _____%

20. Desde há quanto tempo utiliza SABA para higiene das mãos no seu hospital?

O É a primeira vez O Há < 1 ano O Há > 1 ano e < 5 anos O Há > 5 anos

21. Acha que é difícil para si utilizar um anti-séptico de base alcoólica para higiene das mãos? O Sim O Não

Se sim, é por:

O Esquecimento O Falta de tempo O Pele lesada

22. Se participar numa ação de formação sobre a higienização das mãos, poderá melhorar as suas práticas de higienização das mãos? Sim ___ Não ___

IV - Conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos

23. Qual é a principal via de transmissão cruzada de microorganismos entre doentes numa unidade de prestação de cuidados? (assinale apenas uma correta)

Mãos dos profissionais ___ Ar ___

Partilha de materiais/ equipamentos (estetoscópios, braçadeiras) entre doentes ___

Exposição do doente a superfícies colonizadas (camas, mesas, cadeiras, chão) ___

24. Qual é a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde? (assinale apenas uma resposta)

Água ____ Ar ____ Doentes ____ Superfícies ____

25. Qual o tempo mínimo necessário para SABA reduzir a flora microbiana das suas mãos?

20 segundos ____ 3 segundos ____ 1 Minuto ____ 10 segundos ____

26. Quais das seguintes situações devem ser evitadas na prestação de cuidados?

Utilização de joias ____ Lesões da pele ____ Unhas postiças ____

Aplicação regular de creme para as mãos ____

27. Qual é o método de higiene das mãos aplicável nas seguintes situações?

	Fricção com SABA	Lavagem	Nenhuma
Antes de proceder aos registos do doente			
Antes de tocar num doente			
À chegada ao serviço após o almoço			
Antes de abrir a porta da unidade do doente			
Antes de administrar um injetável			

28. Quais das seguintes afirmações sobre a técnica de higiene das mãos com solução alcoólica são verdadeiras?

- a. A fricção anti-séptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos ____
- b. As mãos têm de estar secas antes da técnica ____
- c. Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção anti-séptica ____

Muito Obrigado!

Questionário adaptado segundo a OMS

Anexo II - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Caro(a) Senhor(a) Profissional de Saúde

Lúcia Filomena Macedo Amorim, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Bragança, propõe-se desenvolver um projeto de investigação sobre a “Conhecimento e percepção dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos em unidades do doente crítico”, sob a orientação Professora Doutora Matilde Martins. Trata-se de um estudo transversal e analítico com uma metodologia quantitativa. Com o objetivo de identificar conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos, identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos, relacionar as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil) e as variáveis profissionais (profissão, tempo de serviço, serviço em que trabalha) com os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos.

O estudo tem como instrumento de colheita de dados um questionário adaptado da Organização Mundial de Saúde, intitulado na “Percepção e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos e suas implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”. Desta forma, peço a sua colaboração para participar no estudo. Comprometo-me a assegurar total confidencialidade e anonimato, bem como o direito de recusar a participação no mesmo a qualquer momento, mesmo após ter dado o seu consentimento.

De forma a assegurar estas condições após o preenchimento do questionário deve ser colocado no envelope fornecido, fechando o mesmo e deve depositá-lo no envelope geral que se encontra ao cuidado do (a) enfermeiro (a) chefe do serviço.

O consentimento e colaboração que lhe solicito serão concedidos de forma inteiramente voluntária através da sua assinatura na declaração que se segue ao tracejado.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar Lúcia Amorim, investigadora responsável, TLM 915826220, email: lucia.amorim87@gmail.com

Agradeço antecipadamente a sua atenção e colaboração.

Lúcia Filomena Macedo Amorim

Anexo III - Autorização do Conselho de Administração e Parecer da Comissão de ética

Exmo. (a) Senhor(a)

Lúcia Filomena Macedo Amorim

lucia.amorim87@gmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	02-12-2019	Nº: 52-2019 PROC. Nº:	24-02-2020

ASSUNTO: Estudo Investigação Clínica

Exmo. (a) Senhor (a)

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de Investigação Científica subordinada ao tema

“CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES DE DOENTE CRÍTICO”

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do referido projecto no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 25-03-2020 foi autorizada realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização da investigação deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Formação, o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal do Conselho de Administração,

José Ribeiro

(José Ribeiro, Enfermeiro-Diretor)

ANEXO IV - Relatório final de estágio profissional apresentado à escola superior de saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de mestre em enfermagem medicocirúrgica



Lúcia Filomena Macedo Amorim

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

Orientadora – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Março, 2020

“Dizem que a vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto. A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar e humilde o bastante para aprender.”

Clarice Lispector

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CCI – Comissão Controlo Infecção

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

DGS – Direção Geral da Saúde

EVA - Escala Visual Analógica

IACS - Infecção Associadas aos Cuidados Saúde

OE – Ordem Enfermeiros

ONU – Organização Nações Unidas

PIA - Pressão Intra-abdominal

PPCIACS – Programa de Prevenção de Controlo de Infecção Associadas aos Cuidados Saúde

PVC - Pressão Venosa Central

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

UCDSU - Unidade Curta Duração do Serviço de Urgência

UCIP– Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	3
2 – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	8
3 - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	23

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende descrever e analisar reflexivamente o percurso realizado no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) durante o período de Setembro de 2018 a Fevereiro de 2019, descrevendo as atividades desenvolvidas no decorrer de três serviços (Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Bloco Operatório (BO), que permitiram adquirir novos conhecimentos e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no doente crítico.

O Enfermeiro Especialista, segundo a OE (2018), assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde e uma resposta de elevado grau de adequação às suas necessidades, representa um papel crucial na prestação de cuidados ao indivíduo ao longo da vida, uma vez que detém competências na conceção, gestão, supervisão de cuidados, formação e assessoria.

A aquisição de competências em enfermagem é o somatório de vários processos, desde a formação inicial e contínua de competências, por meio de junção de saberes formais, do saber a fazer, da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e o reconhecimento das competências pela comunidade.

A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. (OE, 2018, p.4)

Sendo assim, a abordagem de enfermagem ao doente crítico exige um grande leque de conhecimentos e competências específicas que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica detém, sendo na prestação de cuidados diferenciados, contínuos que antevê possíveis complicações prevenindo-as e evitando danos maiores, mantendo as funções vitais de vida, visando a recuperação total do doente o mais precocemente possível.

Durante o estágio verifiquei a importância do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na promoção de uma profícua e eficiente resposta ao doente em situação crítica e a aquisição/desenvolvimento dessas competências em diferentes contextos.

O estágio é um percurso vital na formação do profissional, da sua aprendizagem, este proporciona uma reflexão sobre a ação profissional, uma visão crítica da sua dinâmica,

devendo ser apoiado por uma supervisão exigente, permitindo a aquisição de novos conhecimentos/ competências.

A elaboração deste relatório final de estágio permitiu-me refletir sobre as competências exploradas e adquiridas nos diferentes serviços, possibilitando descrever e aferir as que foram por mim alcançadas durante o estágio no domínio da enfermagem médico cirúrgica na vertente do doente crítico. Espero que através da descrição das principais atividades e vivências seja possível exprimir de que forma, foram adquiridas as diferentes competências por mim permitindo, assim espelhar todo o trabalho executado ao longo dos três campos de estágio.

O período de estágio teve o total de 540 horas, tendo sido dividido em três momentos, cada um constituído por 168 horas.

Os contextos de estágio decorridos no CHTS foram no SU, UCIP e BO, revelaram-se locais privilegiados de observação e de novas oportunidades de aprendizagem, permitindo a aplicação dos conhecimentos, desenvolvimento de competências, valores e capacidades conducentes a uma prática de cuidados de qualidade e excelência no doente crítico.

De modo a descrever as atividades e competências por mim adquiridas, foi desenvolvida uma metodologia descritiva, tendo sido estruturada em três partes: introdução, contextualização e reflexão sobre o desenvolvimento de competências, de forma a dissecar detalhadamente toda a construção realizada ao longo do estágio, destacando a mais valia que o enfermeiro com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica representa na abordagem ao doente crítico.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Os três ensinamentos clínicos que realizei decorreram no CHTS, no distrito do Porto, concelho de Penafiel freguesia de Guilhufe. Para o ensino clínico realizado foi definido um conjunto de objetivos gerais e específicos em função do campo de estágio, com duração de 168 horas cada um sob orientação do enfermeiro especialista médico cirúrgica, de forma adquirir o máximo de conhecimentos e competências do enfermeiro especialista na área da especialidade enfermagem médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

Objetivos gerais:

- Aplicar adequadamente os conhecimentos adquiridos na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica na resolução e antevisão de situações para o doente crítico.
- Desenvolver competências com base na evidência relacionadas com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;
- Refletir sobre as competências e as vivências complexas do doente crítico

Objetivos específicos:

Serviço de Urgência (SU)

- Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais nos cuidados especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica que presta ao doente crítico/família, numa situação de emergência;
- Desenvolver capacidades de reação/ação em situações imprevistas, complexas e falência orgânica relacionadas com doente/família numa perspetiva diferenciada e profissional;
- Desenvolver a prática ética e profissional na tomada de decisão, criando uma comunicação interpessoal estabelecendo relação terapêutica perante pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.
- Participar em programas de melhoria contínua de qualidade e elaboração de guias de boa prática.

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

- Compreender e assimilar a dinâmica da prestação de cuidados da UCIP;
- Analisar a adequação dos diferentes métodos, técnicas e equipamentos no doente crítico como meio de fornecimento de dados importante do doente, antevendo complicações;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica, decorrente da complexidade da situação e a emergência de respostas em tempo útil.

- Participar em programas de melhoria contínua e elaboração de guias de boa prática.

Bloco Operatório (BO)

- Compreender a dinâmica organizacional do bloco operatório;
- Gerir os cuidados prestados otimizando a resposta com a equipa multidisciplinar;
- Demonstrar conhecimentos e competências na gestão de situações de sedo- analgesia;
- Colaborar na indução anestésica do doente;
- Prevenir, reduzir e controlar ocorrência de situações de instabilidade para o doente.

- **Serviço de Urgência**

O CHTS é composto por duas unidades de Urgência, uma Básica (Amarante) e uma Médico-Cirúrgica (Penafiel), servindo de referência para a população do Tâmega e Sousa, cerca de 520 mil habitantes. O SU (Penafiel) é composto pela urgência de adultos, pediátrica e ginecologia/obstetrícia, situada no piso 4. As áreas do SU são a **área de admissão e receção**, situada à entrada, dividida entre admissão geral e pediátrica, onde são realizados procedimentos administrativos. Na admissão do doente, existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de Triagem.

Na **área de triagem/ Prioridade no Atendimento no Serviço de Urgência** é feita uma avaliação inicial por enfermeiro, tendo em conta o protocolo de Triagem de Manchester, permite a classificação da prioridade de atendimento do doente, atendendo à gravidade da sua situação clínica. Os doentes que no momento da Triagem apresentem sinais ou sintomas compatíveis com AVC (acidente vascular cerebral), Enfarte Agudo do Miocárdio, Infecções Generalizadas e Traumatismos graves entram como Vias Verdes.

Após a entrada no SU, e após os procedimentos administrativos dirigir-se para a zona de espera da triagem, aqui é-lhe atribuída uma cor que define a prioridade de atendimento e é encaminhado para a Sala de Emergência, de Trauma, Área Laranja, Área Amarela, Área Verde, Área Cirurgia/Ortopedia.

Após a observação clínica, poderá ser necessária a realização de tratamentos ou exames complementares de diagnóstico em outras áreas do SU, ou do Hospital. **Após a alta** deve deslocar -se ao serviço administrativo e validar todos os documentos que lhe foram entregues. Se for internado será conduzido ao serviço de internamento e a família será informada.

Possui um Balcão de Informações junto à sala de espera de acompanhantes das 8h às 24h para a melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde/ familiares.

O estágio no SU do CHTS, decorreu no período de 18 de Setembro a 3 de Novembro, sob a tutela do enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica – Bruno Parra, orientado pela professora Matilde Martins, com a duração de 168 horas, tem implementado as vias verdes de trauma, sépsis, coronária, AVC. A sala de emergência, é da responsabilidade da UCIP, acolhe doentes que precisam de cuidados urgentes ou emergentes, com apoio de outras especialidades médico-cirúrgicas – ortopedia, cirurgia geral, cardiologia e neurologia. Possui 3 unidades, equipadas com meios para a abordagem ao doente crítico - meios de diagnóstico, monitorização e ventiladores.

A equipa de enfermagem é composta por 65 enfermeiros, o plano de trabalho distribuído pela sala de observações, de macas, de emergência, triagem, área cirúrgica e área médica.

Ao longo do meu estágio contactei com um grande número de doentes das mais variadas patologias, complicações, co-morbilidades, demonstrando uma grande complexidade funcional, organizacional e de conhecimentos. Assim como a interação multidisciplinar é crucial, é um desafio diário para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de modo a responder às exigências que se depara num curto espaço de tempo antevendo situações de instabilidade orgânica.

- **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

Na UCIP, do CHTS admitiu o primeiro doente a 2/1/2004, tem uma lotação de 10 camas com 2 isolamentos. Atualmente, condicionada pelo reduzido número de recursos humanos, a lotação praticada é de 6 camas, sendo uma delas reservada a cirurgias programadas. Situa-se no piso 4 do corpo central, contíguo ao BO e perto do SU. Cada unidade está equipada com uma cama Hill-Rom Total Care, limitada por 2 pendentes Kreuzer onde se distribuem os equipamentos de monitorização, ventiladores Draeger Evita 4, e o sistema de infusoras designado por “Fluid Manager” desenvolvido pela Braun. Possui um sistema informatizado de recolha, registos e monitorização de dados, o PICIS da Siemens, que lhe confere uma enorme versatilidade em várias vertentes (admissão, vigilância e prescrição), desde a admissão do doente até à alta.

A UCIP é constituída por uma equipa multiprofissional formada por médicos especializados em Medicina Intensiva, enfermeiros diferenciados, devidamente treinados na prestação de cuidados intensivos, assistentes operacionais e um secretário da unidade.

O estágio na UCIP, no CHTS decorreu de 4 de Novembro a 5 de Dezembro de 2019, sob a orientação da enfermeira Alexandra Ferreira e enfermeiro Luís João, Especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, orientado pela professora Matilde Martins, com duração de 168 horas.

- **Bloco Operatório**

O BO do CHTS dá resposta à atividade cirúrgica major/convencional programada das especialidades de Cirurgia Geral, Plástica, Vascular, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e também à cirurgia urgente. O BO proporciona aos serviços cirúrgicos condições necessárias que permitem realização de atos cirúrgicos nos doentes e sempre que necessário, recebe equipas externas para realização de colheitas de órgãos. Os cuidados prestados estão relacionados com intervenções cirúrgicas que necessitem de apoio anestésico e ambiente de assepsia.

Os tipos de cirurgia executados dependem das necessidades e capacidades dos serviços cirúrgicos e de anestesiologia. Ao BO compete disponibilizar material/equipamento, bem como realizar formação da equipa de enfermagem para novos tipos de cirurgia.

Possui 7 salas de operações, sendo a sala 7 destinada para doentes provenientes do SU. As salas de indução: para cada 2 salas de operações existe 1 sala de indução e ainda outra para a sala de urgência, o que perfaz 4 salas de indução. A Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)/ Recobro: caracteriza-se por um espaço com capacidade de monitorização vigilância e medicação para melhor recuperação de 10 doentes. Como áreas de apoio: vestiários, sala de reuniões, quatro gabinetes, quatro salas de armazém, três salas de arrumos, sala de registos, laboratório e sala de pessoal.

O meu estágio decorreu de 8 de Janeiro a 19 de Fevereiro, sob a tutela da enfermeira Catarina, enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, orientado pelo professora Matilde Martins com a duração de 168 horas. A minha opção pelo BO foi por ser um serviço com realidades diferentes que contacto no meu dia a dia, optei pela área de anestesiologia para desenvolver as minhas competências, visto que é o enfermeiro de anestesiologia que estabelece o primeiro contato com o doente, confirma a check list da cirurgia segura, explica alguns dos procedimentos de modo a diminuir a ansiedade e algumas dúvidas. Posteriormente monitoriza-o, confirma acessos venosos e administra terapêutica conforme indicação do anestesiolgista. Durante o ato cirúrgico é responsável

pela vigilância do estado hemodinâmico de forma a prevenir complicações, a atuar com diligencia e celeridade em caso de urgência ou emergência. Tive a oportunidade de estagiar durante alguns dias na UCPA, na qual desenvolvi competências no sentido de antever possíveis complicações decorrentes da cirurgia, prestar cuidados pós anestésicos, registo PICIS, assim como a interligação com os serviços assim que o doente tivesse alta.

2 – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O ensino clínico é uma oportunidade única para o estudante consolidar o seu saber tendo por base as situações reais que vivencia e as aprendizagens teóricas. (Santos, 2009).

Segundo a OE (2018), o enfermeiro especialista é o enfermeiro com um domínio de conhecimento específico de enfermagem, resultantes de um acréscimo e ampliação de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Estas competências dizem respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, à colaboração na melhoria contínua de cuidados, gestão dos cuidados, otimizando a resposta da intervenção em conjunto com a equipa multidisciplinar e por último demonstrar o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. São exercidas por meio das suas competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, concomitantemente, pelo exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Sendo assim, apresentarei uma análise descritiva das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica desenvolvidas ao longo dos 3 campos de estágio.

- **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Durante o estágio trabalhei no sentido de exercer a prática de enfermagem com responsabilidade ética e deontológica preocupando-me em exercer de acordo com o Código Deontológico, salvaguardando o sigilo profissional e respeitando as crenças e valores da pessoa e dos seus familiares prestando cuidados livres de juízos de valor. Procurei manter sempre disponibilidade para aprendizagem aproveitando todas as oportunidades que surgiam, pois disponibilizava-me para realizar/assistir a intervenções/atividades que fossem novas no meu processo de aprendizagem. Durante a prática das atividades mantive o sentido de responsabilidade profissional, respeitando os direitos humanos, procurando ser metódica com conhecimentos científicos, promovendo assim o meu desenvolvimento profissional.

Quanto à privacidade do doente, deparei-me com uma realidade diferente da que convivo diariamente. Na UCIP é um “open space” não existem cortinas, é utilizado biombos de

forma a manter a privacidade do doente durante os cuidados. No SU apesar da elevada afluência sempre que possível atendíamos a privacidade de doentes através de cortinas.

- **Colabora na melhoria contínua da qualidade**

Para segurança do doente e melhoria contínua da qualidade têm como principal objetivo conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados mantendo um ambiente terapêutico e seguro. Sendo assim, existe um Sistema de Notificação de Incidentes- na Intranet, acessível a todos os profissionais, sem caráter punitivo, os profissionais podem notificar a ocorrência dos diferentes tipos de incidentes, independentemente de serem de risco clínico ou não clínico. Após a notificação, o Gabinete de Gestão do Risco Clínico analisa-os, dando a resolução.

De acordo com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 – a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão de todas as atividades. Assim, geri sempre a minha prestação de cuidados reduzindo a probabilidade de ocorrência do erro humano, preveni riscos relacionados com o ambiente e promovi um meio físico seguro. Alguns exemplos foram a correta identificação dos doentes, a melhoria da comunicação eficaz, a melhoria da segurança dos medicamentos, a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e a prevenção de úlceras de pressão.

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo de grupo, tendo como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas sim a defeitos de organização, coordenação ou comunicação, que revelam baixo índice de política institucional de identificação de riscos específicos (Despacho nº 1400A/2015).

A exigência de cuidados ao doente em situação crítica implica que a equipa garanta a segurança dos procedimentos de enfermagem, deve ser mantido um ambiente terapêutico seguro, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como também de todos os profissionais.

Cada serviço possui normas e protocolos de procedimento relativos às várias intervenções autônomas e interdependentes, são fundamentais e de extrema importância, uma vez que nos dão segurança na prestação de cuidados, permitem uma homogeneidade e uniformização dos procedimentos, são uma mais-valia e constituem uma parte integrante dos programas de garantia da qualidade e uma forma de desenvolver atividades interdependentes perante situações que exigem resposta imediata e segura, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Na UCIP tive a oportunidade de atualizar a norma de algáliação (anexo III), medidas a adotar para a prevenção de infeção urinária nos doentes algaliados (anexo IV), de acordo com a evidência científica e as guidelines atuais. E elaborei um panfleto sobre a importância da lavagem das mãos para entregar as famílias (anexo V).

- **Gere os cuidados, otimizando a resposta da intervenção em conjunto com a equipa multidisciplinar**

A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência, sem pôr em causa a qualidade dos cuidados prestados (Machado, 2013).

No meu ponto de vista, o enfermeiro Especialista, tem funções importantes a nível da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do doente. Com o intuito de alcançar os objetivos relacionados com a gestão, observei o enfermeiro responsável na verificação do carro de emergência, pedidos de esterilização e farmácia, gestão dos medicamentos que carecem de justificação, gestão e a verificação das temperaturas do meio ambiente e frigoríficos.

Na UCIP colaborei na preparação da unidade do doente e realizei testes aos ventiladores, assim como a comunicação com o serviço de cirurgia em caso de transferência de doentes. Os processos de trabalho na dinâmica das UCIP exigem otimização de tempo e viabilidade de aplicação, é utilizado o NEMS como uma ferramenta ágil, adequado para a gestão de profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva e para a avaliação das unidades.

Os enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados ao doente e pela continuidade dos cuidados, assim a passagem de turno é indispensável, permite organizar e planear as

intervenções de enfermagem. É uma ferramenta, muito valorizada entre os profissionais, visto que favorece a gestão dos cuidados garantindo assim a sua eficiência e eficácia.

Na UCIP a passagem de turno é direcionada por uma folha de registo previamente preenchida pelo enfermeiro responsável, efetuando assim uma transmissão de informação organizada e eficaz. No SU a passagem de turno é feita próximo do doente focalizando o seu estado de saúde atual, agravamento e o plano de cuidados prestado.

- **Demonstra desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados é a área que assume mais importância, na minha formação, como futura enfermeira especialista em pessoa em situação crítica, como objetivo procurar desenvolver o autoconhecimento, aprofundá-lo e sedimentá-lo em pressupostos sólidos e validados, mantendo sempre uma postura assertiva com todos. Ao longo do estágio procurei dinamizar e estimular a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional. Conforme refere Serra (2008), o estágio é visto como local privilegiado de prática reflexiva, em que os estudantes de enfermagem realizam um exercício mental na ação e sobre a ação, e nunca numa lógica rotineira e mecânica.

Durante o estágio colaborei em várias técnicas invasivas e que me eram completamente desconhecidas, do domínio prático, nomeadamente extubação do doente, cuidados com o cateter arterial, cateter venoso central e cateter de diálise, raquianestesia, bloqueios e anestesia geral, todas estas práticas exigiram de mim um estudo individual e detalhado.

A aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, com a pesquisa teórica e com a discussão, identificação, e avaliação de cuidados, com os elementos da equipa, desenvolvi competências nesta área. Juntamente com os meus orientadores, criámos momentos de aprendizagem e de partilha de conhecimentos, que considero terem sido imprescindíveis para o meu crescimento pessoal e profissional. Desenvolvi não só, competências técnicas, mas sobretudo competências pessoais como assertividade, autoconhecimento, limites pessoais e profissionais, tendo consciência do *stress* ou medo, melhorando os níveis de ansiedade para que o meu desenvolvimento profissional não fosse afetado.

Relativamente ao sistema informático em utilização no SU é o Sclinico, no BO é o PICIS e o Sclinico e na UCIP é o PICIS, foi a primeira vez que contactei com PICIS mas por ser de fácil compreensão não se tornou uma dificuldade.

Considero que a elaboração de registos de enfermagem é um elemento fundamental para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, a sua realização de registos é fundamental para a prestação, e continuidade dos cuidados, bem como para o desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar, facultam-nos proteção legal e através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçam a sua autonomia e responsabilidade profissional.

Pelos três serviços que passei noto que ser enfermeiro é um grande desafio, pois os seus conhecimentos cognitivos, técnicos e relacionais devem ser diversificados pois cuidam de doentes de todas as idades e com as mais diversas patologias. Em situações de emergência e urgência, o enfermeiro toma um papel interventivo e primordial, necessitando por vezes de tomar decisões rápidas, baseadas nesses conhecimentos.

A formação é um dos grandes desafios, devido às sucessivas mudanças, os enfermeiros sentem a responsabilidade e a preocupação de se atualizarem, daí que o enfermeiro especialista deve intervir na formação em serviço, com o objetivo de satisfazer as necessidades sentidas no serviço, para obter a excelência/qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente as ações de formação no SU tive oportunidade de assistir aos temas sobre linha arterial, erros terapêuticos, prevenção de úlceras de pressão, protocolo de transferência de doentes para Hospital São João e a check list de transferência. Desenvolvi uma norma de admissão de doentes na Unidade de Curta Duração (anexo I) e atualizei plano de cuidados segundo a CIPE para situações como a hipoglicemia, pielonefrite, intoxicação etílica/drogas e insuficiência cardíaca e Hipoglicemia (anexo II). Na UCIP frequentei uma formação sobre os padrões de qualidade dos enfermeiros.

Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

Os cuidados prestados a pessoa em situação crítica são altamente especializados, diferenciados com objetivo de manter as funções vitais prevenindo complicações.

A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. (OE, 2018, p.4)

De acordo com a OE (2018b, p.1) “As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica são as seguintes:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação;
- 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 repostas em tempo útil e adequado;”

Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Segundo a (OE, 2018, p.2) “o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados”.

Pelo que a prestação de cuidados de enfermagem exige uma formação contínua, estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas. No doente crítico os cuidados prestados permitem antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica, mas implicam a aquisição de conhecimentos e habilidades altamente específicas. No SU, essas competências foram essencialmente desenvolvidas na sala de reanimação, onde tive a oportunidade de paragens cardiorrespiratórias, politraumas, intoxicações, via verde AVC, procedimentos invasivos e suporte avançado de vida. Colaborei na transferência de doentes para realização da TAC, hemodinâmica e serviços como UCIP ou cardiologia compreendendo toda a logística envolvente.

Sendo assim, tive a oportunidade de adquirir conhecimentos na abordagem à via aérea artificial, ventilação mecânica, técnicas de suporte da função renal, suporte

farmacológico, monitorização hemodinâmica, observei a colocação de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, drenos torácicos, entubação orotraqueal e extubação orotraqueal, realização de gasometrias, nutrição entérica e parentérica e desmame ventilatório. Aprofundei e sistematizei ao longo dos estágios as competências na interpretação dos traçados eletrocardiográficos e as suas implicações no estado clínico do doente.

Segundo Ramos (2008) citado por Azeredo e Oliveira (2013), a monitorização hemodinâmica refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia da terapia. Pelo que a monitorização e avaliação hemodinâmica invasiva e não invasiva esteve presente na minha prestação de cuidados, por isso tive de aprofundar os meus conhecimentos, tendo oportunidade de avaliar a pressão venosa central (PVC), a Pressão Arterial Invasiva e a Pressão Intra-abdominal (PIA).

Martins, Maestri, Dogenski, Nascimento, Silva & Gama (2008) afirmam que a presença do tubo endotraqueal aumenta a produção de secreções e impede o encerramento da glote impedindo a tosse, prejudicando a limpeza eficaz das vias aéreas. A aspiração de secreções através do tubo endotraqueal assume desta forma bastante importância na promoção da eficácia das trocas gasosas o que se reflete numa melhoria da oxigenação arterial e da função pulmonar bem como da prevenção da pneumonia associada à ventilação. Contudo a simples colocação da sonda de aspiração no tubo endotraqueal, com aplicação da pressão negativa pode prejudicar a oxigenação promovendo atelectasias levando à hipoxemia. Com base no referido tive o especial cuidado em realizar uma pré-oxigenação do doente (função existente no ventilador), antes de iniciar a aspiração de secreções. Estes procedimentos tornaram-se uma excelente oportunidade para desmistificar os meus medos e receios na prestação de cuidados ao doente ventilado. Os cuidados ao doente ventilado foram o grande desafio deste estágio na UCIP.

Consolidei conhecimentos no âmbito de farmacologia específica no doente no SU, na UCIP e no BO, como os fármacos vasoativos, os sedativos, os analgésicos, os curarizantes, os antídotos, o algoritmo do SAV em situações de PCR, analisar os ritmos cardíacos e atuar de acordo com as guidelines, permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos com a prática vivenciada diariamente.

Relativamente aos cuidados de higiene à pessoa na UCIP tornou-se um desafio, pois são

uma intervenção mais complexa do que esperava. Muitas vezes o doente apresentava alterações hemodinâmicas e físicas sugestivas de dor e de má adaptação à ventilação, mas com o passar do tempo ultrapassei-as de forma positiva.

Na UCIP, quanto à gestão da dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, realço que a maioria dos doentes internados na unidade estão sob o efeito de analgésicos, sedativos e por vezes curarizantes. Nestes doentes, avaliei a dor através da escala *Behavioral Pain Scale (BPS)*. Esta escala inclui três itens: expressão facial, movimentos dos membros superiores e ventilação mecânica. Nos doentes não sedados, o instrumento usado na avaliação da dor é a Escala Visual Analógica (EVA). A corroborar esta ideia, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (s.d., p. 40), recomenda que “A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS”.

Freitas, Vieira, Torres, Pereira (2009), corroboram a necessidade de avaliação da dor, defendendo que para além de manifestações verbais, a dor conduz a todo um conjunto de manifestações fisiológicas como taquicardia, hipertensão arterial, dilatação pupilar, taquipneia, palidez cutânea, que podem agravar o estado hemodinâmico do doente crítico.

A sedação e analgesia são fundamentais para garantir a segurança e o conforto do doente crítico uma vez que facilita a realização de técnicas invasivas, a adaptação ventilatória, proporciona o alívio da ansiedade, medo, desconforto e controlo da agitação, diminuindo as repercussões fisiológicas e psicológicas desencadeadas pelo *stress*.

Na UCIP para monitorizar o grau de sedação do doente crítico, tive a oportunidade de utilizar a escala – *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)* em que o resultado pode variar entre não despertável (-5) e combativo (+4).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – OE (2018), o enfermeiro gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Um aspeto positivo e de salientar, deve-se ao facto de as visitas na UCIP serem acompanhadas por um profissional de saúde, que lhes explica os procedimentos de assepsia antes de entrar na unidade, e no caso de ser o enfermeiro, explica qual o estado

do seu familiar e qual o seu meio envolvente de forma a diminuir o impacto visual aquando da visita. De acordo com Magalhães (2011), sendo este contexto de cuidados propício ao desenvolvimento da relação de ajuda, é fulcral que os enfermeiros apoiem os familiares neste momento de vulnerabilidade, promovendo uma relação empática aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são indicadores importantes de uma experiência positiva durante a transição.

No SU o acompanhante fala com o médico no gabinete ou dirige-se ao balcão de informações, dado ser um serviço de elevada afluência de doentes urgentes e emergentes. No que diz respeito à gestão de situações de ansiedade e de medo vividos pela pessoa e/ou família em situação crítica e ou falência orgânica, tive a possibilidade de prestar apoio e estabelecer uma relação de ajuda, empática com as famílias, minimizando o seu sofrimento. Na UCIP a impossibilidade de comunicar verbalmente pela presença de tubo endotraqueal coloca o doente numa posição de desvantagem na medida em que não consegue expressar os seus sentimentos e emoções. Assim, utilizei estratégias facilitadoras da comunicação perante os doentes com sedação ligeira e com entubação orotraqueal, comuniquei através de gestos, da leitura dos lábios, olhar dirigido e toque terapêutico, relação empática, de ajuda, compreensão, disponibilidade e de presença.

Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação

O cuidar da pessoa em situação crítica revela-se por vezes difícil, onde é necessário competências e conhecimentos específicos, mas numa catástrofe, é falar em várias pessoas em situação crítica, é prestar cuidados a um nível exponencialmente superior, dependendo do tipo de catástrofe.

Segundo a OE (2018) o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas. Perante a complexidade decorrente da existência de multivítimas em situações crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta assistencial. Este objetivo não foi inteiramente concretizado por mim, no que concerne à ação, contudo pesquisei e inteirei-me do plano de catástrofe implementado no CHTS.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Com a evolução tecnológica, aumento crescente de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico invasivo, leva a ocorrência de infeções a nível hospitalar, e que são a principal causa de efeitos adversos nos cuidados de saúde acarretando um aumento da morbilidade e mortalidade em meio hospitalar e o aumento dos custos na saúde.

Todos os dias tenho atenção na prestação de cuidados para prevenir a infeção, a DGS (2007) corrobora esta ideia afirmando que estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis e refere ainda que a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados, pelo que tive especial atenção na lavagem das mãos, cumprindo criteriosamente na minha prática diária, assim como o uso de equipamento de proteção individual.

Segundo a DGS (2012, p. 2) “na admissão do doente à unidade de saúde deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos. Esta avaliação é realizada e registada no processo clínico até às 24 horas de admissão.” Face ao exposto, verifiquei que na UCIP, durante a admissão é realizado um rastreio séptico ao doente: colheita de expectoração; zaragatoa nasal; zaragatoa rectal e urocultura.

No que diz respeito aos cateteres venosos centrais e de acordo com a DGS (2015, p. 9) “as infeções relacionadas com cateter venoso central são eventos potencialmente evitáveis, tendo a implementação de “feixes de intervenção” para a sua prevenção efeito provado na diminuição da incidência.”. Sendo importante uma correta técnica de algaliação, manutenção do cateter vesical e colheita de urina técnica asséptica de modo a diminuir as infeções associadas ao cateter vesical, realizei uma pesquisa detalhada, consultei PPCIRA do CHTS e atualizei o protocolo existente na UCIP (anexo II). Durante estágio no SU, UCIP e BO aprofundei conhecimentos no âmbito do controlo de infeção.

Relativamente aos doentes submetidos a entubação orotraqueal há o risco de pneumonia associada à intubação. A DGS (2015), define-a como pneumonia que surge em doente com tubo orotraqueal há mais de 48 h ou em doentes extubados há menos de 48 h. Para

prevenir estas pneumonias cumpri o feixe de intervenção recomendado pela DGS, realizando a higiene oral, com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% (recomendado pela DGS), intervenções demonstradas e adquiridas na UCIP.

Como enfermeiro especialista verifiquei a importância do cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção de acordo com PPCIRA, refletindo sobre os cuidados prestados ao doente em estado crítico, com objetivo a melhoria contínua da qualidade.

3 - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A sociedade demonstra um elevado grau de exigência, os doentes exigem um conjunto de competências adquiridas e conhecimentos aprofundados, verifiquei que seria pertinente promover o meu desenvolvimento profissional para poder responder eficientemente às exigências do doente/família.

Sendo assim, este relatório reflete a minha prestação e percurso em estágio no SU, na UCIP e no BO do CHTS que se revelaram ótimos campos de aprendizagem, no qual faço uma descrição dos acontecimentos, mas uma constante reflexão pessoal e análise crítica das minhas perspectivas e objetivos. Durante a realização deste relatório apercebi-me que ao longo do período de estágio aprendi e desenvolvi muito enquanto profissional e pessoa, revendo a minha prestação de cuidados à luz das competências inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, adquiri a verdadeira noção da minha evolução.

Aprender foi a palavra-chave de todo o meu estágio, permitiu-me desenvolver competências ao nível do cuidar à pessoa em situação crítica ou falência orgânica, com a prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, com necessidade de técnicas invasivas e monitorização constante. É uma realidade diferente e onde só o trabalhar diário e a observação constante permitem cimentar competências. Consegui também desenvolver competências inerentes à prevenção e controlo da infeção através da interação constante entre os vários profissionais responsáveis por esta área. Relativamente à dinamização de respostas em situação de catástrofe e emergência multivítimas, consulte o protocolo existente no SU do CHTS.

Ao longo dos 3 campos de estágio aproveitei tudo aquilo que me proporcionaram, de uma forma correta e com atitude digna de aluna, esclarecendo as minhas dúvidas, aperfeiçoando e adquirindo novos conhecimentos, refletindo sobre os cuidados prestados tendo sempre em conta a melhoria contínua da qualidade.

A pessoa em situação crítica constitui verdadeiramente o foco dos cuidados do enfermeiro especialista, e este deve estar preparado, ao nível das suas competências para lhe proporcionar cuidados de excelência

Da análise efetuada podemos constatar que este relatório possui mais oportunidades e pontos fortes do que pontos fracos. Para combater os pontos fracos o objetivo foi trabalhar

com convicção, dedicação e empenho, de forma a colmatá-los permitindo o autoconhecimento e reflexão o que contribuiu para o crescimento, desenvolvimento e consolidação das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

O estágio no SU foi um desafio diário, dado a grande afluência de pessoas com as mais variadas patologias, instabilidades hemodinâmicas, sendo um ambiente agitado, em constante movimento, mas onde me consegui integrar gradualmente e do qual sai com maior confiança e conhecimentos profissionais técnico-científicos.

Por outro lado, o estágio na UCIP e no BO foram estágios aguardados com elevadas expectativas e tensão dado a sua complexidade, especificidade e os obstáculos sentidos no início foram superados com estudo e pesquisa, ultrapassando os obstáculos, o que me permitiu que no final sentisse uma autonomia face à prestação de cuidados diferenciados.

Em cada campo de estágio foi-me atribuído um enfermeiro tutor cujo objetivo era guiar o meu percurso ao longo do estágio e promover o meu pensamento crítico-reflexivo. O enfermeiro tutor sempre demonstrou disponibilidade para me transmitir conhecimentos e motivar a adquirir novos saberes. Em todo o caminho percorrido, o enfermeiro tutor demonstrou ter um papel crucial porque supervisionava o meu percurso, auxiliando nas minhas dificuldades. Sempre com espírito crítico sobre o papel do enfermeiro especialista e sobre o porquê de fazermos as coisas da maneira como fazíamos, demonstrou assertividade e espírito de equipa, transmitindo conhecimentos pertinentes e a vontade de interligar o porque das coisas e da evolução do doente crítico. Sem dúvida que foi um elo fundamental no percurso percorrido, sem o qual, o mesmo não teria sido tão proveitoso, rico e interessante.

Considero que as atividades desenvolvidas e as reflexões originadas ao longo dos estágios permitiram desenvolver as minhas competências como futura enfermeira especialista na área do doente crítico, na prestação de cuidados diferenciados, especializados contribuindo para a excelência da qualidade dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azeredo, T. & Oliveira, L. (2013). *Monitorização hemodinâmica invasiva*. Revista Sinais Vitais, Abril 2013, 44-54.
- Despacho nº 1400A de 15 de fevereiro de 2015 (2015) – *Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da Republica 2ª Serie, Nº 28 . 3882 (3).
- Diário da República, 2.ª série — N.º 26 . (6 de fevereiro de 2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível a 10 de Fevereiro de 2019 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Diário da República, 2.ª série — N.º 135. (16 de julho de 2018). Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Disponível a 10 de fevereiro de 2019 em : <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2015). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de *Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Relacionada com Catéter Venoso Central. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2012). Norma: Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Freitas, C.; Vieira, P.; Torres, G.; Pereira, C. (2009) *Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais*. Revista Dor, 10 (1), 56-62.
- Magalhães, S.C.R.S (2011) *A Vivência das Transições na Parentalidade face ao Evento Hospitalização da Criança*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto
- Machado, N. (2013), *Gestão de qualidade dos cuidados de Enfermagem- um modelo de melhoria continua baseada na reflexão-ação*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

- Martins, J.,J., Maestri, E., Dogenski, D., Nascimento, E., R., P., Silva, R., M., Gama., F., O. (2008). *Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: Critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saude 7 (4) 517-522*
- Ordem dos Enfermeiros (2018), *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.
- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro - Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo - Revista de Ciências da Educação da Unidade de I&D de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa*. 1649-4990. N.º 5.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa.

ANEXOS

Anexo I

**(Norma de Admissão de doente na Unidade Curta Duração do
Serviço de Urgência (UCDSU))**

Norma de Admissão de doente na Unidade Curta Duração do Serviço de Urgência (UCDSU)

Todo o doente admitido deverá preencher os critérios de admissão nesta unidade;

Na admissão, o doente deve estar devidamente identificado com a pulseira de identificação do SU;

Na preparação do doente para a admissão na UCDSU, este deve estar vestido apenas com bata e fralda/ cueca descartável e devemos garantir que todos os pertences foram entregues a família ou devidamente registado em espólio de roupa e valores.

Explicar ao doente/ família o motivo de internamento e funcionamento da UCDSU.

A avaliação inicial é registada no diário clínico do SClínico, sendo construída segundo uma avaliação baseada na metodologia “ABCDE”, e deve ser realizada aquando da admissão do doente.

Deverá ser realizado um plano de cuidados individualizado para cada doente, onde deverá constar focos e intervenções comuns e dirigidas a cada doente.

Deve estar puncionado com CVP nº 18/20G e se necessário 2 CVP e com sonda vesical dependendo da situação do doente.

Na Admissão avaliar:

- Sinais Vitais (TA; FC; Temp.; FR e dor) + SpO2 e PGCapilar
- Risco de queda segundo escala de morse na admissão de 3 em 3 dias
- Risco de úlcera de pressão segundo escala de Braden na admissão e 48/48h
- Verificar Integridade cutânea (feridas/ úlceras de pressão)

Anexo II
(Focos e Intervenções de Enfermagem – UCDSU do CHTS)

Focos e Intervenções de Enfermagem – UCDSU do CHTS

1. Hipoglicemia

Foco:

1. Metabolismo Energético
2. Consciência

Intervenções:

1. Vigiar sinais de hipoglicemia
2. Monitorizar glicemia capilar
3. Avaliar conhecimento sobre a diabetes
4. Referir para o serviço médico
5. Tratar hipoglicemia
6. Vigiar sensação (tonturas, sede)
7. Monitorizar parâmetros de urina
8. Monitorizar escala de coma de Glasgow

2. Pielonefrite

Foco:

1. Dor
2. Perda Sanguínea
3. Febre
4. Infeção
5. Eliminação urinária

Intervenções:

1. Monitorizar dor
2. Executar tratamento com estratégias não farmacológica
3. Planear técnicas de distração
4. Planear técnicas de relaxamento
5. Posicionar
6. Vigiar dor
7. Executar técnica de massagem
8. Executar técnica de relaxamento
9. Aliviar a dor através de embalagem de frio
10. Aplicar envolvimento frio/quente
11. Assistir a identificação de estratégias alívio da dor
12. Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento
13. Avaliar perda sanguínea
14. Vigiar líquido de drenagem
15. Referir para o serviço médico
16. Febre
17. Arejar o ambiente
18. Incentivar a ingestão de líquidos
19. Monitorizar a temperatura corporal
20. Remover o excesso de roupas
21. Promover conforto
22. Monitorar a ingestão de líquidos
23. Monitorizar a eliminação de líquidos
24. Observar alteração do estado de consciência
25. Infeção
26. Otimizar dispositivos médicos
27. Vigiar sinais inflamatórios e infecciosos
28. Remover dispositivos médicos
29. Eliminação urinaria
30. Identificar fatores que contribuem para dificuldade de eliminação urinária
31. Monitorar o balanço hídrica
32. Promover a higiene íntima

33. Reduzir as barreiras ambientais
34. Vigiar características da urina

3. Intoxicação etílica/drogas

Foco:

1. Consciência
2. Convulsão
3. Agitação
4. Vômito
5. Arritmia
6. Salivação
7. Pele
8. Infeção
9. Hipotensão

Intervenções:

1. Monitorizar escala de coma de Glasgow
2. Avaliar a convulsão
3. Iniciar medidas de segurança durante a convulsão
4. Monitorizar frequência respiratória
5. Monitorizar frequência cardíaca
6. Monitorizar saturações
7. Monitorizar Tensão arterial
8. Referir para o serviço médico
9. Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas
10. Gerir ambiente
11. Gerir atividade do doente
12. Otimizar ambiente físico
13. Otimizar imobilização
14. Vigiar comportamento
15. Vigiar resposta comportamental

16. Aplicar dispositivo de imobilização
17. Avaliar agitação
18. Analisar função cardiovascular e risco iminente de arritmia após esforço do paciente e reduzir esforço
19. Instituir manobras de Suporte Básico de vida
20. Observar frequência e regularidade do pulso
21. Verificar sinais de arritmias letais (FV, TV) como rebaixamento do nível de consciência.
22. Infecção
23. Otimizar dispositivos médicos
24. Vigiar sinais inflamatórios e infecciosos
25. Remover dispositivos médicos
26. Vômito
27. Vigiar características do vômito
28. Monitorizar vômito
29. Pele
30. Vigiar alterações cutâneas
31. Identificar sinais como pele fria, edema e congestão pulmonar
32. Manter membros aquecidos e higienizados para reduzir risco de lesões
33. Observar pulso periférico
34. Reconhecer sinais de hipoperfusão
35. Hipotensão
36. Administrar fluidoterapia
37. Elevar os membros inferiores
38. Monitorizar tensão arterial
39. Monitorizar frequência cardíaca

4. Insuficiência Cardíaca

Foco:

1. Dor
2. Expetorar
3. Dispneia
4. Edema

5. Ventilação
6. Consciência
7. Febre
8. Arritmia
9. Choque
10. Eliminação urinária
11. Pele
12. Infecção
13. Acidose respiratória/metabólica

Intervenções:

1. Monitorizar dor
2. Executar tratamento com estratégias não farmacológicas
3. Planear técnicas de distração
4. Planear técnicas de relaxamento
5. Posicionar
6. Vigiar dor
7. Executar técnica de massagem
8. Executar técnica de relaxamento
9. Aliviar a dor através de embalagem de frio
10. Aplicar envolvimento frio/quente
11. Assistir a identificação de estratégias alívio da dor
12. Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento
13. Monitorizar escala de coma de Glasgow
14. Avaliar expectoração
15. Estimular a tossir
16. Executar cinesioterapia respiratória
17. Executar inaloterapia
18. Gerir inaloterapia

19. Gerir oxigenoterapia
20. Incentivar a expetorar
21. Incentivar a tossir
22. Vigiar as secreções
23. Aspirar secreções
24. Avaliar as dispneia
25. Elevar a cabeceira da cama
26. Executar inaloterapia
27. Executar oxigenoterapia
28. Incentivar ao repouso
29. Manter ao repouso
30. Monitorizar frequência respiratória
31. Otimizar inaloterapia
32. Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios
33. Planear atividade
34. Planear repouso
35. Monitorizar entrada e saída de líquidos
36. Monitorizar frequência cardíaca
37. Monitorizar saturações
38. Monitorizar Peso corporal
39. Monitorizar Tensão arterial
40. Monitorizar Ingestão de líquidos
41. Planear a ingestão de líquidos
42. Posicionar e restringir a ingestão de líquidos
43. Instruir a massajar
44. Incentivar a massajar
45. Massajar
46. Aplicar terapia compressiva
47. Referir para o serviço médico
48. Avaliar edema
49. Elevar cabeceira da cama
50. Elevar parte do corpo
51. Ensinar sobre restrições de líquidos

52. Gerir ingestão de líquidos
53. Incentivar a executar técnica respiratória
54. Incentivar repouso
55. Vigiar respiração
56. Assistir a pessoa a ventilação através de dispositivos respiratórios
57. Avaliar a ventilação
58. Elevar a cabeceira da cama
59. Arejar o ambiente
60. Incentivar a ingestão de líquidos
61. Monitorizar a temperatura corporal
62. Remover o excesso de roupas
63. Promover conforto
64. Monitorar a ingestão de líquidos
65. Monitorizar a eliminação de líquidos
66. Arritmia
67. Analisar função cardiovascular e risco iminente de arritmia após esforço do paciente e reduzir esforço
68. Instituir manobras de Suporte Básico de vida
69. Observar frequência e regularidade do pulso
70. Verificar sinais de arritmias letais (FV, TV) como rebaixamento do nível de consciência.
71. Avaliar alterações na Tensão arterial (hipotensão ortostática)
72. Observar sinais de oligúria
73. Preparar medidas de contensão circulatória (preparo de drogas cardiotônicas)
74. Relatar episódios de pulso rápido e fino e alteração da perfusão periférica e iniciar manobras de ressuscitação de fluidos e suporte básico
75. Identificar fatores que contribuem para dificuldade de eliminação urinária
76. Monitorar o balanço hídrica
77. Promover a higiene íntima
78. Reduzir as barreiras ambientais
79. Vigiar características da urina
80. Pele
81. Vigiar alterações cutâneas

82. Identificar sinais como pele fria, edema e congestão pulmonar
83. Manter membros aquecidos e higienizados para reduzir risco de lesões
84. Observar pulso periférico
85. Reconhecer sinais de hipoperfusão
86. Infecção
87. Otimizar dispositivos médicos
88. Vigiar sinais inflamatórios e infecciosos
89. Remover dispositivos médicos

Anexo III
(Norma Cateter Vesical na UCIP)

Norma Cateter Vesical

1. OBJETIVO

- a. Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária
- b. Monitorizar o débito urinário
- c. Fazer colheitas de urina
- d. Efetuar lavagem vesical/sinfonagem
- e. Executar avaliação da Pressão Intra - Abdominal

2. APLICAÇÃO

Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

3. REFERÊNCIAS

- Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Fundamental Critical Care Support (FCCS), 2ª edição, Editora Revinter, ISBN-85-7309-410-9, 1998
- Manual de Normas de Prevenção e Controlo de Infeção Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, Março de 2007, com atualização a Julho de 2019
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). Guideline For Prevention of Catheter associated Urinary Tract Infections 2009 Diário da República (2016). Despacho n.º 3844-A/2016.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Consultado a 21 de novembro de 2019 em www.dgs.pt.

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

- Algaliação: Consiste na introdução de uma algalia através do meato urinário e uretra até a bexiga.
- SMI: Serviço Medicina Intensiva
- PIA: Pressão Intra-abdominal
- Infecção urinária – Processo inflamatório de causa infecciosa que pode atingir as vias urinárias superiores e/ou inferiores.

5. INFORMAÇÕES GERAIS

5.1 QUEM EXECUTA:

Enfermeiro responsável pelo doente

5.2 ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

- Respeitar a privacidade do doente
- Utilizar técnica asséptica
- Selecionar o calibre adequado da sonda, tendo em conta o sexo, idade, patologia, características do doente e a finalidade da algaliação
- Medidas preventivas da Infecção Urinária no sistema SMI (anexo I).

5.3 ONDE EXECUTA

Na unidade do doente

5.4 COMPLICAÇÕES

- Hipotonicidade vesical
- Trauma uretral (estenose, fistula uretral, alteração esfíncteriana)
- Infecção trato urinário

5.5 MATERIAL E EQUIPAMENTO

Mesa de apoio	Bata esterelizada	Máscara
Barrete	Kit de algáliação	Algália
Saco coletor esterilizado(debitómetro)	Luvras de higiene	Bacia
Água	Sabão	Esponjas
Resguardo		

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Ação	Justificação
1.Lavar as mãos	Prevenir Infeções Nasocomiais
2. Preparar o material e transportá – lo para junto do doente	Economizar tempo
3. Identificar o doente	Evitar erros
4. Explicar o procedimento ao doente e pedir a sua colaboração	Reduzir a ansiedade e obter a sua colaboração
5. Isolar o doente	Respeitar a privacidade do doente
6.Expor a área genital, colocando o doente: Homem - decúbito dorsal com as pernas ligeiramente Mulher – decúbito dorsal com as pernas afastadas e fletidas	Ajudar na execução da técnica
7. Colocar resguardo descartável	Proteger a roupa da cama
8. Calçar as luvas de higiene	Proteger o enfermeiro
9. Proceder à lavagem dos órgãos genitais com água e sabão e secar	Diminuir a contaminação bacteriana da área
10. Retirar o resguardo	
11. Retirar as luvas	Evitar a contaminação do material
12. Colocar novo resguardo	
13. Desinfetar as mãos com Sterillium	Prevenir infeção
14. Abrir o campo do material esterilizado:	

<p>-Retirar o invólucro exterior da algália e colocá-la (com técnica assética) em cima do campo esterilizado</p> <p>-Preparar a seringa esterilizada com a água bi - destilada</p> <p>Abrir o saco coletor esterilizado e juntar ao restante material no campo</p>	Procedimentos de forma a evitar a contaminação
15. Vestir a bata esterilizada e calçar as luvas esterilizadas	Manter técnica assética
16. Lavar com soro fisiológico a 0.9% o meato urinário, nas mulheres afastar grandes e pequenos lábios, no homem e fazer a retração do prepúcio.	Correta lavagem do meato urinário e região peri-uretral
17. Colocar o campo esterilizado com janela	Facilitar a execução da técnica
18. Segurar a sonda com a mão dominante, retirar o involucro e enrolá-la em volta da mesma mão. Adaptar a algália ao saco coletor esterilizado.	Evitar contaminação com fluido orgânico
19. Introduzir gel lubrificante individualizado sobre o cateter vesical (existente no kit de algáliação)	Para ajudar a técnica
<p>20. Introduzir a algália com movimentos rotativos e de forma suave:</p> <p><u>Homem:</u> com a mão não dominante colocar o pénis num ângulo de 90°, exercendo uma ligeira tração, ao mesmo tempo que se faz a inserção da algália (mais ou menos 17 a 20 cm). Quando se sentir uma ligeira resistência baixar o pénis (mais ou menos 120°) continuando a introdução da algália até chegar a bexiga;</p> <p><u>Mulher:</u> Com a mão não dominante manter afastado os grandes lábios ao mesmo tempo que se faz a introdução da algália com a mão não dominante (mais ou menos 5 a 7.5 cm) até chegar a bexiga.</p>	<p>Evitar traumatismo e falsos trajetos da uretra;</p> <p>Desfazer o ângulo peno-escrotal (1ª curvatura da uretra) facilitando a progressão da algália.</p>
21. Introduzir um pouco mais a algália	
22. Instilar a quantidade de água bidestilada apropriada para a insuflação do balão;	Fixar internamente a algália
23. Fazer um ligeiro movimento de tração	Certifica-se da fixação interna da algália
24. Retirar o campo esterilizado e resguardo descartável	

25. Retirar as luvas e bata	
26. Fixar a algália externamente: Homem: região infra-umbilical Mulher: Face interna da coxa	Prevenir traumatismos da uretra
27. Colocar o saco coletor em suporte próprio	Facilitar a drenagem de urina
28. Reposicionar o doente	Proporcionar conforto
29. Providenciar a recolha e arrumação do material	Manter a unidade arrumada
30. Lavar as mãos	Prevenir infeções Nosocomiais

7. REGISTOS

- Data e hora da algaliação
- Tipo de calibre da algália
- Quantidade e características da urina drenada
- Data da próxima algaliação

8.REMOÇÃO DA ALGÁLIA

Deve ser feita o mais precocemente possível, assim que deixe de ter indicação clínica.

O procedimento de remoção da algália, deve obedecer aos seguintes passos:

- Desinfetar as mãos com solução anti-séptica alcoólica e calçar luvas limpas;
- Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico antes de remover a algália;
- Desinsuflar o balão e reinsuflar imediatamente com 1 ml de água bidestilada;
- Retirar a algália suavemente;
- Limpar novamente o meato urinário e a região peri-uretral;
- Vigiar a eliminação vesical espontânea e promover o reforço da ingestão e/ou aporte hídrico.

8.1 REGISTRAR

- Data e motivo da remoção da algália;
- Eliminação Pós- Desalgaliação

Anexo IV
(Prevenção da Infecção Urinária em doentes algaliados na UCIP)

Prevenção da Infecção Urinária em doentes algaliados na UCIP

- 1.** Objetivo: Diminuir a infecção urinária associada à algaliação.
- 2.** Introdução: A infecção do trato urinário é uma das infecções nosocomiais mais comuns que ocorre principalmente após a cateterização vesical
- 3.** Algaliação de acordo com norma da UCIP (norma de algaliação, revisão 25/11/2019)
- 4.** Recomendações:

É importante do ponto de vista da prevenção e controlo das ITU, a técnica de inserção cateter vesical, a avaliação da sua necessidade, a seleção do tipo de cateter vesical, a inserção e manutenção asséptica do cateter vesical e sistema de drenagem, e sua correta remoção.

4.1 Escolha do cateter vesical:

- Usar sondas tipo foley com balão 100% silicone e não foley de latex;
- Selecionar o calibre preferencialmente 14Ch para as mulheres e 16Ch para os homens, exceto se outra indicação clínica.
- Trocar o cateter vesical a cada 20 dias.

4.2 Manutenção e Manuseamento do sistema de drenagem vesical

Na admissão do doente, trocar as sondas vesicais que são colocadas fora da UCIP, exceto os doentes vindos do bloco operatório e com a certeza de que são algaliados nesse serviço.

Entenda -se o tempo admissão “logo que possível” para executar a técnica em segurança e de acordo com as boas práticas:

- a) Higienizar as mãos e usar luvas limpas, antes da manipulação da algália e voltar a higienizar as mãos após a remoção das luvas e depois da manipulação do sistema;

- b) Garantir o livre fluxo de urina, evitando dobras no circuito de drenagem;
- c) Em caso de desconexão da algália do saco coletor ou se necessário a sua substituição, utilizar técnica asséptica para repor o circuito, desinfetando a extremidade da algália com gluconato de clorohexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%;
- d) Evitar o refluxo de urina mantendo o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga, sem tocar no chão;
- e) Efetuar a higiene do períneo com água e sabão diariamente e otimizar a algália no turno tarde e noite, lavagem do meato urinário com água e sabão (para evitar o acumular de floras, exsudados, secreções) e manter região seca;
- f) Nos cuidados de higiene, tentar isolar os cuidados perineais do restante banho (evitar mistura de floras);
- g) As irrigações, instilações ou lavagens não estão recomendadas a não ser que haja indicação clínica (ex. cirurgia urológica, hematúria franca, obstrução).

4.3 Esvaziamento do saco coletor de urina

- a) Este procedimento deve ser efetuado por Assistente Operacional devidamente informado
- b) O saco coletor deve ser controlado e esvaziado quando se encontrar a 2/3 da sua capacidade e, quando necessário, sob orientação/ indicação do enfermeiro, da seguinte forma:
 - 1º. Higienizar as mãos;
 - 2º. Colocar luvas de proteção (luvas limpas) devido ao risco de ocorrência de salpicos e as mesmas devem ser mudadas entre os doentes;
 - 3º Em cada despejo deve ser usado um recipiente limpo e individualizado, evitando o contacto entre a torneira de despejo do saco e o recipiente de recolha. Deve ser evitada a contaminação do sistema e fuga de urina durante esvaziamento

4º Limpar a válvula de despejo antes da sua abertura com uma compressa embebida em álcool a 70º ou toalhete limpo, após o despejo para evitar o gotejamento para o chão da urina residual.;

4º. Lavar as mãos após o procedimento.

4.4 Colheita assética de urina através de Cateter Vesical

A colheita de urina deve ser executada no ponto de colheita sem necessidade de agulha no saco coletor e nunca por desadaptação da conexão do saco coletor do cateter vesical.

OBJETIVO

- Colher amostra de urina tipo I/II com equipamento correto;
- Minimizar os riscos de contaminação da amostra
- Reduzir os riscos para os profissionais de saúde através de salpicos, podendo ocorrer lesões, portanto recomenda -se o uso de Equipamento de Proteção Individual.

QUEM EXECUTA:

- Enfermeiro responsável pelo doente

ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

- Respeitar a privacidade do doente
- Utilizar técnica assética
- Selecionar o material necessário

ONDE EXECUTA

- Na unidade do doente

PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar touca, máscara, avental e calçar luvas limpas.
3. Clampar o sistema de drenagem de urina para o saco coletor, a jusante do local de colheita.
4. Desinfetar com clorohexidina 2% no ponto de colheita sem necessidade de agulha no saco coletor, com auxílio de compressa esterilizada;
5. Deixar secar;
6. Introduzir o adaptador de colheita “Holder” de urina no local apropriado na tubuladora do saco coletor e adaptar o respetivo tubo de colheita;
7. Desclampar o sistema de drenagem;
8. Remover Equipamento de proteção Individual;
9. Higienizar as mãos;
10. Assegurar que o frasco de amostra está devidamente identificado antes do envio para o laboratório;
- 11.** enviar a amostra o mais breve possível.

Anexo V
(Panfleto sobre a Lavagem das mãos)

As mãos e as Infecções

As mãos são a principal fonte de transmissão de microrganismos!



Alguns destes microrganismos provocam doenças, transmitem doenças para outras pessoas e vice-versa.

*O controlo da infeção
está nas suas mãos,
começa por si!*

Porque devemos lavar as mãos?

Lavar as mãos corretamente com água e sabão é a forma mais simples de prevenir a transmissão de infecções protegendo -se a si e aos que o rodeiam. **Duração 40-60 seg.**



Quando lavar as mãos?

- Sempre que as mãos estiverem sujas.
- Antes de vestir a bata e plainitos
- Após ter utilizado a casa de banho
- Após ter assoado o nariz, tossir, espirrar

Contudo também é importante em Unidades de Cuidados intensivos a desinfecção das mãos com solução alcoólica de acordo com os momentos, Antes e após as visitas ao doente.

Duração: 20-30 segundos



Como desinfetar as mãos

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Fricione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

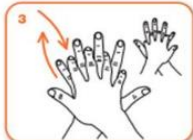
 Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



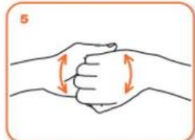
2 Fricione as palmas das mãos entre si.



3 Fricione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Fricione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



5 Fricione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Fricione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Fricione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

medidas simples salvam vidas



Adapted with permission from Functio's Hand Hygiene Programme

Trabalho elaborado por: Lúcia Amorim (aluna da especialidade médico cirúrgica – Escola Superior de Saúde de Bragança Dezembro 2019

Já lavou as suas mãos hoje?



**Lave as suas mãos,
Evite a infeção
Salve Vidas**