



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Adesão dos enfermeiros aos equipamentos de proteção individual numa unidade de cuidados intensivos: um imperativo em cuidados especializados

Junho, 2023

Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Joana Campos

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Adesão dos enfermeiros aos Equipamentos de Proteção Individual numa unidade
de cuidados intensivos: um imperativo em cuidados especializados**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof. Doutora Albertina Marques

Junho de 2023

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho e a conclusão desta etapa académica foi o término de um longo percurso que só foi possível alcançar graças ao apoio e incentivo das pessoas que me são mais próximas.

Começo por dirigir as primeiras palavras à minha mãe. Um exemplo de força e perseverança, que me ensinou a nunca desistir dos objetivos a que me proponho. A simplicidade com que vê a vida será sempre uma inspiração.

Ao Diogo, por ser o equilíbrio necessário no meio do caos. Por me fazer acreditar que era possível, por acreditar mais em mim do que eu própria, pela tranquilidade e pelo otimismo.

À Helena, por partilhar das minhas angústias, os meus sorrisos e por ser a melhor irmã que a vida me deu. Somos a prova que a compreensão do olhar às vezes vale mais do que as palavras.

Ao João Jácome, à Joana Rocha, à Sara Magalhães, à Raquel Ferreira, à Joana Vasconcelos e à Virginia, pelos telefonemas, pela sobrecarga de turnos e pela amizade.

À Dr^a Teresa Cardoso, pela ajuda na escolha do tema, por ter desmitificado o fantasma da “investigação” e por ter sido uma ajuda fundamental em todas as etapas deste processo.

À Celina, pela disponibilidade, sensatez e conhecimento.

Ao Gilberto, por ter sido o melhor companheiro de viagem e o amigo que esta etapa académica me deu.

Ao meu chefe, por me ter permitido desenvolver este trabalho no serviço, pela compatibilidade de horários que disponibilizou e pelo apoio.

Aos meus colegas de trabalho, sem o seu apoio este caminho teria sido mais difícil.

À Professora Albertina Marques, pela partilha de conhecimento, disponibilidade e exigência.

Por último à minha família e aos meus amigos, pelas ausências, pela compreensão e pelas palavras de incentivo.

Este trabalho é a prova de que todos juntos somos muito mais fortes do que cada um individualmente.

Obrigada.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória do meu pai.

A lembrança da sua relação com os EPI é sempre motivo de um sorriso.

PENSAMENTO

“ O importante é não parar de questionar.
A curiosidade tem a sua própria razão de existir.”

Albert Einstein

RESUMO

As Unidades de Cuidados Intensivos assumem-se como um local qualificado para a prestação de cuidados integrais à pessoa com falência múltipla de órgãos. Estas unidades disponibilizam meios diferenciados de monitorização e protocolos terapêuticos ao doente crítico. Um dos seus desafios é o desenvolvimento de cuidados seguros, dado que são os serviços hospitalares com maior prevalência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Fortalecer as práticas de prevenção e controle de infeção e implementar a gestão antimicrobiana são medidas essenciais para a sua diminuição, bem como evitar a disseminação de resistência antimicrobiana.

Preocupações com estas questões, aliadas ao facto de exercer funções em cuidados intensivos há longa data, nortearam as decisões quanto à continuidade do processo de ensino/aprendizagem. Assim, optou-se por realizar um estágio de natureza profissional numa unidade de cuidados intensivos de um hospital do norte de Portugal, com o objetivo de desenvolver competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

A execução do relatório assenta na apresentação de uma reflexão crítica e analítica do processo de aquisição das competências. Para tal, foram mobilizadas metodologias ativas, participativas, sustentadas nos referenciais teóricos e na melhor evidência disponível.

No âmbito das inúmeras atividades desenvolvidas, realizou-se um estudo relativo à adesão dos enfermeiros ao uso de equipamento de proteção individual face à tipologia de isolamento, estabelecido na referida unidade. Tratou-se de um estudo descritivo correlacional com uma amostra de 41 enfermeiros. Os principais resultados mostram que a adesão dos enfermeiros aos equipamentos de proteção individual variou conforme a tipologia de isolamento. Relativamente ao isolamento de proteção a adesão foi de 100%, ao isolamento aéreo foi de 95,3% e ao isolamento de contacto foi de 68.8%. Assim, conclui-se que é imperativo que as instituições continuem a investir em estratégias de adesão ao uso destes equipamentos.

No que concerne ao desenvolvimento de competências, destacam-se as da área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Não descurando nenhuma, deu-se especial relevo à prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, perante a complexidade da situação e imperatividade de respostas adequadas e atempadas.

Em suma, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica é detentor de competências que lhe permite uma intervenção técnico-científica, ética e humana.

Palavras Chave: Enfermagem, enfermagem médico-cirúrgica, enfermeiro especialista, infeções associadas aos cuidados de saúde, equipamento de proteção individual.

ABSTRACT

Intensive Care Units are considered a qualified place to provide integral healthcare to people suffering from multiple organ failure. These specialised units supply different types of monitoring and protocols to critical patients. One of the main challenges is the development of safe care, given that they're the hospital services with the highest prevalence of healthcare associated infections. Strengthening prevention and infection control practices as well as implementing antimicrobial protocols are essential measures for decreasing and also to avoid the spread of antimicrobial resistance.

Concerning with these questions and associated to the years of experience with critical care patients, it was decided to follow this theme regarding the continuity of my learning process. This being said, it was opted to do a clinical practice, as a subject of my master degree, in an intensive care unit in a hospital in the north of Portugal, with the goal of developing specialized skills in medical-surgical nursing for people in critical situations. The execution of this report lays on presenting a critical and analytical reflection of the competences skills acquire. To do this, active and participative methods were deployed, sustained in theoretical references and in the best evidence possible.

Within the scope of the multiple activities developed, a study about the adherence of nurses to the use of individual protective equipment given the type of isolation established in that unit was accomplished. It consisted on a descriptive and correctional study with a sample size of 41 nurses. The main results showed that the adherence of the nurses to the individual protective equipment varied considering the type of isolation. Relatively to protective isolation, the adherence was 100%, in the respiratory isolation was 95.3% and contact isolation was 68.8%. With this information, it was conclude that it's imperative that institutions continue to invest in strategies to endorse the adhesion to the use of this equipment.

Regarding the development of competences, it was highlighted the areas focused in the care to people in critical condition. While not neglecting any of them, the prevention and infection control as also as the antimicrobial resistance before the complexity of the situation and the imperativeness to adequate and timely response, were emphasised in this essay.

In conclusion, a nurse specialized in medical-surgical nursing is the holder of many skills that allows to have a technical-scientifical, ethical and humane approach.

Key Words: Nursing, medical-surgical nursing, specialized nurse, healthcare associated infections, individual protective equipment.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CVC – Cateter Venoso Central

DEFI – Departamento de Ensino Formação e Investigação

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI – Emergência Médica Interna

EPI – Equipamento de Proteção Individual

DP – Desvio Padrão

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

KPC - *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PBCI – Precauções Básicas de Controle de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VIP – Very Important Person

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	ii
DEDICATÓRIA	iii
PENSAMENTO	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT	vi
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	vii
SUMÁRIO	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE QUADROS	xii
INTRODUÇÃO	1
1. - O CONTEXTO DA PRÁTICA	5
2. - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM INVESTIGAÇÃO: ADESÃO DOS ENFERMEIROS À UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUMA UCI	11
2.1. - JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	11
2.2. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.2.1. Prevenção e controle das IACS	13
2.2.2. Precauções Básicas de Controle de infecção (PBCI)	16
2.2.3. Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT)	23
2.2.3.1. - Precauções de Contacto	25
2.2.3.2. - Precauções de Aerossóis.....	26
2.2.3.3. - Precauções de gotícula.....	26
2.2.4. Precauções de isolamento de proteção	28
2.2.5. Adesão aos EPI	29
2.3. - METODOLOGIA.....	33
2.3.1. Tipo de estudo	33
2.3.2. Questão de investigação.....	34
2.3.3. Variáveis em estudo	35
2.3.4. População, amostra e terreno de pesquisa.....	36
2.3.5. Colheita de dados.....	37
2.3.6. Tratamento de dados	39

2.3.7. Considerações Éticas	39
2.4. - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	40
2.4.1. Caracterização Sócio Demográfica da Amostra	40
2.4.2. Caracterização das observações.....	41
2.4.3. Adesão dos enfermeiros ao Equipamento de Proteção Individual numa Unidade Cuidados Intensivos.....	43
2.5. - DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	46
2.6. - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	49
3. - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE SITUAÇÃO CRÍTICA	51
3.1. - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	52
3.2. - MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	56
3.3. - GESTÃO DE CUIDADOS	62
3.4. - DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	65
3.5. - CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA E DA RESPECTIVA FAMÍLIA/CUIDADOR	66
3.6. - DINAMIZAR A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO	72
3.7. - MAXIMIZAÇÃO DA PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	73
4. - CONCLUSÃO	78
5. - BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS.....	89
ANEXO 1 - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	90
ANEXO 2 - PARECER PROTEÇÃO DE DADOS	92
ANEXO 3 - PARECER CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	95
ANEXO 4 - PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO 2022.....	98
ANEXO 5 - PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO 2023.....	100
APÊNDICE	102
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	103
APÊNDICE 2 - GRELHAS DE OBSERVAÇÃO	105

APÊNDICE 3 - CONSENTIMENTO INFORMADO.....	109
APÊNDICE 4 - PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO	111
APÊNDICE 5 - BASE DADOS FORMAÇÕES.....	117
APÊNDICE 6 - FORMAÇÃO PARA OS AUXILIARES	119
APÊNDICE 7 - FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS.....	130

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Critério de ativação EMI	10
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. - Caracterização/ apresentação das variáveis	35
Quadro 2. - Caracterização da amostra (n=41)	40
Quadro 3. - Caracterização das observações por variáveis socioprofissionais (n=269)	41
Quadro 4. - Caracterização das observações por turno, dia da semana, tipo de cuidados, utilização (n=269)	41
Quadro 5. - Distribuição das observações por tipologia de isolamento (n=269)	42
Quadro 6. - Associação entre as variáveis independentes e a adesão à utilização do EPI no isolamento de contacto.	44

INTRODUÇÃO

O presente trabalho realizou-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório final, inserida no plano curricular do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Trata-se de uma unidade curricular constituída por 30 ECTS, correspondendo a 390 horas de contacto no serviço e um total de 810 horas de trabalho individual.

O referido estágio decorreu no período de três de outubro de 2022 a 31 de março de 2023, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de uma instituição da região Norte de Portugal, sob a orientação da Professora Doutora Albertina Marques e da Tutora enfermeira Sara Magalhães.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), tem sofrido grande evolução nos últimos anos. As pressões epidemiológicas e demográficas, bem como a exigência das pessoas, tem suscitado aos enfermeiros a imprescindibilidade de investir na sua qualificação permanente. É crucial responder adequadamente a uma população cada vez com mais necessidades de cuidados específicos, mais envelhecida, com mais comorbilidades e que, por isso, recorre mais aos serviços de saúde (Vieira, 2020).

Portugal é um país que assiste a um envelhecimento populacional, paralelamente ao que se verifica na Europa e grande parte do mundo. Nos Censos 2011, as pessoas idosas representavam 19% da população portuguesa, confirmando-se nos Censos 2021 a tendência de aumento desta faixa etária, representando 23,4% da população (PORDATA, 2021).

Para além desta realidade, de acordo com a publicação do Instituto Nacional de Estatística (INE) “Tábuas de Mortalidade em Portugal – NUTS (2019-2021)” , a esperança média de vida em Portugal é de 77,7 anos para os homens e de 83,4 anos para as mulheres, colocando Portugal na primeira metade da tabela dos países europeus com uma maior esperança de longevidade.

Associado a estes dados, percebe-se o inerente declínio da condição física das pessoas e com isso o aumento da doença. Segundo a Ordem dos médicos (2020), a carga de doença crónica dos portugueses, após os 65 anos, é das mais elevadas da União Europeia. De acordo com esta realidade percebe-se uma necessidade de cuidados de saúde completos e diversificados, capaz de dar resposta aos problemas não só relacionados com doença crónica, mas também devido às situações agudas, entre os quais as situações críticas.

As situações críticas, acometem pessoas de qualquer faixa etária, sendo que a Ordem dos Enfermeiros (OE) define PSC como 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”, (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19362).

Sendo verdade que os cuidados à PSC, podem ser realizados em vários contextos de saúde, eles estão muito associados às Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Portugal apresentou em 2019 um total de internamentos em cuidados intensivos de 6983, com uma média de 10,7 dias de internamento. A média de idades dos doentes admitidos foi de 67 anos sendo que 38% eram mulheres. A percentagem correspondente a admissões de doentes médicos foi de 65,9%, e cirúrgicos 34,1% (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]a, 2023).

A dimensão epidemiológica apresentada prediz uma noção de multidimensionalidade de intervenção, como condição facilitadora face à PSC e respetiva família.

A profissão de enfermagem, como consequência destas circunstâncias e problemáticas tem-se desenvolvido à semelhança de outras profissões da área da saúde. Assim, a sustentação das práticas no saber científico e nos resultados da investigação científica tornam-se fundamentais para o exercício da profissão, uma vez que permite a tomada de decisões adequadas e inteligentes, com vista à melhoria dos cuidados prestados aos doentes (Martins, 2008).

Os Serviços de Medicina Intensiva assumem-se como um local qualificado para a prestação de cuidados integrais à PSC com falência múltipla de órgãos, passíveis de recuperação, ou em risco de vida. São unidades que exigem recursos humanos e materiais especializados para a monitorização contínua das funções vitais da pessoa, a fim de prevenir e detetar complicações (Ministério da Saúde & Direção Geral de Saúde [DGS], 2003). Assim, estas unidades têm como missão a prestação de cuidados diferenciados com elevados níveis de qualidade e eficiência, detendo meios humanos e tecnologia sofisticada, que permitem a vigilância e o tratamento das situações clínicas potencial ou realmente graves.

Em 2019 o número de UCI existentes era 39, com capacidade média de 8 camas cada uma. O rácio em 2018 de camas por 100000 habitantes foi de 6,4 (ECDCa, 2023).

Sendo uma área muito específica dos cuidados, nomeadamente de enfermagem, é necessária formação contínua e diferenciada, que permita desenvolver um conhecimento aprofundado no julgamento clínico e na tomada de decisão, face à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Estes profissionais cuidam da pessoa e seus familiares em situações de grande sofrimento, exigindo intervenções céleres, pautadas na qualidade quer a nível técnico especializado, como humano.

Os cuidados de enfermagem à PSC, além de permitirem manter as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades (Regulamento nº 429/2018, 2018), facilitam ou inibem os processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada e de acordo com o que isso representa para ela (Meleis, 2009).

No exercício de funções numa UCI, enquanto enfermeira generalista, existe um confronto diário com o sofrimento da pessoa e família, bem como com as exigências tecnocientíficas em constante evolução. Perante as limitações percebidas neste contexto, concomitantemente com vontade de progredir enquanto profissional, tornou imperativa a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências especializadas nesta área do cuidar e do saber, ingressando assim, no processo formativo em curso.

Este estágio permitiu consolidar conhecimentos obtidos em contexto teórico e adquirir outros novos, pois tal como refere Benner (2001), a prática de cuidados é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento. A prática de enfermagem em cuidados intensivos requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas. Neste sentido, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e do EEEMC na área de enfermagem à PSC previstas nos Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e no Regulamento nº429/2018 de 16 de julho respetivamente, delineou-se como objetivo geral, desenvolver competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área de cuidados à PSC .

Um grande desafio em saúde, é garantir a realização de cuidados seguros. Neste âmbito, a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) ocupam um particular destaque.

As IACS são infeções adquiridas pelos doentes durante a permanência num hospital ou noutro ambiente que permita acesso a cuidados de saúde relacionadas com a assistência prestada (ECDCb, 2023).

A maior prevalência de IACS em meio hospitalar verifica-se nas UCI. Está muito associada ao uso de dispositivos invasivos, como os tubos endotraqueais, cateteres vasculares e urinários, utilizados frequentemente na PSC. Considera-se, contudo, que uma percentagem significativa dessas IACS é evitável. Além disso, a carga de resistência aos antimicrobianos é alta nas UCI, devido à gravidade do quadro clínico das pessoas, ao uso frequente de antibióticos, bem como às práticas variadas de prevenção e controle de infeção. Fortalecer estas práticas e implementar a gestão antimicrobiana, são medidas essenciais para prevenir as IACS, assim como o surgimento e disseminação de resistência antimicrobiana em UCI (ECDCa, 2023).

Com base nas inquietações e preocupações com esta problemática, considerou-se pertinente, no decorrer do estágio, a realização de um estudo relativo à utilização adequada de Equipamento de Proteção Individual (EPI) face ao tipo de isolamento estabelecido numa UCI.

Para elaboração do presente relatório utilizou-se uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas e competências adquiridas, no que concerne à satisfação da pessoa, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado. Recorreu-se à evidência científica atual de qualidade, ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, ao Regulamento de Competências Específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, e aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à PSC (OE, 2017).

Assim, organizou-se este trabalho, atendendo a três pontos fundamentais. Inicialmente apresenta-se o enquadramento contextual do estágio, onde são referidas as características do campo de estágio e elucidados os principais conceitos e pressupostos dos cuidados à PSC. Posteriormente, é apresentado o trabalho de investigação desenvolvido no local de estágio, cujo tema escolhido foi “Adesão dos enfermeiros à utilização adequada dos equipamentos de proteção individual numa UCI”. O terceiro ponto destina-se à apresentação das competências especializadas em enfermagem desenvolvidas no decorrer do estágio.

1. - O CONTEXTO DA PRÁTICA

A realização de um estágio permite, a quem passa por esta experiência, a aquisição de conhecimento prático e desenvolvimento de competências em diferentes áreas do saber, que ultrapassam os conhecimentos adquiridos exclusivamente com formação teórica. Neste sentido, o contexto da sua realização é de suma importância para a consecução efetiva dos objetivos propostos.

O campo de estágio integra uma instituição de saúde de um hospital universitário com cerca de 600 camas. A sua área de influência abrange 12 freguesias, sendo o hospital de referência para a população de vários distritos do norte do país, abrangendo mais de 600.000 habitantes. O serviço onde decorreu o estágio trata-se de uma UCIP incorporada no Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência (CHUP, 2014a).

A UCIP tem como missão primordial dar resposta a todas as solicitações urgentes e emergentes disponibilizando intervenção assistencial distribuída por quatro áreas fundamentais: uma enfermaria com 12 camas, a Sala de Emergência (SE), (inserida no Serviço de Urgência), todas as enfermarias do hospital no Programa de Emergência Médica Interna (EMI) e a Consulta de Follow-up aos dois meses após internamento (CHUP, 2022).

A unidade suprarreferida surge em 1992, como resposta à necessidade crescente de suporte em cuidados intensivos para doentes urgentes e emergentes num local com recursos limitados e esgotados. Trata-se de uma unidade polivalente, pelo tipo de doentes que admite, bem como na sua missão de apoio ao SU e à permanência interna de todo o hospital (CHUP, 2022).

Segundo Penedo et al. (2013), as UCI são categorizadas em três níveis de acordo com o nível de complexidade de cuidados prestados:

- Nível I – Visam, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços e /ou Unidades de nível superior;
- Nível II – Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...) pode estar condicionado, pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso a médico com preparação específica permanente;
- Nível III – Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva / Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, quadros próprios (médicos e enfermeiros), assistência médica com preparação específica (intensivista) 24

horas, acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o serviço ou unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente. A designação Serviço / Unidade de Cuidados Intensivos nos hospitais portugueses deve referir-se exclusivamente a unidades de nível III.

Face ao exposto, a UCIP, é uma unidade de nível III, dispondo de um total de 12 camas. Quatro das quais, têm capacidade para suporte e substituição contínua da função renal e, ao mesmo tempo, podem ser utilizadas como quartos de isolamento (duas com pressões negativas).

Por definição, “...os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos (nível III) são polivalentes. Ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes por que se é responsável” (Ministério da Saúde & DGS, 2003, p. 8 e 9). Portanto, a UCIP segue as recomendações apontadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (2013) e as classificações preconizadas pelo Ministério da Saúde (2003), garantindo o diagnóstico, tratamento e assistência à PSC.

Os cuidados intensivos são uma área diferenciada e multidisciplinar onde se aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas em condições fisiopatológicas potencialmente reversíveis, cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (Regulamento nº429/2018, 2018). Nesta unidade, são admitidas pessoas em situação crítica com as diversas patologias médicas e cirúrgicas das diferentes especialidades. Todas as camas dispõem de monitorização de eletrocardiograma, pressões invasivas e não invasivas, oximetria de pulso; monitorização da temperatura, monitorização do débito cardíaco e ainda monitorização de Cerebral venous oxygen saturation monitoring (SjO2) ou Venous oxygen saturation (SvO2), monitorização do índice Bispectral, monitorização do Pulse Contour Cardiac Output (PICCO), monitorização do Lithium-dilution Cardiac Output (LiDCO) e monitorização de Pressão Intracerebral (PIC). Os ventiladores para ventilação mecânica invasiva utilizados durante o estágio clínico foram: Puritan Benett (840 e 7200), Drager Evita XL e Hamilton C6. Todos estes ventiladores estão preparados para fazer ventilação não-invasiva, porém existem ainda ventiladores específicos para esta técnica como o V60 e V60plus o Steller 150 e ASTRAL 150. Outros equipamentos disponíveis são o Criticcol para hipotermia terapêutica, motores de meias de pressão pneumáticas, seringas elétricas, bombas perfusoras, eletrocardiógrafo,

ecógrafos e Doppler próprios, desfibrilhador com pacemaker externo, aparelhos para oxigenioterapia de Alto Fluxo (OAF) e pupilómetro.

Os procedimentos de monitorização/terapêuticos invasivos mais realizados na UCIP são: cateterismo arterial, cateterismo venoso central, cateterismo para técnica dialítica, cateterismo da artéria pulmonar, intubação traqueal, traqueostomia percutânea, broncofibroscopia, cateterismo epidural, cateterismo intratecal, colocação de cateter intracerebral, drenagem torácica, paracentese, biópsia hepática, biópsia renal, biópsia pulmonar transbrônquica, cateterismo jugular retrógrado, colocação de cateter vesical, colocação de sonda nasogástrica, entre outros.

O hospital, disponibiliza 24h/dia exames complementares de diagnóstico fundamentais dos quais se destacam: Radiografia (RaioX), Tomografia axial computadorizada (TAC), Ressonância Magnética (RMN), angiografia, bloco operatório, bloco de hemodinâmica (colocação de pacemaker e realização de cateterismo), cintilografia, endoscopia digestiva, laboratório de química e hematologia clínica, hematologia com banco de sangue, microbiologia, entre outros.

A equipe da UCIP é constituída, por 8 médicos seniores (5 internistas, 2 anestesistas e 1 infeciologista em tempo integral), 50 enfermeiros, 17 auxiliares de ação médica e uma secretária de unidade.

Importa salientar que dos 50 enfermeiros, 16 são Enfermeiros Especialistas Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), 6 são especialistas em Reabilitação, 1 é especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e 1 é especialista em Saúde Materna. Destes 16 EEEMC apenas 4 entraram na carreira de Especialista. O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem considera: “(...) na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50% sejam EEEMC, preferencialmente na área da enfermagem à PSC em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (Regulamento nº 743/2019, 2019, p. 145).

Assim, à luz do preconizado nas dotações seguras, percebe-se que o número de EEEMC ainda não corresponde ao recomendado pela OE.

Na unidade, o rácio estabelecido para a equipa de enfermagem é de 1:2, isto é um enfermeiro para duas pessoas em situação crítica.

De forma muito resumida e no âmbito da gestão, cabe ao responsável de turno, a distribuição dos enfermeiros no plano de trabalho, cumprindo os rácios já referidos e em função da sua avaliação empírica, de modo a que a carga de trabalho seja distribuída pela equipa de forma equitativa.

O horário cumprido pelos enfermeiros, baseia-se na distribuição de turnos em sistema rotativo, efetuado pelo enfermeiro chefe mensalmente. No turno da manhã existe um

responsável de turno, normalmente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, dedicado à gestão do serviço e à reabilitação dos doentes. O responsável de turno nos turnos da tarde, noite e fim de semana ficam também com dois doentes atribuídos.

O método de trabalho da equipa de enfermagem é o método individual, prestando cuidados à PSC de forma holística, permitindo a continuidade dos cuidados e garantindo o cumprimento do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Sala de Emergência

A UCIP não está confinada ao âmbito estrito do seu espaço físico. A Sala de Emergência (SE), localizada à entrada do Serviço de Urgência (SU), é da responsabilidade funcional da UCIP. Destina-se, primariamente ao atendimento de doentes emergentes provenientes do exterior ou do SU, que apresentem problemas que necessitem de intervenção imediata. Poderá também servir de apoio intermediário em casos emergentes abordados pela equipa de EMI, que necessitem de exames complementares ou de decisões multidisciplinares (CHUP, 2014b).

Possui recursos humanos médicos e de enfermagem com treino e competências para resposta em situações de emergência 24h por dias, todos os dias do ano.

A SE é assegurada por um médico emergencista (escalado pela UCIP), um enfermeiro da UCIP (alocado especificamente a esta sala) e um enfermeiro do SU. Os enfermeiros da UCIP escalados para desempenharem funções na SE foram especificamente treinados com formação alargada em suporte avançado de vida, trauma e sépsis. Os enfermeiros do SU que prestam cuidados na SE cumprem um programa de formação específico sob a responsabilidade da UCIP. Toda a equipa é coordenada pelo médico sénior destacado a exercer funções na UCIP (CHUP, 2014b).

O enfermeiro destacado para a SE é responsável pela revisão e manutenção de todo o equipamento.

A triagem dos doentes críticos admitidos na SE é feita pelo sistema de triagem de Manchester a funcionar no SU (constitui indicação major para admissão à SE a classificação vermelha do doente pela triagem de Manchester). Constituem ainda critérios de admissão situações de instabilidade orgânica, grandes politraumatizados e via verde Acidente Vascular Cerebral, de realçar que a urgência deste hospital é uma urgência polivalente, centro de trauma, centro de referência desta região de Portugal para tromboectomia (em escala dividida com o outro centro hospitalar) e urgência regional de gastroenterologia (CHUP, 2014b).

A consulta de documentos internos permite verificar um crescimento linear do número de admissões na SE, tendo sido admitidas 1575 pessoas em 2013, 1727 em 2015, 2020 em 2016, 1960 em 2018, 1980 em 2020 e 2153 em 2022.

Os principais motivos de admissão foram:

- instabilidade cardiovascular em 33%;
- alteração do estado de consciência em 25%;
- falência respiratória em 24%;
- paragem cardiorrespiratória (PCR) em 8%;
- trauma em 8% (5% com TCE);
- compromisso da via aérea em 2%.

Após observação/orientação clínica na SE:

- 46% foram admitidos em cuidados intensivos (22%) ou intermédios (24%);
- 35% foram encaminhados para o SU;
- 8% faleceram;
- 7% foram diretamente para o internamento;
- 4% foram transferidos para outro hospital no contexto de valências não disponíveis (essencialmente cirurgia cardio-torácica) ou por já não necessitarem de cuidados diferenciados (no contexto da urgência regional de gastroenterologia).

Emergência Médica Interna (EMI)

A UCIP assegura a emergência interna no hospital respondendo com uma equipa de médico e enfermeiro da unidade à chamada pela linha dedicada 1333. A EMI assegura a resposta às situações de PCR e sinais de peri-paragem segundo critérios de ativação, 24 sobre 24 horas, todos os dias do ano (CHUP, 2018b).

O programa de Emergência Interna abrange vários aspetos: apoio a outras estruturas do hospital que dão apoio a situações emergentes; a uniformização de equipamento e sua auditoria periódica; formação teórica e prática em Suporte Básico Vida a todos os profissionais do hospital e monitorização dos registos de ativação com vista a medidas de melhoria (CHUP, 2018b).

De acordo com o portal da instituição a equipa de EMI, tem como missão garantir a cadeia de resposta ao doente crítico a nível interno institucional, dar resposta a situações emergentes tais como PCR, peri-paragem ou outras situações médicas de risco, segundo os critérios de ativação em vigor.

A ativação da equipa é feita através do número 1333, telefone sediado na UCIP, em funcionamento 24h por dia. A resposta clínica imediata é definida por equipas locais que atuam segundo um modelo de “Rapid Response Team”, com médico e enfermeiro, que mantém as suas funções assistenciais normais e estão organizados com escalas próprias para resposta protocolada segundo critérios de ativação.

Os critérios de ativação da EMI foram-se alterando ao longo dos anos, e à data da realização do estágio eram:

Figura 1 - Critério de ativação EMI

CRITÉRIOS DE ACTIVACÃO	
A VIA AÉREA	Compromisso da via aérea
B VENTILAÇÃO	Paragem respiratória FR <6 ou > 35 ciclos/minuto Sat O2 <85% com Oxigénio suplementar
C CIRCULAÇÃO	Paragem cardíaca FC <40 ou > 140 batimentos/min PAS <90 mmHg
D NEUROLÓGICO	Escala Coma Glasgow – diminuição > 2 pontos Crise convulsiva prolongada ou repetida
OUTROS	Preocupação da equipa de saúde Resposta inadequada ao tratamento prévio urgente
ATIVAR EMI : 1333	

CRITÉRIOS DE ACTIVACÃO
COMO FUNCIONA?
 A. extensão telefónica 1333 está localizada na UCIP (Prac. 2 Edifício Di-
 lúcio de Carvalho)
 A. extensão telefónica 1333 está disponível 24h/24 e pode ser acedida através do qualquer telefone da rede interna do Hospital ou pelo 9776 1333.
 Quando efectuar uma chamada para a extensão 1333, atende-lhe a um (a) médico (a) ou enfermeiro (a), pertencente à EMI, que avaliará os dados necessários para o controlo da situação.
QUE FAZER?
 • Ligue ao número interno: 1333
 • Identifique-se.
 • Indique a situação.
 • Indique o local.
 • Indique o estado de activação.
 • Siga recomendações se necessário.

Fonte: CHUP, 2018b.

Consulta de Follow UP

O apoio da UCIP ao doente crítico não se esgota na emergência e no internamento, estende-se à consulta externa e à disponibilidade da equipe em apoiar estes doentes sempre que necessitarem, no entendimento de que o internamento em cuidados intensivos é sempre um acontecimento marcante na sua vida (CHUP, 2022).

Foi um campo de estágio que proporcionou um enriquecimento pessoal e profissional uma vez que permitiu uma diversidade de experiências na área do doente crítico. A equipa mostrou-se muito recetiva aos alunos e disponível para colaborar sempre que solicitados. Sendo o trabalho de investigação desenvolvido num hospital universitário, as diversas comissões demonstraram sempre disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e resolução de questões pontuais relativas ao trabalho a desenvolver.

2. - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM INVESTIGAÇÃO: ADESAO DOS ENFERMEIROS À UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUMA UCI

A enfermagem à PSC é uma especialidade que tem características próprias e um corpo de saberes específico, onde a investigação tem o seu papel. As intervenções de enfermagem especializadas sustentam-se na incorporação, aplicação, disseminação da melhor evidência, assim como na sua produção. Assim, EEEMC deve desenvolver investigação que vise potenciar e atualizar os seus conhecimentos dentro da sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste sentido, delineou-se para este estágio o objetivo de desenvolver competências na área de investigação.

Com este propósito, de seguida apresenta-se o estudo realizado no campo de estágio, explanando todas as suas etapas.

2.1. - JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A infeção é uma das principais causas de doença crítica. A infeção adquirida nas UCI prolonga a permanência da pessoa nestas unidades de saúde e aumenta a mortalidade. A PSC é altamente suscetível a IACS, pelo que o empenho na prevenção destas é, de facto, uma aposta das unidades de saúde, designadamente das UCI.

As IACS e o aparecimento de microrganismos resistentes são preocupações fundamentais dos sistemas de saúde em todo o mundo (Parekh et al., 2018).

O uso frequente e indiferenciado de antibióticos contribui para o desenvolvimento de microrganismos resistentes, que podem resultar em maior transmissão entre pessoas, contaminação de enfermarias e até áreas hospitalares, mesmo após a alta da pessoa (Parekh et al., 2018).

Segundo o ECDCa (2023), num estudo realizado no Reino Unido, verificaram que as pessoas internadas em cuidados intensivos, apresentam maior probabilidade de desenvolver uma IACS, comparativamente com as que estão numa enfermaria, numa taxa de prevalência de cerca de 24%. A doença crítica é frequentemente precipitada ou agravada pela infeção. Os tipos de IACS em cuidados intensivos, relatados com mais frequência, são as infeções do trato respiratório, infeções do local cirúrgico, infeções do trato urinário, infeções da corrente sanguínea e infeções gastrointestinais.

A mesma fonte refere que, em 2019, as UCI, em Portugal, apresentaram uma taxa média de 7,4 episódios de pneumonia associada à intubação por 1000 dias de intubação. A presença de *klebsiellaspp* apresentou uma taxa de 25,4%, sendo o segundo agente mais comum isolado encontrado em episódios de pneumonia.

Relativamente à infeção associada ao cateter venoso central (CVC), os números são de 1.9 infeções por 1000 dias de CVC. O agente mais comum isolado em episódios de infeção do trato urinário foi a *Escherichia coli*, seguido da *Klebsiella* spp. Para episódios de infeção da corrente sanguínea adquirido na UCI o agente mais comum encontrado foi a *Klebsiella* spp. Portugal encontra-se numa posição intermediária quando comparada com o resto da Europa.

No contexto onde decorreu o estágio, percebeu-se que a *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC), foi o microrganismo que apresentou maior número de transmissões entre as pessoas, revelando-se uma preocupação para a equipa de enfermagem, em particular para a enfermeira SM, enquanto interlocutora da PPCIRA da instituição.

A Direção Geral de Saúde (DGS), (2017b) estima que cerca de um terço das IACS, são evitáveis. Assim, programas de prevenção e a adoção de medidas de controlo de infeção são considerados eficazes na redução da taxa de incidência destas infeções (Gonçalves & Carmo, 2022). A adoção destas medidas, que vão desde a lavagem das mãos, utilização de EPI adequados ao contexto, medidas de precauções de isolamento e utilização adequada de antibióticos, são essenciais para a prestação de cuidados seguros. A título de exemplo, para a prevenção da transmissão cruzada de KPC, devem adotar-se medidas de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), como a higienização das mãos nos 5 momentos, e a utilização EPI adequados ao contexto. Para este tipo de microrganismo devem ser também adotadas medidas de precauções de isolamento baseadas na via de transmissão (PBVT) (DGS, 2017a).

Parekh et al. (2018) salientam que a compreensão adequada dos mecanismos e meios de prevenção da infeção hospitalar é, portanto, um componente básico na formação e na prática profissional diária de todos os que a estas pessoas prestam cuidados. Considerando o contexto e preocupação com esta realidade, colocou-se a seguinte questão de investigação: Qual a adesão dos enfermeiros de uma UCI de uma instituição hospitalar à utilização adequada dos EPI, face ao tipo de isolamento estabelecido?

Assim, no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, considerou-se pertinente que as competências de investigação fossem desenvolvidas, tendo por base a problemática apresentada.

Neste seguimento, desenvolveu-se um estudo subordinado ao tema “Adesão dos enfermeiros à utilização adequada dos equipamentos de proteção individual, numa UCI”. Deste modo, no sentido de melhor orientar o nosso percurso metodológico, foi definido o seguinte objetivo geral:

- Determinar a adesão dos enfermeiros à utilização dos EPI nas unidades de isolamento de uma UCI.

A partir do qual se definiram os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão dos enfermeiros à utilização dos EPI nas unidades de isolamento de uma UCI;
- Analisar a relação entre as variáveis profissionais e a adesão dos enfermeiros à utilização dos EPI nas unidades de isolamento de uma UCI;
- Analisar a relação entre as variáveis, tipologia de isolamento, tipo de cuidados, turno e fim de semana e, a adesão dos enfermeiros à utilização dos EPI nas unidades de isolamento de uma UCI;
- Determinar qual o tipo de isolamento que tem maior adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada os EPI face ao mesmo;
- Determinar se existe relação entre o tipo de cuidado prestado e adesão aos EPI face ao tipo de isolamento instituído;
- Determinar se existe relação entre o turno realizado e a adesão aos EPI face ao tipo de isolamento estabelecido;
- Determinar se existe diferença na adesão aos EPI face ao tipo de isolamento instituído à semana e ao fim de semana.

2.2. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste ponto apresenta-se o enquadramento teórico que sustenta o estudo. Aqui, é realizada uma abordagem aos principais conceitos centrais do estudo com base nos referenciais teóricos mais relevantes e na melhor e mais atual evidência científica.

2.2.1. Prevenção e controle das IACS

Um dos graves problemas que a instituição de saúde tem enfrentado ao longo dos tempos, são as infeções que a pessoa doente desenvolve durante o internamento. Este tipo de infeções, hoje denominadas como infeções associadas aos cuidados de saúde e vulgarmente denominadas pela sua sigla, IACS, são as infeções adquiridas em contexto da prestação de cuidados de saúde e que deles resultam.

Estas diminuem muito a qualidade de vida dos doentes e são causa de morbilidade e mortalidade. As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas diretamente relacionados, cuja importância e preocupação têm grande ênfase à escala mundial. As IACS agravam o prognóstico da

doença de base, aumentam os dias de internamento e contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade hospitalar o que resulta num aumento dos custos associados (DGS, 2018).

A terminologia utilizada para designar estas infeções foi sofrendo alterações ao longo do tempo. Foram já designadas infeções nosocomiais ou infeções adquiridas durante o internamento. Entretanto, estes conceitos, foram substituídos por IACS, uma vez que se tornou redutor incluir apenas unidades hospitalares, excluindo os cuidados prestados fora do hospital, ou seja, em serviços de ambulatório, lares ou cuidados domiciliários. “O conceito de IACS é, por isso, mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, pelo que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas infeções afim de reduzir o risco de infeção cruzada” (DGS, 2007, p. 4). As IACS são infeções adquiridas pelo doente, que não estariam presentes no momento da sua admissão nos serviços de saúde, adquiridas na sequência dos cuidados de saúde prestados, que podem também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional (DGS, 2007).

O impacto das IACS a nível epidemiológico é muito elevado e considerado um problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, no relatório global sobre a vigilância da RAM, referiu-se às IACS como um problema de saúde pública internacional, prevendo a morte de mais de 10 milhões de pessoas anualmente até 2050 se esta problemática não for controlada (DGS, 2017b).

Estudos realizados em Portugal evidenciam uma prevalência de infeção hospitalar de 10,6%, valor este que se encontra acima da média europeia, que é de 6,1% (DGS, 2017b).

Entre 2013 e 2017 a prevalência das IACS em meio hospitalar foi de 7,8% (DGS, 2018). Um relatório da Fundação Calouste Gulbenkian (2014) demonstrou que o impacto económico das IACS no sistema de saúde português ultrapassa aos 280 milhões de euros.

As IACS são, assim, uma preocupação para os profissionais de saúde, para os gestores hospitalares, para o governo, os quais têm vindo a reunir esforços no sentido de as diminuir.

Como forma de combater este flagelo os intervenientes já apontados têm apostado na sua prevenção. Neste sentido têm sido desenvolvidas várias ações de prevenção e controle das IACS.

Em 1998, Portugal, comprometido com este problema complexo, adere à atualização e uniformização do programa HELIX (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance), implementado pela União Europeia para que fossem instituídas as

mesmas metodologias de vigilância epidemiológica de IACS em duas situações específicas: infeções do local cirúrgico e infeções em UCI.

Em 2008 Portugal com objetivo de reduzir 5% das IACS, aderiu à Campanha da OMS da Higiene das mãos. Em 2013, surge Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), vigente até hoje. Este resultou da associação de dois programas pré-existentes, o Programa Nacional de Controlo da Infeção e o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana. Estes dois pilares fundamentam o programa e determinam as grandes linhas de ação: reduzir a resistências aos antimicrobianos e promover de boas práticas de prevenção e controlo da infeção, com o intuito de reduzir a transmissão e a incidência da infeção (DGS, 2018). Outra vertente do PPCIRA é a vigilância epidemiológica, cujo objetivo é monitorizar as boas práticas, as IACS e as RAM, e posterior aplicação de planos de melhoria. O PPCIRA tem, assim como missão “promover a redução das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, principalmente através da prevenção da sua transmissão, e a criação de condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, principalmente promovendo o uso correto destes fármacos” e ainda “promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde, do consumo e das resistências aos antimicrobianos” (DGS, 2018, p. 31).

Em 2014 criou-se, a nível nacional, a “Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção” (DGS, 2022).

O modelo da OMS de que “Cuidados limpos são cuidados seguros” foi alargado às restantes PBCI e em 2016 à monitorização de uso de luvas nas unidades de saúde.

A higiene das mãos dos profissionais de saúde e todos os que trabalham com o doente, foi a PBCI pioneira desta Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção, uma vez que se considera que uma boa adesão dos profissionais a esta precaução “é a medida mais eficiente, mais simples e mais económica de prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde” (DGS, 2018, p. 7).

São a implementação destas e de outras medidas de prevenção de infeções nos contextos clínicos que vão permitir o seu controle e diminuição. O Relatório do Programa Prioritário do PPCIRA de 2021 descreve que desde 2013 até 2020, existiu, em Portugal uma redução da RAM. Relativamente ao *Acinetobacter*, a resistência aos carbapenemes diminuiu de 70% para 15%, a do *Staphylococcus aureus* à metilicina de 48% para 30% e a do *Enterococcus faecium* de 22% para 8% (DGS, 2022).

Contudo, e apesar dos dados anteriores apresentarem um decréscimo encarado como positivo, o mesmo relatório demonstra que a taxa de klebsiella tem sofrido um aumento significativo, passando de 2,0% para 11,6%, no mesmo espaço de tempo (DGS, 2022). Enquanto futuros enfermeiros especialistas, existe uma sensibilidade e alerta para estas questões. A preocupação pela segurança do doente é diária e constante. É necessário reunir esforços para que a prevenção e intervenção seja alcançada de forma eficaz.

2.2.2. Precauções Básicas de Controle de infecção (PBCI)

Para o Center for Disease Control and Prevention (CDC), a transmissão da infecção, pressupõe a existência de três elementos chave: uma fonte, um hospedeiro e um meio de transmissão do microrganismo (Siegel et al., 2022).

A prevenção e controlo de infecção é um esforço sistemático de colocar uma barreira entre o hospedeiro e os microrganismos. Refere-se também, a todas as estratégias, técnicas e atividades que visam prevenir ou minimizar a hipótese de transmissão de agentes infecciosos nas unidades de saúde (Lobo et al., 2019).

Segundo Lobo et al. (2019), é necessário que os profissionais sejam sensibilizados acerca da prevenção da infecção hospitalar com base em modelos educacionais bem sucedidos.

No sentido de prevenir as IACS, a DGS indica a implementação de PBCI.

Para Siegel et al. (2022), as PBCI são um conjunto de medidas que se destinam a prevenir a transmissão da infecção durante a prestação de cuidados em todos os ambientes hospitalares, independentemente de haver suspeita ou confirmação de infecção no doente a que se destinam os cuidados. Protegem o profissional contra risco ocupacional, mas sobretudo, destinam-se à proteção dos doentes contra possíveis agentes infecciosos transportados nas mãos dos profissionais ou equipamentos usados. Estas destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto as instituições de saúde. Devem ser aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso, e o cumprimento dos seus pressupostos mostra-se uma estratégia primária de eficácia comprovada na minimização do risco de infecção (DGS 2012).

As PBCI têm como objetivo a prevenção da infecção cruzada proveniente de fontes conhecidas ou não. Essas fontes de infecção podem estar presentes no sangue e outros fluidos orgânicos (exceto suor), pele não íntegra, mucosas ou qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, que possa ser contaminado com essas fontes (CHUP, 2018a). Constituem um conjunto de "... regras de boa prática que

devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade...” (DGS, 2017b, p. 5).

O princípio que suporta as PBCI é o de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco” (DGS, 2012, p. 10). Assim, as precauções a implementar deverão ser adaptadas ao procedimento clínico a realizar, bem como aos riscos que este acarreta (CHUP, 2018a). Neste sentido, as PBCI determinam que os profissionais considerem o tipo de atividade a executar, e que desta forma seja selecionado o tipo de EPI a utilizar de forma a evitar a exposição a microrganismos (Carrico et al., 2019).

Precauções Básicas de Controle de infeção (PBCI)

A DGS preconiza 10 itens de PBCI que devem ser aplicadas em todos os doentes utilizadores de instituições hospitalares. Estas precauções são: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro de roupa, recolha segura de resíduos, prática segura na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2012). De seguida apresentamos detalhadamente os itens propostos pela DGS, 2012 de forma articulada e adaptada pelo CHUP (2018a):

1 - Colocação de Doentes

Relativamente à colocação de doentes é importante que na admissão seja avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos . A seleção do local a colocar o doente deve ser determinada por esta informação (DGS, 2012; CHUP, 2018a).

Doentes com maior risco de transmissão cruzada (exemplo: diarreia, suspeita de tuberculose), deverão ser alocados a um local que reduza este risco.

Sinalizar doentes com critérios que indiquem maior probabilidade de serem portadores de microrganismos multirresistentes (exemplo: transferência de outras unidades hospitalares, internamento em unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos; internamento nos 6 meses anteriores; presença de dispositivos invasivos ou feridas crónicas).

Têm igual risco de transmissão cruzada de microrganismos o doente em situação de infeção ou colonização.

As deslocações desnecessárias do doente devem ser evitadas .

2 - Higiene das mãos

Uma higienização incorreta das mãos dos profissionais de saúde pode resultar em mãos contaminadas, podendo levar à transferência de organismos para o ambiente e para doentes (Lee et al.,2020).

A higiene das mãos é a medida que demonstra mais efetividade na prevenção de infecção cruzada. A cadeia de transmissão de microrganismos é quebrada se forem cumpridos estes 5 momentos (DGS, 2012):

- Antes do contacto com o doente;
- Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- Após o risco de exposição a fluidos orgânicos;
- Após contacto com o doente;
- Após contacto com a unidade do doente.

Salienta-se que a utilização de luvas não substitui a higiene das mãos.

3 - Etiqueta Respiratória

São medidas individuais a cumprir por todos os utilizadores da instituição hospitalar, destinadas a conter as secreções respiratórias, como forma de minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou por gotícula e, que, os profissionais de saúde devem promover (DGS,2012).

4 - Equipamento de proteção Individual (EPI)

O decreto lei nº 348/93, p.5553, entende por EPI, “todo o equipamento, bem como qualquer acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para sua segurança e para a sua saúde.” Estes devem ser “utilizados quando os riscos existentes não puderem ser evitados ou suficientemente limitados por meios técnicos de proteção coletiva ou por medidas, métodos ou processos de organização do trabalho.” (Decreto Lei nº348/93, 1993, p. 5553).

O CHUP, em 2018c, p. 1, define como EPI “todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.”

O CDC, em 2022, definiu, ainda, Equipamento de Proteção individual para profissionais de saúde como sendo um conjunto de barreiras e respiradores utilizados separadamente ou em conjugação como forma de proteção as membranas mucosas, vias respiratórias, pele e roupas do contacto com agentes infecciosos (Siegel et al., 2022).

Bean et al. (2011), consideram EPI o conjunto de equipamentos com função de barreira, que impeçam a contaminação do indivíduo através de fluídos corporais, incluindo secreções, excreções ou aerossóis resultantes do contacto direto com o doente ou o meio envolvente.

Os EPI são dispositivos de uso individual, que têm como objetivo a proteção dos profissionais durante a prestação de cuidados. É da responsabilidade da instituição o fornecimento de EPI em quantidade suficiente, de acordo com os riscos a que os profissionais estão expostos. É obrigação dos profissionais cumprirem as disposições legais e regulamentares sobre segurança e as ordens de serviço dadas pelo empregador, usando os equipamentos de proteção individual fornecidos de forma correta e adequada (J. Dias et al., 2016).

A seleção do EPI é baseada no risco do procedimento a efetuar, na vulnerabilidade do hospedeiro e da interação e/ou probabilidade de transmissão (Siegel et al., 2022).

Em 2016, a União europeia definiu EPI como “Equipamentos concebidos e fabricados para serem envergados ou manejados por uma pessoa para sua proteção contra um ou mais riscos para a sua saúde ou segurança.” (Regulamento (UE) 2016/425, 2016, p. 57).

No mesmo ano, o regulamento do parlamento Europeu, estabeleceu um conjunto de requisitos essenciais de saúde e segurança dos quais se destacam:

- Ergonomia: deverá ser concebido e fabricado de forma a que, nas condições de utilização previsíveis a que se destinam, a atividade profissional seja desenvolvida com normalidade, tendo o seu utilizador a proteção adequada;
- Nível de Proteção ótimo: deverá ser aquele a ter em conta na elaboração, ou seja os incómodos resultante da utilização dos EPI não poderão superar a sua a sua utilização efetiva ou a execução normal da atividade;
- Inocuidade dos EPI: não devem criar riscos ou desconforto nas condições previsíveis de utilização, deverão ser constituídos por material que não afete a saúde do trabalhador, sendo desprovido de superfícies ásperas, arestas vivas ou pontas salientes;
- Adaptação dos EPI à morfologia do utilizador: deverão ser adaptáveis à morfologia do utilizador, devendo para tal ser munidos de sistemas de regulação e fixação adequados, ou ser disponibilizada uma diversidade de tamanhos possíveis;
- Leveza e solidez: devem ser tão leves quanto possível salvaguardando sempre a sua solidez e eficácia.

Os EPI que envolvem as partes do corpo a proteger, devem ser criados de forma a minimizar a transpiração resultante da sua utilização. Se esta premissa não puder ser cumprida, deverão ser munidos com dispositivos que permitam absorver o suor. O EPI para ser utilizado no rosto, os olhos e as vias respiratórias, deverá restringir o mínimo possível a cara, os olhos, o campo de visão ou as vias respiratórias do profissional. As viseiras deverão possuir um grau de neutralidade ótica compatível com o grau de precisão e a duração das atividades a desenvolver. Se necessário, estes EPI devem ser compostos de meios que evitem o embaciamento. EPI que se destinem a profissionais com meios de correção ocular devem ser compatíveis com a utilização de óculos ou lentes de contacto (Regulamento (UE) 2016/425, 2016).

O decreto lei nº 348/93 salienta que todo o EPI deve:

- Cumprir normas aplicáveis relativamente à sua elaboração e produção em matéria de segurança e saúde;
- Adequar-se aos riscos a prevenir e às condições do local de trabalho, sem que a sua utilização por si só implique um risco;
- Satisfazer as exigências ergonómicas e de saúde do profissional;
- Ser apropriado ao profissional.

Neste mesmo decreto, está explícito, que é da obrigação do empregador:

- Adquirir o EPI e garantir que apresenta perfeitas condições de funcionamento;
- Adquirir e disponibilizar no local de trabalho toda a informação necessária acerca de cada equipamento;
- Disponibilizar informação acerca dos riscos contra os quais o EPI visa proteger;
- Assegurar a formação necessária para uma utilização correta do EPI.

Destaca-se ainda, que é da obrigação dos trabalhadores:

- A utilização correta do EPI, de acordo com informações fornecidas;
- Preservar o bom estado de todo o equipamento que lhe foi destinado;
- Participar todas as inconformidades do equipamento que tenha conhecimento.

Trabalhar em meio hospitalar pode acarretar riscos para a saúde e segurança dos profissionais. Como forma de reduzir os riscos de exposição a fluidos biológicos devem usar-se EPI de acordo com essa mesma avaliação.

A produção e elaboração dos EPI devem seguir as normas estabelecidas para segurança de saúde atendendo às exigências ergonómicas e de bem estar dos trabalhadores.

Os EPI são de uso único, não reutilizáveis. Deverão ser colocados imediatamente antes do procedimento e retirados imediatamente após, exceto nas precauções de contacto.

Para o CHUP (2018c), o uso correto dos EPI permite interromper a cadeia de transmissão de microrganismos, se os seguintes pressupostos forem cumpridos:

- Adequar os EPI aos procedimentos;
- Cumprir as regras da colocação e remoção dos EPI;
- Retirar os EPI imediatamente após os procedimentos e junto do doente;
- O mesmo EPI não deve ser utilizado de um doente para outro nem entre procedimentos assépticos/limpos e sujos, no mesmo doente;
- Os profissionais devem ser treinados e formados;
- Os doentes e visitas devem ser ensinados para a seleção dos EPI, a sua colocação e remoção.

A remoção deve ser feita sob a supervisão e orientação de outro profissional para minimizar a probabilidade de ocorrência de erro.

Os profissionais devem ter especial atenção na remoção dos EPI para evitar que se contaminem, que contaminem os outros e que contaminem o ambiente.

Antes de iniciar a colocação é necessário que todo o material necessário se encontre reunido, seja planeado o local de colocação e remoção do EPI, bem como o local para descartar o material usado (CHUP, 2018c).

O EPI deve estar disponível à entrada do local de isolamento (se possível antecâmara). A sua colocação deve acontecer imediatamente antes de entrar no local onde se encontra o doente.

A remoção do EPI deve ser feita de forma criteriosa como forma de evitar contaminação do profissional que o utiliza e das superfícies envolventes.

Se o doente se encontrar em isolamento de aerossóis, a máscara deve ser retirada no exterior do quarto. Todos os restantes EPI devem ser retirados na unidade do doente e descartados em contentores de resíduos de grupo III seguindo-se de higienização das mãos (CHUP, 2018c).

O EPI deve ser usado corretamente, removido de forma a prevenir auto-contaminação e descartado de acordo com a triagem de resíduos hospitalares. A utilização de EPI não deve ser limitada apenas a doentes cujos microrganismos se conheçam a cadeia de transmissão. Por exemplo, o uso de aventais, luvas, máscaras e proteção para os olhos

pode ser pertinente ao extubar pacientes em ventilação mecânica, uma vez que se prevê que poderá ocorrer uma exposição a secreções respiratórias (Carrico et al.,2019). A utilização de EPI inclui um conjunto completo de atividades e competências, como a capacidade de selecionar, colocar, vestir, remover e eliminar os itens de proteção. Quando efetuados corretamente, estas ações protegem o enfermeiro que utiliza o equipamento, o doente, o ambiente, os colegas ou até mesmo os visitantes. Para que todas estas competências sejam atingidas e desenvolvidas é importante garantir que formação, treino e sensibilização acerca do uso correto do EPI sejam instituídos por forma a que sejam alcançadas práticas de prevenção e controle de infeção confiáveis (Carrico et al.,2019).

5 - Descontaminação do equipamento Clínico

O material contaminado deve ser limpo e processado de forma a evitar que a contaminação de quem os manipula aconteça. A contaminação do ambiente de outros doentes deve ser salvaguardada aquando da utilização destes materiais (CHUP, 2018a).

Falhas na limpeza e desinfeção podem tornar os equipamentos e o ambiente um reservatório para a transferência de patógenos (Lee et al.,2020).

6 - Controlo Ambiental

A limpeza e desinfeção das superfícies deve ser assegurada. Toda a unidade do doente e todos os locais onde existam possibilidade de contaminação (principalmente as superfícies de toque frequente) devem ser alvo de limpeza e desinfeção meticulosa (CHUP, 2018a).

7 - Manuseamento seguro da roupa

A roupa limpa deve ser guardada numa área afetada para o efeito. Os armários devem ser fechados e de material lavável que permita a limpeza e desinfeção.

A roupa usada deve ser considerada contaminada. O seu manuseio deve ser realizado com movimentos suaves para não haver contaminação do ambiente ou do fardamento (CHUP, 2018a), (DGS 2012).

8 - Recolha segura de resíduos

Os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção, tendo em consideração o grupo a que pertencem (CHUP 2018a), (DGS 2012).

9 - Prática segura na preparação e administração de injetáveis

Os injetáveis devem ser preparados e administrados com técnica assética (DGS 2012).

10 - Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

O comportamento dos profissionais deve ser minimizar o risco de acidente.

Em caso de acidente, e existindo exposição significativa a agentes contaminados, devem cumprir-se os procedimentos determinados pelo Serviço de saúde ocupacional (CHUP, 2018a), (DGS 2012).

As PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, e, conseqüentemente, em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, MRSA, *Acinetobacter* multirresistente, entre outros), estão indicadas medidas adicionais. Assim, se as PBCI não forem suficientes para bloquear a via de transmissão do agente infeccioso recorrem-se às Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT) - via aérea, gotículas e contacto. Salientamos que estas são sempre aplicadas em complemento às PBCI e não em sua substituição (DGS, 2012).

As PBVT devem ser aplicadas quando existe infeção/colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes e dos quais se conhecem as vias de transmissão (CHUP, 2018d).

No ponto seguinte apresentamos as Precauções Baseadas na Vias de Transmissão.

2.2.3. Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT)

As PBVT do agente incluem uma seleção, uso e eliminação adequada dos equipamentos de proteção individual, uso de práticas de segregação, incluindo colocação e isolamento do doente, e uso de políticas e procedimentos sólidos e práticos. Os enfermeiros devem estar cientes das precauções de isolamento usadas nos locais onde trabalham, para que possam aderir a essas precauções e ajudar outras pessoas a fazer o mesmo (Carrico et al., 2019).

Dumyati et al. (2017), defendem uma alteração para PBCI aprimoradas, sendo que estas se deveriam focar nas vias de transmissão. Existe uma incompreensão por parte dos profissionais acerca dos principais conceitos e recomendações de prevenção e controlo de infeção, o que contribuiu para uma subutilização das PBVT. Assim, a aposta deverá ser na formação e educação dos profissionais acerca das PBVT.

PBVT são utilizadas quando se conhece o agente infeccioso existe no organismo do doente e suas vias de transmissão. As PBVT incluem a seleção, uso e remoção de equipamentos de proteção individual bem como o uso de práticas da sua eliminação. A

colocação e isolamento do doente também são tidas em consideração, e este consiste em criar barreiras para impedir a transmissão de agentes infecciosos (Siegel et al., 2022). Os enfermeiros devem conhecer as precauções de isolamento usadas nos locais onde trabalham, para que possam aderir a essas precauções e elucidar outras pessoas a fazer o mesmo (Siegel et al., 2022).

O Isolamento de contenção, cuja finalidade é a prevenção da transmissão dos agentes infecciosos de um indivíduo para os outros, consiste no procedimento em que perante um doente com suspeita ou confirmação de colonização ou infeção por agentes infecciosos cuja transmissão não é completamente interrompida apenas com a implementação das PBCI, adota-se a medida de colocar o doente num espaço separado dos demais numa enfermaria individual (quarto individual ou na sua impossibilidade coorte de doentes). Aplica-se a todos os doentes infetados ou colonizados por microrganismos epidemiologicamente importantes. O risco de transmissão de agentes infecciosos e a necessidade de isolamento deve ser colocado e ponderado em cada doente (CHUP, 2018e).

Aplicar medidas de prevenção de infeção cruzada, sendo a fonte conhecida, permite estabelecer precauções baseadas na via de transmissão:

- Contacto;
- Aerossol;
- Gotícula.

Avaliação de risco e colocação do doente

Na admissão do doente à UCI, deverá ser avaliado o potencial de transmissão da infeção, assim como durante o internamento, sempre que forem obtidas novas informações. A alocação do doente deverá ter em conta essa avaliação e as necessidades clínicas.

Doentes com diarreia, vômitos, erupção cutânea inexplicável, febre ou sintomas respiratórios, isolamento de microrganismo multirresistente nos últimos 12 meses ou doentes transferidos de outra instituição de saúde representam um risco acrescido de transmissão pelo que deverá ser bem ponderado o seu isolamento (CHUP, 2018d).

O microrganismo em causa e o seu mecanismo de transmissão condiciona o sítio de colocação do doente. A necessidade de isolamento por aerossóis sobrepõe-se sempre face aos outros tipos de isolamento uma vez que é necessário um espaço fechado e ventilação específica.

O CDC, segundo Siegel et al.(2022), estabelece critérios bem definidos acerca das recomendações do tipo e duração das precauções a utilizar conforme infeção ou

microrganismo presente. Assim, a suspensão das PBVT deve ter em conta a duração recomendada bem como a possibilidade de o doente se manter portador, uma vez que continua a ser fonte de transmissão. A título de exemplo, o isolamento de contacto por microrganismo multirresistente deve ser mantido ao longo de todo o internamento, uma vez que existe uma grande possibilidade de o doente se manter colonizado durante meses.

Se ocorrer a morte de um doente em isolamento de contacto, as precauções devem manter-se durante o manuseamento do cadáver.

Sinalização

A área de isolamento deve estar bem sinalizada, especificando o tipo de isolamentos em questão, a utilização de cartazes criados para o efeito, que identifiquem as atitudes e o EPI a utilizar poderá ser uma boa estratégia (CHUP, 2018d).

2.2.3.1. - Precauções de Contacto

As precauções de contacto “estão indicadas em todos os doentes com suspeita ou confirmação de infeção ou colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes, que possam ser transmitidos por contacto com as superfícies ou utensílios do ambiente. O contacto é a via de transmissão mais comum.” (CHUP, 2018d, p. 4). As medidas preconizadas são:

- Isolamento do doente (se possível em quarto individual, ou preservando uma distância entre doentes que proporcione a prestação de cuidados sem tocar em superfícies fora da unidade do doente);
- Utilizar bata e luvas;
- Mudar de luvas sempre que se contactar com material contaminado (entre procedimentos do mesmo doente);
- Higienizar as mãos após retirada o EPI;
- Os EPI devem ser colocados antes de entrar no espaço de isolamento e removidos antes de sair, como forma de conter os microrganismos e evitar a sua transmissão;
- Equipamentos de uso médico não crítico (exemplo: termómetro, estetoscópio) devem ser limitados ao doente e de seu uso exclusivo;
- Não tocar nas superfícies circundantes ao doente antes de sair;
- Restringir os transportes e circulação do doente apenas ao essencial, contudo se a realização de exames for necessária deverá vestir pijama lavado. Se o

transporte acontecer na cama/maca, mudar roupa da cama e descontaminar barras da cama;

- Ensinar ao doente a necessidade de uma higiene das mãos frequente;

Exemplo de microrganismo transmitidos através do contacto : clostridium difficile, MRSA, VRE, Klebsiella pneumoniae, acinetobacter baumannii, pseudomonas aeruginosa.

2.2.3.2. - Precauções de Aerossóis

As precauções de aerossóis “aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por partículas com dimensão $<5 \mu\text{m}$ (aerossóis), que permanecem suspensas no ar, podendo ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar, e transmitem o microrganismo quando inaladas” (CHUP, 2018d, p. 5).

As medidas preconizadas são:

- Isolar o doente, idealmente num quarto com pressão negativa com 6 a 12 renovações de ar por hora, descarga para o exterior com filtros HEPA, ou filtros de ar portátil (hospigard ou iquair) e manter as janelas e portas sempre fechadas;
- Usar máscara P2 para entrar no quarto;
- Restringir o transporte do doente ao estritamente necessário. Se por algum motivo o doente tiver necessidade de permanecer algum tempo fora do quarto de isolamento, deve manter colocada máscara cirúrgica com ajuste facial tipo “bico de pato”;
- Após a alta do doente, durante 2h deve manter-se em funcionamento os sistemas de ventilação com Pressão negativa ou hospigard e a limpeza só deve ser efetuada após este tempo. Se for necessário entrar na sala durante este período deve usar-se máscara P2 (CHUP, 2018e).

Exemplo de microrganismo transmitidos por aerossóis: Tuberculose pulmonar ou faríngea, sarampo, varicela e rubéola.

2.2.3.3. - Precauções de gotícula

“Aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas (partículas de dimensão $>5 \mu\text{m}$) que podem ser emitidas pelo doente ao tossir, espirrar, falar ou durante procedimentos geradores de gotículas como aspiração de secreções, broncoscopia ou fisioterapia respiratória. Pelo seu peso, habitualmente as gotículas precipitam-se a menos de 1m do emissor (CHUP, 2018d, p. 6).

As medidas preconizadas são:

- Isolamento do doente, se possível num quarto individual, ou com uma distância superior a 1m entre doentes;
- Não são necessárias medidas de tratamento do ar nem ventilação;
- Se estiver em quarto a porta pode permanecer aberta;
- A máscara usada deve resistir a fluidos com viseira e óculos de proteção e a indicação da sua utilização é para contactos inferiores a 1m do doente ou execução de procedimentos geradores de gotículas;
- A circulação do doente deve ser limitada, contudo se esta for imprescindível deverá usar máscara cirúrgica;
- Ensinar o doente a cumprir as normas de etiqueta respiratória como forma de contenção das gotículas (CHUP, 2018d).

Exemplo de microrganismo transmitidos por gotícula: meningite, difteria, pertússis, gripe ou outras infeções respiratórias (exceto tuberculose pulmonar ou laríngea).

A precipitação de gotículas e o contacto frequente com secreções causam a transmissão direta de microrganismos, assim, devem também ser instituídas precauções de contacto.

A consciencialização do doente e família da necessidade de adesão às medidas de isolamento é fundamental (CHUP, 2018d).

Deve ser dada atenção especial à higiene das mãos e utilização correta dos EPI.

Disponibilizar condições e material apropriado para o cumprimento das precauções de isolamento e informação/ensino/supervisão da sua adequada utilização.

Alertar para a importância de evitar contacto entre doentes e unidades.

Esclarecer e ensinar a importância de restrição do número de visitas e de evitar visitantes imunocomprometidos.

Instruir sobre cuidados na limpeza de objetos pessoais do doente, nomeadamente lavagem da roupa em casa (CHUP, 2018d).

Higiene e Limpeza/Descontaminação de superfícies e equipamentos

Todos os equipamentos devem ser de uso limitado ao doente, nessa impossibilidade, deverão ser descontaminados sempre que retirados da unidade de isolamento.

As unidades de isolamento apenas deverão ter o mobiliário e o material essenciais para a limpeza ser facilitada e diminuir o desperdício (CHUP, 2018d).

A limpeza e desinfeção das superfícies e equipamentos no espaço alocado ao isolamento cumpre os princípios gerais, contudo, a frequência da descontaminação de superfícies de toque frequente deve ser aumentada.

Retirar as cortinas da unidade em isolamento.

O material de limpeza tem que ser individualizado e higienizado em utilizações. Os tabuleiros de alimentação devem recolhidos por último e devem ser colocados imediatamente em carro fechado. Não devem ser utilizadas luvas no transporte do carro. A louça deve ser sempre tratada como potencialmente contaminada, sendo por isso e sujeita a um ciclo de desinfecção (CHUP, 2018d). A roupa utilizada pelo doente e os resíduos provenientes da prática de cuidados devem ser retirados do local de isolamento em saco fechado, tendo em conta as PBCI.

Transporte de doentes em isolamento de contenção ou suspeita de infeção

O doente deve permanecer na área destinada ao isolamento e só sair em caso de absoluta necessidade.

Se a necessidade assim o justificar, e for imperativo a saída da área de isolamento, o doente deve usar máscara cirúrgica com ajuste facial tipo bico de pato (em caso de transmissão por aerossóis ou gotículas) e pijama lavado. A roupa da cama deve ser substituída e as grades da cama devem ser limpas com álcool. Se estes requisitos forem cumpridos, quem vai acompanhar o transporte apenas necessita de higienizar as mãos. A deslocação dos doentes deve ser programada de forma a limitar ao mínimo o tempo de espera, por exemplo, os exames devem ser marcados para o final da lista, devendo a deslocação do doente ser diretamente para o exame sem permanecer na sala de espera (CHUP, 2018d).

Todo o papel de registo, como processo clínico, não deve ser transportado em contacto com o doente. Devem ser protegidos com saco plástico durante o transporte.

Agilizar as transferências de forma clara e objetiva enviando toda a informação relevante na carta de alta/transferência.

Se o doente se deslocar de ambulância ou outro carro de transporte, os colaboradores deverão ser informados e instruídos acerca das medidas de proteção/prevenção (uso de barreiras protetoras, limpeza/desinfecção das superfícies e cuidados com o material e equipamento mais indicados conforme o tipo de isolamento instituído (CHUP, 2018e).

2.2.4. Precauções de isolamento de proteção

O risco de transmissão de agentes infecciosos e/ou de imunocomprometimento deve ser avaliado a cada pessoa, bem como adequar o tipo de isolamento às condições estruturais do serviço em questão.

Assim, sempre que as condições o permitam, à pessoa imunocomprometida deve ser instituído isolamento de proteção.

Doentes imunocomprometidos – “indivíduos com predisposição a infecções por comprometimento permanente ou transitório nos mecanismos de defesa antinfeciosa.” (CHUP, 2018e, p. 1).

Isolamento de proteção – “conjunto de medidas destinadas a prevenir infecções em pessoas imunocomprometidas quer pela natureza da sua própria doença, quer pela imunossupressão induzida por terapêuticas a que têm que ser sujeitos. Estas pessoas deverão ser alojadas em quarto com Pressão Positiva” (CHUP, 2018e, p. 1).

As medidas preconizadas são:

- Quarto e com janelas e portas fechadas;
- Utilização de máscara cirúrgica sempre que se entra na unidade de isolamento;
- Higienização das mãos antes de entrar no ambiente do doente;
- A unidade deve ser limpa e desinfetada pelo menos uma vez por dia a e em SOS, com material individualizado;
- As visitas devem ser restritas.

Transporte do doente em isolamento de proteção:

- Limitar as saídas do quarto ao estritamente necessário;
- sempre que o doente sair do quarto colocar protetor respiratório tipo P1;
- Ao regressar, o doente deverá vestir pijama lavado, a roupa da cama deverá ser trocada e as grades da cama higienizadas;
- Programar a saída de forma a reduzir os períodos de espera, por exemplo, a marcação de exames para o início da lista, devendo o doente ser transportado diretamente para o exame sem permanecer na sala de espera;
- Na transferência do doente, é importante garantir que toda a informação relativa aos cuidados necessários é transmitida e que toda a informação seja enviada na carta de alta/transferência;
- Se o transporte for efetuado de ambulância é necessário de os profissionais sejam informados das condições do doente e sejam instruídos acerca das medidas de proteção (CHUP, 2018e).

2.2.5. Adesão aos EPI

O conhecimento adequado de todas as recomendações para a prevenção e controle de infeção no que se refere aos modos de transmissão são fundamentais entre os profissionais de saúde, mas é indispensável a adesão do profissional a todas as medidas aconselhadas implicando por isso um uso correto das medidas de precaução e isolamento por parte de todos os profissionais (L. Faria et al, 2019).

Assim, as instituições de saúde, além de possuírem equipamentos e material adequados, devem contar com profissionais capacitados para garantir os princípios técnicos e científicos respeitantes ao controle das IACS, destacando-se os enfermeiros. A figura do enfermeiro é primordial uma vez que é a classe de enfermagem que está presente 24h/dia no cuidado ao doente (L. Faria et al., 2019).

Apesar da literatura mostrar que as PBCI são claras, completas e bem definidas, a prática ainda se traduz em dificuldades dos enfermeiros em aderir a estas medidas na sua totalidade (L. Faria et al., 2019).

Estudos mostram que o ter conhecimento não significa necessariamente a adesão às medidas corretas de PBCI (L. Faria et al., 2019).

O meio hospitalar é considerado um dos ambientes com mais riscos associados para os seus trabalhadores. Devido à exposição a que estes profissionais estão sujeitos a qualidade e eficiência dos cuidados podem estar comprometidos (Mutifasari et al., 2018). Sendo os enfermeiros o maior grupo profissional em meio hospitalar e os responsáveis pelo cuidado direto ao doente, é esta classe a mais exposta a estes riscos (Mutifasari et al., 2018).

Os profissionais de saúde estão expostos a riscos presentes no ambiente de trabalho que podem interferir diretamente com a sua condição de saúde. Os enfermeiros são os mais sujeitos ao elevado grau de risco ocupacional, especialmente à exposição a materiais biológicos. São a classe profissional mais exposta uma vez que prestam assistência direta e indireta aos doentes, realizando procedimentos frequentes em que existe uma exposição direta a microrganismos presentes no sangue e fluidos orgânicos (Almeida et al., 2009). Apesar do exposto, vários estudos mostram que a adesão dos enfermeiros ao uso adequado de EPI é abaixo daquilo que se considera ideal (Brown et al., 2019); (Porto & Marziale, 2016).

O enfermeiro deve refletir de forma crítica e sustentada acerca das práticas de segurança que comprometam a segurança e saúde do indivíduo (OE, 2015). Assim, e tendo a consciência da importância do uso adequado dos EPI na prevenção da transmissão de microorganismos, a adesão ao mesmo surge como um fator associado à responsabilidade profissional (Coelho et al., 2022).

Dentro das PBCI, o EPI é o elemento essencial para a prevenção de acidentes, contudo os profissionais ainda apresentam alguma resistência à sua utilização (Mallagutti et al., 2008).

Oliveira (2019), Lee et al., (2020) e V. Pereira et al., (2021) destacam que a baixa adesão à utilização dos EPI e a baixa adesão à higiene das mãos foram os elementos das PBCI onde se verificaram maior incumprimento.

Os estudos mostram que os fatores que levam os enfermeiros a não aderir ao uso dos EPI são: hábito, excesso de confiança, falta de informação; desvalorização, indisponibilidade ou inadequação, pressa, falta de EPI no tamanho adequado, incomodo para determinados procedimentos; esquecimento da utilização de medidas de proteção, entre outros (Oliveira 2019).

C. Silva et al. (2019) evidenciam, que os anos de prática clínica podem constituir um fator inibidor da adesão ao uso de EPI. A experiência profissional desenvolvida ao longo de anos de prática clínica poderá provocar excesso de confiança na prestação de cuidados. Este excesso de confiança surge com a habilidade e agilidade crescentes e é desenvolvida a ideia de que é possível realizar procedimentos de forma rápida e segura sem recurso aos EPI adequados.

Porto e Marziale (2016), identificaram um déficit de conhecimento acerca das PBCI e sobre o uso de EPI. A falta de conhecimento foi reconhecida como um motivo da baixa adesão ao uso dos mesmos.

Morioka et al. (2019), corroboram a ideia anterior, constatando a falta de conhecimento como um fator inibidor da adesão aos EPI. Detetaram que os enfermeiros consideram as PBCI como fundamentais na presença de sinais evidentes ou de diagnóstico de infecção, mas que podem ter uma importância diminuta se não existir infecção.

Coelho et al. (2022), evidenciaram que a adesão à utilização de EPI pelos enfermeiros se encontra abaixo do expectável.

Salientam-se como fatores que promovem a adesão aos EPI: a responsabilidade profissional, familiar e para com a comunidade, o conhecimento das repercussões da não adesão, as intervenções educacionais, e a correção de comportamentos pelos colegas em tempo real. Destacam-se como fatores que inibem a adesão: a idade e as patologias, a falta de treino e avaliação, a falta de conhecimento acerca do uso correto de EPI, a insegurança, a falta de tempo, a falta de avaliação do risco potencial de exposição, e o esquecimento (Coelho et al., 2022).

O SU e as UCI, pela dinâmica que as caracteriza pode gerar um conflito de interesses entre atender as necessidades dos doentes e utilizar EPI (Gershon et al.,1995). Nestes contextos, a necessidade de prestação de cuidados pode ser tão urgente que a preocupação com a própria segurança passa para segundo plano. Destacam-se razões como falta de tempo, esquecimento ou “precauções não são práticas” para a não adesão aos EPI (Brevidegli & Cianciarullo TI, 2009).

Os motivos da baixa adesão dos profissionais PBCI relacionam-se o défice na formação, comportamento de risco assumido, falta de consciencialização, escassez e inadequação de EPI e inadequadas condições de trabalho, fundamentalmente

relacionadas com a jornada excessiva, equipes reduzidas, ritmo intenso de trabalho (Porto & Marziale, 2016).

Tipple et al., (2007), justifica a baixa adesão ao EPI por fatores como desconforto, incômodo, descuido, esquecimento, falta de hábito, inadequação dos equipamentos, quantidade insuficiente e a descrença quanto ao seu uso. A estes fatores acrescem aspetos de estrutura organizacional como falta de formação na área, sobrecarga de trabalho, stress, exaustão física e falta de tempo.

A maior parte dos profissionais têm consciência de que os riscos, particularmente, os biológicos, são uma realidade no ambiente de trabalho, mas essa percepção e conhecimento não garantem uso dos equipamentos necessários pela equipa, já que o seu uso apenas acontece se tiverem conhecimento de que o doente a que prestam cuidados se encontra infetado com microrganismos epidemiologicamente importantes. Considera-se importante o desenvolvimento de programas formativos, com temas considerados relevantes, de modo a que possam contribuir à reflexão do trabalhador acerca da sua prática (Reith et al., 2014). A mesma ideia é defendida por Nazario et al., (2017), que considera que o investimento em ações formativas por forma a sensibilizar e treinar os profissionais são fundamentais para uma maior adesão aos itens preconizados pelas comissões de controle de infeção. As autoras consideram também que a chefia tem um papel fundamental dentro da equipa, como forma a motivar à reflexão acerca da utilização dos EPI indicados.

Para Carrico et al.,(2019), a capacidade de colocar o conhecimento em ação é uma maneira de definir competência.

De acordo com a OMS, entre as intervenções mais eficientes com vista à melhoria da adesão aos EPI, está a formação contínua dos profissionais e o treino adequado (OMS, 2001). Estes fatores são mesmo considerados críticos para a adesão dos profissionais de saúde às precauções universais (OMS, 2009). Assim, a ênfase deve estar no treino e educação dos profissionais de saúde sobre as precauções baseadas na transmissão (Lee et al, 2020).

Peponis et al. (2017), salientam a importância de implementação de ações formativas, uma vez que se verifica que após uma ação educacional existe um aumento na adesão aos EPI.

Em suma, percebemos que, existem uma variedade de fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros à utilização dos EPI de forma adequada, tais como: a falta de conhecimento, hábito, excesso de confiança, falta de informação; desvalorização, indisponibilidade ou inadequação, pressa, falta de

EPI no tamanho adequado, incomodo para determinados procedimentos ou até mesmo esquecimento da utilização de medidas de proteção.

Com base no exposto ressalta a importância de implementação de ações formativas em contexto clínico no sentido de promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde.

2.3. - METODOLOGIA

A aquisição de novos conhecimentos ou a forma como o conhecimento de desenvolve e evolui é conseguido através da investigação científica que consiste “em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar. A investigação científica distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso” (Fortin et al., 2009, p. 4).

Para tal é necessário recorrer a uma metodologia científica que suporte todo o percurso a desenvolver. Para Vilelas (2020), metodologia de investigação são todas as fases e procedimentos a ter em conta para uma investigação. Tipo de estudo, população e a amostra, questões de investigação e hipóteses, variáveis, instrumento de recolha de dados, considerações éticas e o tratamento e análise dos dados, são aspetos fundamentais deste processo, que serão desenvolvidos e analisados face ao trabalho elaborado.

Desta forma, de seguida apresentamos os procedimentos metodológicos para a realização deste estudo, tais como: tipo de estudo, a população e a amostra, as questões de investigação e hipóteses, variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos dessa recolha e o tratamento e análise dos dados de dados, considerações éticas .

2.3.1. Tipo de estudo

Estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável. As informações são traduzidas em números de forma a que estas sejam analisadas e classificadas (Vilelas, 2020). Neste pressuposto, considerando a problemática em estudo passível de ser quantificável, o estudo realizado trata-se de um estudo descritivo-correlacional de abordagem quantitativa. É descritivo porque o investigador apenas constata a realidade, descreve e documenta os fenómenos que acontecem, não havendo manipulação de variáveis, e o fenómeno é descrito a partir da observação (Vilelas, 2020). É correlacional, na medida em que se tenta determinar as relações entre as variáveis

presentes num estudo. Não procuram estabelecer uma relação causa-efeito, procuram quantificar através de provas estatísticas a relação entre duas ou mais variáveis (Vilelas,2020).

Num estudo descritivo-correlacional, o investigador explora e procura a presença de relações entre as várias variáveis que desconhece, à priori, estarem relacionadas entre si com a objetivo de conhecer e descrever a sua relação com o fenómeno estudado (Fortin et al., 2009). “O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno (...) [e a sua vantagem] é que ele permite, no decorrer do mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis (Fortin et al., 2009, p. 174-175).

2.3.2. Questão de investigação

Ao debruçar-se sobre determinada temática, o investigador identifica uma situação problemática que carece de solução (Fortin et al., 2009).

Uma questão de investigação, de acordo com Fortin et al., (2009, p. 73) corresponde a “um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa de conceitos a examinar, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica”. As questões de investigação dizem respeito à descrição de conceitos ou de populações, bem como ao estabelecimento de relações entre as variáveis.

Tendo em conta a problemática da investigação, formulam-se as seguintes questões de investigação:

Q1: Qual a adesão dos enfermeiros à utilização dos EPI face ao tipo de isolamento numa UCI?

Q2: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão dos enfermeiros na utilização dos EPI face ao tipo de isolamento numa UCI ?

Q3: Qual a relação entre as variáveis profissionais e a adesão dos enfermeiros na utilização dos EPI face ao tipo de isolamento numa UCI ?

Q4: Existe diferença na adesão dos enfermeiros aos EPI face ao tipo de isolamento, consoante o tipo de cuidado prestado?

Q5: Existe diferença na adesão dos enfermeiros aos EPI face ao tipo de isolamento, consoante o turno realizado?

Q6: Existe diferença na adesão dos enfermeiros aos EPI face ao tipo de isolamento, em turnos realizados à semana ou ao fim de semana?

2.3.3. Variáveis em estudo

As variáveis são unidades base da investigação, definindo-se como qualidade, propriedades ou características de um grupo de pessoas ou fenómenos em estudo (Fortin et al., 2009).

De acordo com os mesmos autores, as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, categoria profissional, tempo de exercício profissional, ter recebido formação específica de EPI) são variáveis atributo uma vez que são características pré-existentes dos participantes num estudo (Fortin et al., 2009)

O turno observado (M/T/N), o dia da observação (semana ou fim de semana), o tipo de cuidados prestado e a tipologia de isolamento são as variáveis independentes. Este tipo de variáveis são definidas por Fortin et al. (2009, p. 171) como sendo “o elemento que é introduzido ou manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável”.

A adesão aos EPI constitui-se a variável dependente, uma vez que “sofre o efeito da variável independente” Fortin et al. (2009, p. 171). A operacionalização de variáveis consiste em subdividi-las de modo a uniformizar critérios e proceder à sua mensuração. De seguida apresenta-se a operacionalização e categorização das variáveis em estudo.

Quadro 1. - Caracterização/ apresentação das variáveis

Variáveis	Tipo de variável	Operacionalização	Nível de mensuração	Categorização
<u>Sexo</u>	Atributo	Número dos efetivos populacionais do sexo Características biológicas e fisiológicas que definem homens e mulheres. (INE, 2022)	Nominal	1 - Masculino 2 – Feminino
<u>Idade</u>	Atributo	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos (INE, 2022).	Escala	Idade real
<u>Categoria profissional</u>	Atributo	Habilitações profissionais. Definida de acordo com o Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio, que define a carreira	Nominal	1 - Enfermeiro Generalista 2 - Enfermeiro Especialista

		de enfermagem à época da realização do estudo		
<u>Especialidade</u>	Atributo	Título de especialista em enfermagem	Nominal	1 - Sem 2 - MC 3 - Reab 4 - SMO
<u>Tempo de exercício profissional</u>	Atributo	Anos de experiência profissional.	Escala	Tempo de exercício em anos
<u>Tempo de exercício profissional na UCI</u>	Atributo	Anos de experiência profissional na UCI	Escala	Tempo de exercício em anos na UCI
<u>Formação específica na área de EPI</u>	Atributo	Aquisição de conhecimentos específicos sobre EPI.	Nominal	1 - Sim 2 - Não
<u>Turno</u>	Independente	Turno de observação.	Nominal	1 - M 2 - T 3 - N
<u>Fim de semana</u>	Independente	Dia de observação.	Nominal	1 - Sim 2 - Não
<u>Tipo de cuidados</u>	Independente	Tipo de cuidados prestado.	Nominal	1 - Cuidados de higiene 2 - Posicionamento 3 - Outros procedimentos 4 - Administração de terapêutica
<u>Tipologia de isolamento</u>	Independente	Tipo de isolamento estabelecido	Nominal	IP - isolamento proteção IC - isolamento contacto IA - isolamento aéreo
<u>Adesão à utilização do EPI</u>	Dependente	Medida obtida a partir do tratamento de dados através do SPSS	Nominal	1 - Sim 2 - Não

2.3.4. População, amostra e terreno de pesquisa

A população corresponde ao “conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (Fortin et al., 2009, p. 311). Para os mesmos autores,

a população que é objeto do estudo é apelidada de população alvo, sendo “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção, definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin et al., 2009, p. 311).

Vilelas (2020, p.179), define população como o “...conjunto de todos os indivíduos dos quais se deseja investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontra-se num espaço ou território conhecido.”

Este autor define amostra como “uma parte do todo a que chamamos população e que a representa.”

Assim, definem-se como **critérios de inclusão**: enfermeiros a exercer funções numa UCI de um centro hospitalar da região norte de Portugal; enfermeiros que aceitem participar no estudo. Como **critérios de exclusão** estabelecem-se: enfermeiros que não se encontrem em funções durante o período de realização do estudo; enfermeiros que não se encontrem na prestação de cuidados; enfermeiros que não fiquem destacados a prestar cuidados a doentes com medidas de isolamento.

No total, a UCI onde se realizará o estudo, é considerada uma unidade nível III, com uma variedade de patologias diversas (médicas e cirúrgicas) que apresenta com bastante frequência a necessidade de instituir PBVT.

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros de uma UCI de um hospital da zona norte que integra no mapa de pessoal 50 enfermeiros .

A amostra incluiu os enfermeiros que reuniram os critérios de inclusão supramencionados. Assim da população de 50 enfermeiros, a amostra contou com 41 participantes, uma vez que 9 foram excluídos. As exclusões deveram-se a ausência prolongada (n=8) e funções atribuídas apenas à gestão (n=1). Tratou-se de uma amostragem não aleatória por conveniência, uma vez que o local e o momento determinam a escolha dos indivíduos e a seleção destes responde a critérios precisos de inclusão (Fortin et al., 2009).

2.3.5. Colheita de dados

Os instrumentos escolhidos para realização do trabalho foram um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra e grelhas de observação dos enfermeiros na prestação de cuidados nos isolamentos, ambos construídos pelo investigador.

As grelhas foram elaboradas de acordo com o tipo de isolamento e conforme recomendações da DGS, tendo por base os passos fundamentais a ter em conta na colocação do EPI, utilização e remoção (conforme vias de transmissão).

Relativamente ao questionário sociodemográfico (apêndice 1), é constituído por:

- 2 dados demográficos: sexo e idade;
- 4 dados profissionais: categoria profissional, especialidade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na UCI;
- 1 questão acerca da formação específica na área dos EPI.

As grelhas de observação construídas foram 3 (apêndice 2), conforme tipo de isolamento (isolamento proteção, isolamento de contacto, isolamento aéreo).

Todas estas grelhas continham campos comuns relativas a informações gerais relevantes ao estudo tais como:

- Código do enfermeiro observado;
- Número de observação realizada;
- Turno a observar (M/T/N);
- Fim de semana (S/N);
- Tipo de cuidado prestado (cuidados de higiene, posicionamento, administração de terapêutica ou outro cuidado).

O conjunto de cuidados selecionados teve por base os procedimentos de enfermagem mais frequentes na UCIP para os quais existe um maior gasto de tempo da equipa, mais contacto com o doente e que eram mais facilmente observáveis pelo investigador. O tipo de cuidados relativo a “outros cuidados” refere-se a procedimentos menos comuns, mas que implicam contacto direto com o doente e não se encaixem nas especificações dos cuidados definidos anteriormente.

Para o Isolamento de proteção foi registado a higienização as mãos, colocação de máscara cirúrgica antes de entrar no quarto do doente, utilização mais EPI do que o preconizado e se existiu uma correta triagem dos resíduos hospitalares.

Para o isolamento de contacto foi registado a higienização das mãos antes da colocação do equipamento, uso de bata e luvas, utilização de mais EPI do que o preconizado, correta retirada de EPI e correta triagem de resíduos hospitalares.

Para o isolamento aéreo foi registada a higienização das mãos, seleção e colocação de máscara adequada (P2), utilização de mais EPI do que preconizado, correta retirada do EPI e correta triagem de resíduos hospitalares.

A técnica de recolha de dados utilizada foi a observação. Utilizou-se, portanto, uma observação estruturada, com recurso a uma grelha fechada, uma vez que a realidade era bem conhecida e que os comportamentos foram previamente definidos, “sendo necessário apenas assinala-los para registar a sua presença” (Vilelas 2020, p. 338).

O mesmo autor defende que numa observação deste tipo, existe pouca influência do observador, uma vez que existe um guia, a informação é sistematizada e todos os dados recebem o mesmo tratamento.

Foram definidas um número alvo de observações (5 a 10 a cada elemento da amostra). Pretende-se que o número de observações por turno e dia de semana seja também semelhante por forma a não existir enviesamento dos dados.

As observações foram efetuadas pelo investigador, no período de realização do estágio, fixado entre outubro de 2022 e março de 2023.

Durante a observação, foi considerada adesão à utilização correta do EPI, sempre que o enfermeiro cumpria as recomendações do procedimento **Precauções de isolamento de contenção com base na via de transmissão**, na íntegra, relativa a cada tipo de isolamento (CHUP, 2018d).

2.3.6. Tratamento de dados

Assim, os resultados serão apresentados com os métodos descritos no capítulo seguinte.

O tratamento de dados deste trabalho foi realizado através de estatística descritiva e inferencial, com recurso informático programa SPSS versão 28.0.1.0.

Para a análise descritiva, foram utilizadas frequências absolutas (n) e percentuais (%), medidas de tendência central (médias e limite mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão (DP)).

Quanto à análise inferencial, para avaliar a associação entre variáveis recorreu-se a testes paramétricos (a amostra apresentava uma distribuição normal).

Para as variáveis categóricas utilizou-se o teste qui quadrado e para as variáveis contínuas o teste t-student. A categorização das variáveis está representada no quadro 1. O nível de significância estabelecido para todas as análises foi de 0,05.

Assim, os resultados serão apresentados com os métodos descritos no capítulo seguinte.

2.3.7. Considerações Éticas

A dignidade, segurança e bem-estar dos participantes de um estudo deve ser uma das principais preocupações do investigador (Vilelas 2020).

Para a realização deste estudo, foram considerados todos os princípios éticos subjacentes à investigação.

Desta forma, foi obtido junto dos participantes um consentimento informado (apêndice 3), e esclarecidas todas as dúvidas inerentes à investigação. Este consentimento foi, portanto, livre, específico, informado e inequívoco.

A realização de estudos deste género no hospital onde ocorreu a investigação, pressupõe a submissão de um projeto inicial à comissão científica (apêndice 4). Após análise do projeto este seguiu para a comissão de ética (Anexo 1), comissão de proteção de dados (anexo 2) até se obter a autorização definitiva junto do conselho de administração (anexo 3).

2.4. - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste ponto apresentamos os resultados obtidos no estudo realizado.

2.4.1. Caracterização Sócio Demográfica da Amostra

No sentido de caracterizar a amostra apresentamos os resultados do questionário sociodemográfico visíveis no Quadro 2.

Quadro 2. - Caracterização da amostra (n=41)

Características	41 (100)
Sexo feminino, n (%)	27 (65,9)
Idade, média $\pm$ DP (anos)	39 $\pm$ 7
Enfermeiro especialista, n (%)	23 (56,1)
Tempo de exercício profissional, média $\pm$ DP (anos)	16,8 $\pm$ 7,1
Tempo de exercício profissional na UCIP, média $\pm$ DP (anos)	11,8 $\pm$ 9,2
Recebeu formação específica na área dos EPI, n (%)	29 (70,7)

A amostra do estudo é constituída por 41 enfermeiros. Da análise efetuada (quadro nº 2), constatámos que o grupo de participantes contou com 65,9% do sexo feminino e 34,1% do sexo masculino; a idade média dos participantes era de 39 $\pm$ 7anos, 56% (n=23) eram detentores do título de especialista: 39% (n=16) na área médico-cirúrgica, 14,6% (n=6) em reabilitação e 2,4% (n=1) em saúde materna e obstetrícia. Globalmente eram enfermeiros experientes quer a nível profissional, com uma média de 16,8 $\pm$ 7,1 anos de exercício da profissão (mínimo 5 anos, máximo 36 anos), quer na própria UCI, com uma média de 11,8 anos (mínimo 1 ano, máximo 33 anos). A equipa conta com 70,7% de enfermeiros com formação específica na área dos EPI.

2.4.2. Caracterização das observações

Foram realizadas 269 observações. A caracterização geral das observações encontra-se exposta no quadro 3.

Quadro 3. - Caracterização das observações por variáveis socioprofissionais (n=269)

Características	269 (100)
Sexo feminino, n (%)	172 (63,9)
Idade, média ± DP (anos)	39±7
Enfermeiro especialista, n (%)	153 (56,9)
Tempo de exercício profissional, média ± DP (anos)	16,8±6,7
Tempo de exercício profissional na UCIP, média ± DP (anos)	12,2±8,7
Recebeu formação específica na área dos EPI, n (%)	195 (72,5)

Em análise verificamos que 63,9% das observações ocorreram com enfermeiros do sexo feminino e 36,1% ocorreram com enfermeiros do sexo masculino; a idade média dos enfermeiros em observação foi de 39 anos (DP=7), compreendendo uma idade mínima de 28 anos e uma máxima de 60.

Das 269 observações, 43,1% ocorreram com enfermeiros generalistas e 56,9% ocorreram com enfermeiros especialistas.

Salienta-se que foram efetuadas 40,9% (n= 110) observações a EEEMC, 13,4% (n= 36) a enfermeiros especialistas de reabilitação e 2,6% (n=7) a especialistas de saúde materna e obstétrica.

A média de tempo de exercício profissional dos enfermeiros, nas 269 observações, foi de 16,80 anos (DP=6,7), O tempo mínimo de exercício profissional foi de 5 anos e o máximo foi de 36 anos. O tempo médio de exercício profissional na UCIP das observações foi de 12,2 (DP= 8,7) com um mínimo de 1 ano e um máximo de 33 anos. 72,5% das observações ocorreram com enfermeiros que já tinham recebido formação específica na área dos EPI.

O quadro 4 sintetiza e especifica os resultados obtidos nas observações.

Quadro 4. - Caracterização das observações por turno, dia da semana, tipo de cuidados, utilização (n=269)

Turnos observados		269 (100)
	Manhã, n (%)	81(30,1)
	Tarde, n (%)	62 (23,0)

	noite n (%)	126 (46,8)
Fim de semana (sim)		99 (36,8)
	Manhã, n (%)	28 (10,4)
	Tarde, n (%)	28(10,4)
	Noite, n (%)	43(16)
Fim de semana (não)		170 (63,2)
	Manhã, n (%)	53(19,7)
	Tarde, n (%)	34(12,6)
	Noite, n (%)	83(30,9)
Cuidados prestados		
	Administração de terapêutica, n (%)	80 (29,7)
	Posicionamento, n (%)	76 (28,3)
	Cuidados de higiene, n (%)	36 (13,4)
	Outros, n (%)	77 (28,6)
Utilização CORRETA de EPI, conforme o tipo de isolamento		
	Proteção, n (%)	21 (100)
	Aéreo, n (%)	41 (95,3)
	Contacto, n (%)	141 (68,8)
Utilização INCORRETA de EPI, conforme o tipo de isolamento		
	Proteção, n (%)	0 (0)
	Aéreo, n (%)	2 (4,7)
	Contacto, n (%)	64 (31,2)

Da análise destaca-se que 30,1% das observações foram realizadas no turno da manhã, 23% no turno da tarde e 46,8% no turno da noite.

Foram realizadas 36,8% das observações ao fim de semana e 63,2 à semana.

Em relação ao tipo de cuidado prestado, 13,4% das observações foram efetuadas durante os cuidados de higiene, 28,3% foram realizadas durante os posicionamentos, 28,6% foram efetuadas durante a realização de outros procedimentos e 29,7% foram efetuadas durante a administração de terapêutica.

Quadro 5. - Distribuição das observações por tipologia de isolamento (n=269)

Proteção, n (%)	21 (7,8)
Aéreo, n (%)	43 (16)
Contacto, n (%)	205 (76,2)
Total de observações	269 (100)

Relativamente ao isolamento de proteção, 7,8% (n=21) das observações correspondem a este tópico, tendo-se verificado que 100% dos enfermeiros observados apresentaram adesão à utilização dos EPI correta (quadro 4 e 5). Em relação ao isolamento aéreo, 16% (n= 43) das observações correspondem a este item, sendo que 95,3% dos enfermeiros apresentaram adesão à utilização aos EPI correta (quadro 4 e 5).

Face ao isolamento de contacto, 76,2% (n= 205) das observações são relativas a este elemento, sendo que 68,8% (n= 141) dos enfermeiros apresentaram adesão à utilização correta dos EPI e uma não adesão de 31,2% ou seja quase 1/3 dos enfermeiros não utiliza adequadamente os EPI no isolamento de contacto (quadro 4 e 5).

2.4.3. Adesão dos enfermeiros ao Equipamento de Proteção Individual numa Unidade Cuidados Intensivos

Neste ponto apresentamos os resultados relativos à adesão dos enfermeiros à utilização do EPI nos isolamentos de uma UCIP.

Relativamente ao isolamento de proteção, constatou-se que a taxa de adesão ao uso de EPI, nesta tipologia de isolamento, foi de 100% (quadro 4). No decorrer da colheita de dados, percebeu-se que a norma hospitalar instituída pós covid 19, implicava a obrigatoriedade de máscara cirúrgica quer por profissionais de saúde quer por visitas. Assim, sendo a máscara cirúrgica obrigatória para cumprimento desta medida de isolamento, verificou-se uma taxa de adesão de 100%. Por esta razão, optou-se por diminuir o nº de observações nesta tipologia de isolamento, uma vez que os resultados poderiam estar condicionados por estas normas institucionais mais ponderosas.

No que diz respeito ao isolamento aéreo, da análise dos resultados obtidos pode concluir-se que a taxa de adesão dos enfermeiros à utilização dos EPI foi de 95,3% (quadro 4).

Já no que se refere ao isolamento de contacto, constatou-se que os enfermeiros evidenciaram uma taxa de adesão à utilização correta dos EPI de 68,8% (Quadro 4).

Verificando-se uma disparidade na adesão ao uso dos EPI entre as 3 tipologias de isolamento, nitidamente inferior no isolamento de contacto, mostramos de seguida uma análise mais pormenorizada cruzando variáveis. Assim, no quadro 6 representa-se a associação entre as variáveis (sexo, idade, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na UCIP, formação específica na área de

EPI, turno observado, fim de semana, tipo de cuidado prestado) e a utilização do EPI em contexto de tipologia de isolamento de contacto.

Quadro 6. - Associação entre as variáveis independentes e a adesão à utilização do EPI no isolamento de contacto.

	total	Utilização EPI correta	Utilização EPI incorreta	Valor de p
Contacto	205 (100)	141 (68,8)	64 (31,2)	
Sexo feminino, n (%)	129 (62,9)	92 (71,3)	37 (28,7)	0.307*
Sexo masculino, n (%)	76 (37,1)	49 (64,5)	27 (35,5)	
Idade, média $\pm$ DP (anos)	39,4 $\pm$ 6,3	39,3 $\pm$ 6,3	39,6 $\pm$ 6,2	0.756 [#]
Categoria Profissional				
Enfermeiro especialista (sim), n (%)	120 (58,5)	82 (68,3)	38 (31,7)	0.870*
Enfermeiro especialista (não), n (%)	85 (41,5)	59 (69,4)	26 (30,6)	
Tempo de exercício profissional, média $\pm$ DP (anos)	17,0 $\pm$ 6,3	16,7 $\pm$ 6,3	17,2 $\pm$ 6,4	0.742 [#]
Tempo de exercício profissional na UCIP, média $\pm$ DP (anos)	12,2 $\pm$ 8,5	12,1 $\pm$ 8,3	12,3 $\pm$ 9,1	0.924 [#]
Recebeu formação específica na área dos EPI, n (%)	149 (72,7)	107 (71,8)	42 (28,2)	0.127*
Turno observado				
Manhã, n (%)	59 (28,8)	48 (81,4)	11 (18,6)	0.044*
Tarde, n (%)	47 (22,9)	29 (61,7)	18 (38,3)	
Noite, n (%)	99 (48,3)	64 (64,6)	35 (35,4)	
Fim de semana				
Fim de semana (sim), n (%)	79 (38,5)	46 (58,2)	33 (41,8)	0.010*
Fim de semana (não), n (%)	126 (61,5)	95 (75,4)	31 (24,6)	
Tipo de cuidados				
Administração de terapêutica, n (%)	60 (29,3)	30 (50)	30 (50)	<0.001*
Posicionamento, n (%)	55 (26,8)	55 (100)	0 (0)	
Cuidados de higiene, n (%)	27 (13,2)	27 (100)	0 (0)	
Outros, n (%)	63 (30,7)	29 (46)	34 (54)	

*teste qui-quadrado; [#] teste *t*-student

Com o objetivo identificar a associação da adesão dos enfermeiros à utilização de EPI correta ou incorreta, procedeu-se à aplicação da estatística inferencial com recurso ao teste qui-quadrado e o teste *t-student*, que nos permitiu verificar a natureza da associação entre a variável **adesão à utilização do EPI** e as variáveis: **sexo, idade, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na UCIP, formação específica na área dos EPI, turno observado, fim de semana e tipo de cuidados prestado**.

Após análise dos testes verificou-se que a associação não é estatisticamente significativa na maioria das variáveis designadamente na: variável sexo ($p=0.307$); variável idade ($p=0,756$); variável categoria profissional ($p=0.870$); variável tempo de exercício profissional ($p=0,742$); variável tempo de exercício profissional na UCIP ($p=0,924$) e variável formação específica na área do EPI ($p=0,127$). Verificou-se associação estatisticamente significativa apenas entre as variáveis **turno observado** ($p=0,044$), **fim de semana** ($p=0,010$) e **tipo de cuidados prestados** ($p<0,001$).

No isolamento de contacto, analisando a associação da variável sexo, com a adesão dos enfermeiros à utilização correta dos EPI verificámos que 64,5% eram homens e 71,3% eram mulheres ($p=0,307$), revelando não existir uma associação estatisticamente significativa.

Constatou-se que a média de idades dos enfermeiros que aderiram à utilização de EPI de forma correta foi similar aos que não aderiam $39,3\pm6,3$ vs. $39,6\pm6,2$, $p=0,756$.

Relativamente ao título profissional, a taxa de adesão à utilização do EPI é de 69,4% para os enfermeiros generalista vs. 68,3% para os detentores do título de especialista, $p=0,0870$.

A variável tempo de exercício profissional, revela que aderentes à utilização correta de EPI, enfermeiros com média de anos $16,7\pm6,3$ vs. $17,2\pm6,4$ para os não aderentes, $p=0,742$.

A média de anos de exercício profissional na UCIP de aderentes foi de $12,1\pm8,3$ vs. $12,3\pm9,1$ para não aderentes, $p=0.924$.

A relação entre a formação específica na área dos EPI e a adesão dos enfermeiros à utilização de EPI, mostra uma taxa de 71,8% para os enfermeiros com formação e 60,7% para os que não tinham, $p=0,127$.

No que diz respeito à variável turno observado, no turno da manhã verificou-se uma taxa de adesão aos EPI de 81,4%, no turno da tarde 61,7% e no da noite 64,6%, $p=0,044$.

Relativamente à variável fim de semana, a adesão à utilização aos EPI ao fim de semana é de 58,2% e a adesão à semana é de 75,4%, $p=0,010$.

Relativamente à variável tipo de cuidados, as taxas de adesão dos enfermeiros à utilização de EPI, foi de 100% nos cuidados de higiene e posicionamento, 50% para a administração de terapêutica, $p < 0,001$ e 46% para outros procedimentos, $< 0,001$.

Tendo por base os resultados apresentados, de seguida efetua-se a sua discussão confrontando-os com a evidência que se tem produzido nesta área.

2.5. - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A maioria dos enfermeiros participantes da presente pesquisa, 65,9%, era do sexo feminino e 34,1% do sexo masculino. Resultado que corrobora os dados mais recentes divulgados no site da OE (2023) que comprovam que a profissão conta na sua maioria com mulheres (87,5%). Apesar do referido, o local onde foi realizado o estudo conta com uma percentagem significativa de homens.

Relativamente à faixa etária, a idade média dos participantes foi de 39 ± 7 anos. A média das idades encontradas corresponde a um adulto jovem, característica encontrada por Silva & Ferreira (2011), que sublinham que o cuidado ao doente internado em cuidados intensivos implica um esforço físico elevado uma vez que se os doentes se encontram numa situação que os impossibilita de se movimentarem. Os mesmos autores salientam que o cuidado ao doente em cuidados intensivos exige um grande dispêndio de força muscular e gasto de energia física sendo necessário um alto grau de agilidade e destreza, características que são mais comuns em indivíduos jovens. Destaca-se ainda que, uma vez que os cuidados intensivos são caracterizados por atividades intensas, desgastantes e causadoras de stress, não é comum que o profissional aí permaneça por longos períodos.

Para análise da categoria profissional, a amostra contou com 56% enfermeiros especialistas, sendo que 39% são na área médico-cirúrgica, 14,6% na área de reabilitação e 2,4% em saúde materna e obstetrícia. A mesa do colégio da EEEMC emitiu um parecer em 2018 que defende que “a nível das dotações seguras nos serviços de Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos preconizamos os 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica” (OE, 2018, p. 3). Com base neste pressuposto, verificamos que no presente estudo as dotações seguras ainda não se cumprem, no entanto, apresenta um valor relativamente alto para o que é encontrado habitualmente em UCI, tal como refere a OE (OE, 2018).

Relativamente à adesão dos enfermeiros à utilização de EPI nos isolamentos, quer de proteção, quer aéreo, foi muito elevada, com taxas de 100% e 95.3% respetivamente. O isolamento aéreo é o indicado em situações de infeção por tuberculose e infeção por covid 19.. Apesar da pesquisa ter sido desenvolvida num contexto pós pandemia, a

infecção por sars-cov2 ainda era presença habitual na unidade onde foi realizado o estudo. Assim, os quartos de isolamento aéreo, onde os doentes infetados com sars-cov2 eram alocados, estavam equipados com sistema de pressão de negativa, portas sempre fechadas e EPI devidamente identificado e individualizado colocado à porta da unidade de isolamento. A UCIP foi uma unidade que em altura pandémica se dedicou exclusivamente ao tratamento da infecção por sars-cov2 e, provavelmente, por essa razão, a memória desse tempo ainda estava muito presente em todos os enfermeiros, o que explicará os resultados obtidos de elevada taxa de adesão à utilização correta de EPI. Durante a pandemia existiu escassez de EPI o que favoreceu o risco de contaminação (Papacosta et al., 2020). Um estudo de Susuki et al. (2021), evidenciou que o EPI adequado é suficiente para prevenir a infecção entre os profissionais de saúde. Neto et al. (2022), desenvolveram um estudo em que apontam que dificuldades no acesso de EPI pode traduzir-se em trabalho desprotegido e em contaminação pela Covid-19. O medo dos enfermeiros não se restringia apenas a serem infetados, mas também ao facto de poderem infetar os seus familiares mais vulneráveis (Papacosta et al., 2020). Neste período, houve um aumento das exigências por parte dos profissionais por EPI adequados e a OMS teve necessidade de publicar novos protocolos de atuação (Papacosta et al., 2020).

Assim, a memória recente face à pandemia, o medo da contaminação e a garantia da eficácia dos EPI, a necessidade de instituir protocolos de colocação e remoção de EPI institucionais face ao isolamento aéreo, poderão ser os motivos apontados para uma taxa de adesão tão elevada a este tipo de isolamento.

Relativamente ao isolamento de contacto, este apresenta uma menor taxa global de adesão à utilização correta de EPI comparativamente com as outras tipologias de isolamento, nomeadamente 68,8%, contrapondo-se a 31.2% de enfermeiros que não aderiram à utilização correta de EPI, identificando-se aqui uma oportunidade de melhoria.

Na análise detalhada sobre o cumprimento das normas preconizadas relativas à adesão à utilização dos EPI verificou-se a existência de associação entre algumas variáveis.

A variável sexo e isolamento de contacto apresentaram 64,5% de observações em homens corretas vs 71,3% em mulheres foram corretas, $p=0,307$. A análise destes resultados permite-nos concluir que não existe relação do sexo com a adesão às medidas de isolamento de contacto.

A média de idades das observações corretas foi de $39,3\pm6,3$ vs $39,6\pm6,2$ incorretas com um $p=0,756$. Podemos concluir que não existe relação entre a variável idade e adesão ao isolamento de contacto.

Testando a variável categoria profissional e isolamento de contacto a taxa de adesão é de 69,4% para os enfermeiros generalista vs. 68,3% para os detentores do título de especialista, $p=0,0870$. Estes valores traduzem que não existe relação entre estas variáveis. Seria expectável no início do estudo que a categoria profissional tivesse influência na adesão uma vez que o EEEMC como competência específica “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19359).

A relação relativa à variável, recebeu formação específica na área dos EPI, e adesão à utilização do EPI, tem uma taxa de 71,8% para os que já tinham formação e de 60,7% para os que não tinham, $p= 0,127$. Daqui se conclui que não existe relação entre estas variáveis. Apesar deste resultado mostrar que a formação específica não tem influência na adesão aos EPI, Neto et al., 2022 concluíram no seu estudo que 96,8% dos profissionais concordam que receber formação sobre o uso correto de EPI pode diminuir efeitos danosos (contaminação) da prestação de cuidados. Cardoso et al. (2020) defendem que a realização de estratégias de intervenção deverá ser capaz de aumentar a adesão destes profissionais aos EPI. Porto & Marziale (2016), constataram as intervenções educacionais são consideradas como medidas promotoras da adesão aos EPI. Na mesma linha de raciocínio um trabalho de Brandão et al. (2022), refere que é fundamental o treino e educação permanente da equipa de enfermagem, quer no momento da admissão hospitalar, quer como estratégia de educação permanente como forma de assegurar a adesão às PBCI. Em suma, o cumprimento destas medidas é fundamental para a segurança quer do profissional quer do doente.

A taxa de adesão para o turno da manhã foi de 81,4%, para o da tarde foi 61,7% e para o da noite foi de 64,6%, $p= 0,044$. Existe portanto uma relação entre a variável “turno” e a adesão aos EPI no isolamento de contacto. Verificou-se, durante as observações, que a manhã era ocupada em grande parte do tempo pelos cuidados de higiene. Este é um procedimento muito demorado, que exige um grande dispêndio de tempo até estar concluído. Cada enfermeiro de cuidados intensivos fica com dois doentes atribuídos e, durante a manhã, o seu tempo é maioritariamente utilizado para a prestação de cuidados de higiene. Esta poderá ser uma explicação para o resultado encontrado. Por outro lado, a baixa adesão encontrada no turno da noite poderá ser justificada por M. Faria et al. (2019), que afirmam que os efeitos mais evidentes do trabalho noturno são o cansaço mental, stress e ansiedade. Em 2013, Copértaro considera que durante a noite existe uma redução dos níveis de atenção e vigilância, aliada à privação do sono e à sensação de cansaço, reduzindo a eficiência do trabalho e aumentando a probabilidade de erros e lesões.

A adesão ao fim de semana foi de 58,2% e a adesão à semana foi de 75,4% , $p=0,010$. A literatura não explora muito esta temática pelo que foi difícil encontrar artigos que corroborassem estes resultados. Apesar de encontrar autores que apresentaram trabalhos onde tentaram testar as diferentes variáveis diferenciando-as da semana e do fim de semana, esses estudos revelaram-se escassos e ambíguos. Jeonga D. & Kurgant P. (2010) consideram que o trabalho ao fim de semana, feriados e períodos noturnos são considerados fatores de insatisfação. Poderá ser uma das razões encontradas para a baixa adesão ao fim de semana, contudo seriam necessários mais estudos neste âmbito para justificar estes resultados.

As taxas de adesão nos cuidados de higiene e posicionamento foram de 100%, 46% para outros procedimentos e 50% para a administração de terapêutica, $p<0,001$.

Estes dados revelam que o tipo de cuidado prestado tem forte influência na adesão aos EPI. A literatura mostrou um número muito reduzido de estudos neste âmbito. Não existem autores que corroborem os dados obtidos. Sabe-se que o posicionamento e os cuidados de higiene são cuidados planeados, para os quais são despendidos muito tempo de cuidados e fazem parte de uma rotina de todos os serviços. Por outro lado, administração de terapêutica ou outro tipo de cuidados, como por exemplo, providenciar uma almofada ou um copo de água são cuidados menos demorados. Poderá ser esta a explicação para os resultados encontrados, contudo sugere-se a realização de mais estudos que suportem esta temática.

2.6. - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Do estudo realizado podemos concluir que o isolamento aéreo e o de proteção foram os que apresentaram maior taxa de adesão, 95,3% e 100% respetivamente.

O isolamento de contacto teve uma taxa de adesão de 68,8% com variáveis que a influenciaram significativamente. Essas variáveis foram o turno realizado, o dia da semana ou fim de semana e o tipo de cuidado prestado.

As questões de investigação colocadas no início do projeto foram respondidas ao longo da discussão.

Durante o estudo, foram encontradas algumas limitações, nomeadamente, tratar-se de um estudo unicêntrico, com uma amostra pequena pelo que estes resultados não podem ser generalizados.

O estudo foi pioneiro e pode ser aplicado a vários ambientes dentro do mesmo contexto, pelo que se sugere que sejam efetuadas mais pesquisas neste âmbito. As instituições de saúde têm um papel fundamental no que se refere às medidas de precaução uma vez para um ambiente de trabalho adequado estas têm a responsabilidade de fornecer

os EPI necessários e adequados e formular estratégias preventivas para proporcionar melhor qualidade de vida aos profissionais e práticas de trabalho seguras (Papacosta et al, 2020).

Neste contexto, também os EEEMC têm numa das suas competências específicas a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade (Regulamento nº 429/2018, 2018). Neste sentido, os enfermeiros especialistas nesta área, têm uma responsabilidade acrescida na conceção de Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção no garante da implementação de cuidados de enfermagem seguros.

3. - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE SITUAÇÃO CRÍTICA

Ser enfermeiro especialista pressupõe a aquisição de um conjunto de competências técnico-científicas, éticas e humanas. Efetivamente, os cuidados de saúde em geral e os cuidados de enfermagem, em particular, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A OE no aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais estabelece um conjunto de competências comuns e específicas, previstas e definidas em regulamentos próprios, que vão permitir a prática de cuidados de enfermagem especializados.

Relativamente ao regulamento de competências específicas do EEEMC, nº429/2018, e uma vez que todo o mestrado foi orientado para a vertente da PSC, destaco as competências específicas do EEEMC área de enfermagem à PSC, que são:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de RAM perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para além das competências específicas, o enfermeiro especialista de qualquer área de especialidade, reveste-se de um conjunto de competências transversais, previstas no regulamento nº 140/2019 relativo às competências comuns dos enfermeiros especialistas, designadamente:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O estágio foi desenvolvido tendo por base estas competências. Neste sentido, de seguida passamos apresentar as atividades desenvolvidas, através de uma análise crítica e reflexiva, demonstrando as capacidades e competências adquiridas.

3.1. - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A intervenção do enfermeiro especialista deve ser sustentada num corpo de conhecimento no domínio ético–deontológico e legal. O código de Deontologia Profissional de Enfermagem destaca que as intervenções de enfermagem são realizadas tendo por base a “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (OE, 2015, p. 38). Os valores universais, destacados no mesmo código, são a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e o aperfeiçoamento profissional. O enfermeiro deve respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa. Deve assegurar a intimidade, privacidade e o direito à escolha e recusa. Tem também o dever de informar acerca dos cuidados de enfermagem prestados, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado. Toda a informação relativa ao contexto clínico é considerada confidencial e apenas deverá ser partilhada com a equipa implicada no plano terapêutico.

Com base nestes pressupostos foi definido o seguinte objetivo:

- Desenvolver consciência de responsabilidade profissional na prática de cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica, sustentados nos princípios éticos e legais da profissão.

No decurso de todo o estágio foram respeitados os princípios éticos, normas legais, agindo de acordo com a deontologia profissional.

Assim, sendo a UCIP uma unidade em forma de U, para garantir o respeito pela dignidade e privacidade do doente, sempre que a prestação de cuidados implicava alguma exposição corporal as cortinas ou biombos foram utilizadas como forma de impedir a visualização por parte de outros profissionais ou doentes. Os doentes não dispunham de casa de banho. Se até há alguns anos a sua ausência não era sentida, uma vez que os doentes permaneciam sedados muito tempo, com o novo paradigma de cuidados intensivos em que doentes estão cada vez com menos sedação e cada vez mais vigis, a existência de estruturas/equipamentos que permitam assegurar a privacidade e intimidade, respeitar a pessoa através do respeito pelo pudor, começa a ser cada vez mais uma exigência dos contextos intensivos. O serviço já percebeu esta necessidade e remeteu ao conselho de administração um projeto para a sua realização. Efetivamente, o enfermeiro especialista, no seu domínio de competências, promover a proteção dos direitos humanos, no critério de avaliação A2.1.4 do Regulamento nº140/2019, deve recorrer a todos os meios que permitam fomentar o respeito pelo direito do doente à privacidade (Regulamento nº140/2019, 2019).

A questão do sigilo sobre os dados pessoais são uma questão de grande debate social, na área da saúde em particular. Segundo o Diário da República, no caso do doente se encontrar, temporariamente ou definitivamente, incapaz de dar o seu consentimento em questões relativas a decisões em saúde, toda a informação deverá ser partilhada com o seu representante legal, que poderá ser a família ou algum tutor designado para o efeito (Regulamento nº 707/2016, 2016). A informação acerca do estado clínico do doente é dada à família ou representante legal pelo médico de urgência e é privilegiada a via presencial. O enfermeiro participa na transmissão de informação numa reunião em sala própria para o efeito. Esta sala foi construída com o intuito de transmitir informações aos familiares, e foi pensada para criar um ambiente que induza à calma e tranquilidade, como por exemplo a utilização de tom pastel e desenhos de pássaros nas paredes. A participação nestas reuniões revelaram-se de extrema importância neste processo de aprendizagem. Foi possível desenvolver capacidade de comunicação, adaptando a linguagem científica de modo a que a mensagem fosse transmitida de forma simples, clara e objetiva. Estabeleceram-se relações empáticas e de apoio emocional, uma vez que o quadro clínico da PSC é sempre motivo de ansiedade e dor familiar. Durante estas reuniões foram vivenciados momentos delicados com uma intensidade sentimental forte. Assim, foi possível desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade da PSC, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento nº140/2019).

A garantia do consentimento informado, livre e esclarecido, pautou o desempenho efetuado ao longo de todo o percurso académico e profissional desenvolvido durante o estágio. Assim, durante a prática de cuidados, o doente foi informado acerca dos procedimentos necessários e esclarecido em todas as situações, tendo sido adotada uma postura que assegura o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação. Se o doente não reunisse todas as condições necessárias à tomada de decisão prevalecia o consentimento presumido, tendo por base os princípios da beneficência e não maleficência. O consentimento presumido é entendido no artigo 22 do Regulamento 707/2016 como aplicável nas situações de urgência em que não é possível obter o consentimento do doente e desde que não haja qualquer indicação de que o doente recusaria o tratamento. Deve ser utilizado quando a sua obtenção implique perigo de vida ou perigo grave para a saúde. Em situações em que o consentimento presumido é aplicado, a decisão deve ser tomada com base em princípios éticos sólidos e considerando os valores e crenças culturais do doente e da sua família.

A tipologia de doentes admitidos na UCIP é variável. Os doentes são provenientes das várias áreas do hospital, apresentam inúmeras patologias, idades, crenças e hábitos. A UCIP admite cada vez mais doentes de nacionalidades diferentes e é importante ter em

conta que a multiculturalidade é uma realidade que não pode ser ignorada por quem presta cuidados. Assim, houve oportunidade de prestar cuidados a doentes de várias idades, géneros ou países, onde a necessidade de desenvolver uma intervenção especializada com base no cuidado transcultural foi uma realidade.

Leininger, pioneira da enfermagem transcultural, construiu a Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado, também chamada Transcultural. Tem como proposta principal proporcionar o cuidado de acordo com a cultura, numa abordagem holística, focalizando a enfermagem científica e humana. O cuidado cultural procura perceber a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão do mundo, estrutura social e outras dimensões, como forma de descobrir o modo de prestar cuidados culturalmente congruentes para diferentes pessoas, família ou grupo cultural (Leininger, 1991).

Salientam-se alguns casos que surgiram durante o percurso formativo como, por exemplo, uma doente iraniana que pouco falava inglês. A barreira linguística mostrou-se um problema, uma vez que a linguagem verbal era praticamente impossível. As estratégias adotadas passaram por utilização do google tradutor, linguagem gestual ou quadros de imagens. Esta doente, por ser mulher, recusava a prestação de cuidados por enfermeiros homens. Por outro lado, doentes árabes, do sexo masculino, eram mais reticentes à prestação de cuidados por enfermeiras, adotando uma postura diferente e austera, quando enfermeiras se aproximavam deles. Para colmatar esta necessidade sociocultural, os planos de trabalho dos enfermeiros eram feitos de acordo com a dimensão/necessidades culturais dos doentes.

A maior parte dos doentes estrangeiros são oriundos principalmente da Europa, em que as línguas mais praticadas são o inglês, francês e alemão. Para estes casos, o hospital disponibiliza tradutores oficiais sempre que solicitado.

Percebe-se nestas estratégias, assim como noutras, a conduta ética do enfermeiro, na medida em que assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.

Outro aspeto observado e objeto de bastante reflexão durante o estágio foram os critérios de admissão em cuidados intensivos e decisões de suspensão de medidas de suporte avançado de vida.

A consulta do documento do hospital “Enquadramento ético dos tratamentos em Cuidados Intensivos” (CHUP, 2018f, p.1), descreve que o “crescimento exponencial dos custos dos cuidados com os doentes críticos, impõe decisões assentes em critérios de qualidade, eficácia, eficiência, com a preocupação de rentabilizar os recursos disponíveis. As fronteiras do exercício da Medicina Intensiva e a preocupação com a reintegração social dos sobreviventes impõem preocupações de índole ética e social,

essenciais para as boas práticas em conformidade com o “estado da arte”. É neste âmbito que os Serviços de Medicina Intensiva se tornam o centro da visão integradora na abordagem do doente crítico como um todo não fragmentado” (CHUP, 2018f, p.1). Entende-se que têm indicação para internamento em cuidados intensivos os doentes dos quais se esperam a recuperação das funções vitais para uma condição de vida digna. Em determinadas situações o objetivo é a cura da doença, noutras para as quais não havendo cura há tratamento para minimizar as consequências da doença e, finalmente, outras situações onde o objetivo é o alívio do sofrimento.

Não têm indicação para internamento em cuidados intensivos situações para as quais não é expectável a reversão da doença. A decisão depende do diagnóstico, é individual e assumida caso a caso pelo Sênior responsável pela UCIP, em colaboração e articulação com os profissionais encarregues de cuidar desse doente nesse momento, o doente (quando tal é possível) os familiares e conviventes presentes e solicitados para essa apreciação, tidas em consideração as informações disponíveis (CHUP, 2018f).

A decisão de não escalar as intervenções terapêuticas decorre da constatação de que os tratamentos foram levados até ao limite do ajustado à situação do doente. Não se suspendem tratamentos, definem-se objetivos e tempo de avaliação da resposta aos tratamentos instituídos e estabelece-se que se a resposta ao tratamento não corresponder ao expectável e/ou a situação clínica se deteriorar, não se fazem mais escaladas terapêuticas assumindo-se a necessidade de reavaliação da situação e nova decisão em função dos critérios atrás definidos (CHUP, 2018f). Foram várias as situações encontradas durante o estágio que se enquadravam neste contexto. Eram momentos de profunda reflexão onde eram debatidas várias opiniões até se decidir o que era melhor para o doente.

A Decisão de Não Reanimar aplica-se exclusivamente às situações de PCR, estabelece-se nos casos em que as intervenções terapêuticas e/ou a situação clínica do doente chegaram ao limite do que é possível fazer com os atuais recursos da Medicina pelo que a ocorrência de PCR representa um incidente terminal que não deve corresponder a procedimentos que podem ser tidos como práticas de maleficência (prolongamento artificial do sofrimento e do processo de morte) (CHUP, 2018f).

A decisão de suspender as medidas de artificialização da vida já iniciadas decorre do conhecimento do diagnóstico com a profundidade suficiente para estabelecer um prognóstico. São tidas em consideração as informações obtidas no conhecimento detalhado da doença e da condição do doente antes do internamento, a avaliação da resposta aos tratamentos e as possibilidades de prosseguir as intervenções de suporte artificial da vida, tida a “legis artis” (CHUP, 2018f). Estas situações aconteceram

sobretudo na SE, onde a admissão de doentes em PCR ou em peri- paragem era mais frequente do que na UCIP.

Todos estes conceitos levaram, durante o estágio a uma profunda reflexão sobre este tema. Existiu necessidade, muitas vezes, de questionar algumas decisões no sentido de compreender o que era melhor para o doente e família aos quais eram prestados os cuidados. Diagnósticos complexos, terapêuticas instituídas e exames necessários, todos estes elementos eram tidos em conta se fosse necessário tomar algum tipo de decisão que implicasse a não recuperação do doente.

Em conclusão e à luz do exposto, considera-se que neste estágio foi possível desenvolver intervenções de enfermagem à PSC e família com base nos conhecimentos técnico-científicos e éticos, o que permitiu o desenvolvimento de maior consciência de responsabilidade profissional na prática de cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica, sustentados nos princípios éticos e legais da profissão.

3.2. - MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Na atualidade, as exigências e expectativas do cliente têm vindo a crescer, a evolução do conhecimento científico e técnico, a necessidade de controlar os custos da saúde, o aumento do nível de formação e conhecimento dos profissionais de saúde, associados às questões éticas, analisadas em consonância, predizem a importante promoção da excelência no cuidar. De acordo com as necessidades dos doentes, o enfermeiro especialista, no seu exercício, deve desenvolver competências especializadas recorrendo aos recursos disponíveis do modo mais racional e eficaz possível. Para fazer face a esta realidade é de extrema relevância o desenvolvimento de programas que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Algumas das competências comuns dos enfermeiros especialistas inscrevem-se no domínio da melhoria contínua da qualidade, designadamente: garante um papel dinamizador no desenvolvimento de projetos institucionais na área da qualidade, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garante um ambiente terapêutico e seguro “ (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4747).

Com base neste domínio de competências definiram-se como objetivos:

- Desenvolver competências na implementação de práticas de qualidade, sustentadas em evidencia atual, através de intervenções de enfermagem seguras, da participação na gestão de serviços e da colaboração de programas de melhoria continua;

- Compreender o papel do enfermeiro especialista na participação, gestão e colaboração de programas de melhoria contínua.

O conceito de qualidade, Segundo F. Pereira (2007), é temporalmente dinâmico, o qual tem influenciado ao longo dos tempos o próprio conceito de qualidade em saúde e dos que dele derivam, como o caso de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, dado o seu atributo temporal e influências, surge então a dificuldade na definição do conceito.

Segundo Mezomo (2001, p. 73), qualidade é “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”. Num paradigma de cuidados de saúde, a OE (2017), descreve o mesmo conceito como uma tarefa multiprofissional, com um contexto de aplicação local, justificando a pertinência da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015-2020) definiu qualidade em saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº5613/2015, 2015, p.13551).

Na mesma perspetiva, Donabedian (2003), considerou qualidade em saúde como o produto que resulta da relação da ciência e tecnologia dos cuidados de saúde e a aplicação destes na prática, influenciada por condições tais como a relação interpessoal, ou seja, a relação estabelecida entre quem presta os cuidados e o cliente alvo, e as condições ambientais em que decorre a prestação, como condições de conforto e bem-estar. O mesmo autor considera também que a qualidade em saúde, enquanto produto resultante da interação de diferentes profissionais, permite maiores benefícios através da redução dos riscos.

A Fundação Calouste Gulbenkian (2014) considerou, no seu relatório “Um Futuro para a Saúde” que os serviços de saúde devem caminhar no sentido de um tratamento precoce, de qualidade elevada, com uma prática baseada na evidência, de forma a beneficiar os doentes, reduzindo o desperdício e os custos. O documento considera que o foco deverá ser a melhoria contínua da qualidade, com constante aplicação das melhores práticas previamente comprovadas. Para L. Dias (2014), os sistemas de melhoria contínua da qualidade são programas organizados para constantemente melhorar procedimentos, resultados e serviços que são prestados por organizações de

saúde, independentemente do desempenho atingido, com o intuito de ultrapassar o nível atingido previamente.

A Enfermagem, para Machado (2013, p. 23), “assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria da qualidade”. Assim, os indicadores de qualidade em Enfermagem são de extrema relevância para a profissão, pois permitem a introspeção e identificação de aspetos a desenvolver na prática, e, paralelamente, permitem a projeção dos cuidados de enfermagem e aferir os ganhos em saúde.

À luz desta premissa, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem permitindo dessa forma estruturar e orientar o exercício profissional através da reflexão, tendo em conta o contexto onde os cuidados são inseridos, visar a componente autónoma da Enfermagem, guiar os enfermeiros na tomada de decisão e definir indicadores de qualidade relativos ao exercício da profissão (OE, 2012).

Por sua vez, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, desafiou as instituições prestadoras de cuidados, com vista a melhoria contínua da qualidade, a integrarem intervenções promotoras da saúde e de prevenção da doença, adotando como prioridades estratégicas de atuação: a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições; b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional; c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica; d) Reforço da segurança dos doentes; e) Reforço da investigação clínica; f) Monitorização permanente da qualidade e segurança; g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho; h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho nº5613/2015, 2015, p. 13552).

No centro hospitalar onde decorreu o estágio existe o Departamento da Qualidade na Saúde, que tem como função promover e incentivar, nas várias instituições de prestação de cuidados de saúde, a filosofia de melhoria contínua da qualidade, elaborando linhas orientadoras nas mais diversas áreas do cuidado. Com o mesmo objetivo, a nível nacional, foram também criadas comissões da qualidade e segurança em todos os hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde, com a finalidade de difusão em rede, contínua e permanente, e a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e o enraizamento da cultura de segurança nos cuidados.

Em linha com o que foi referido anteriormente, Machado (2013, p. 47) afirma que “a melhoria contínua da qualidade pressupõe análise, orientação, planeamento, envolvimento, comprometimento, pressupõe por isso, movimento e mudança capaz de catapultar a qualidade existente para níveis de dimensões mais elevadas”.

Dado o número elevado de profissionais de saúde que integram uma unidade de cuidados de saúde, tornou-se fundamental a cooperação dos interlocutores da qualidade, que são os elos de ligação entre o departamento da qualidade, a instituição e os profissionais de cada serviço que se encontram a prestar cuidados diretos ao doente e sua família. Estes profissionais têm um papel preponderante nas questões relacionadas com a melhoria contínua da qualidade, tal como a gestão do risco nesses mesmos serviços.

Os interlocutores da Qualidade e Segurança têm como funções:

- Formação de novos profissionais (relativamente ao departamento da qualidade, segurança e gestão do risco) e divulgação no serviço dessas matérias;
- Realização de auditorias internas promovidas pelos serviços, tal como divulgar resultados das mesmas;
- Supervisão de questões relacionadas com higiene, segurança e resíduos.

Tal como anteriormente se havia dito, o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e, emitida pela OE (2019), discrimina no anexo II, as competências do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade uma das quais a participação na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

Assim durante o estágio, foi possível realizar dois turnos com os interlocutores da qualidade do serviço, com o intuito de compreender o processo gestão do risco, os pressupostos teórico-metodológicos, as dinâmicas da estrutura da qualidade, e o papel de cada interveniente.

Os interlocutores da qualidade são uma dupla de enfermeiros especialista, EEEMC, que mensalmente, têm uma manhã, para se dedicarem exclusivamente à temática da Qualidade e Gestão de Risco no serviço.

Nestes turnos, foram realizadas auditorias de risco clínico do serviço relativas aos seguintes aspetos/indicadores:

- Identificação do doente;
- Prevenção de quedas;
- Prevenção de úlceras por pressão;
- Prevenção de broncoaspiração;
- Prevenção de trombose venosa profunda;
- Risco nutricional;
- Alertas;
- Circuito do medicamento;

- Dispositivos médicos e infecção;
- Consentimento informado e lista de verificação pré-operatória.

Além das auditorias, a equipa de interlocutores: assegura a qualidade de funcionamento de diversos equipamentos; realiza ações de formação para as diferentes categorias profissionais da equipa (enfermeiros, assistentes operacionais e médicos); realiza um relatório anual relativo à melhoria contínua da qualidade e diminuição do risco que é entregue ao departamento da qualidade e reúne trimestralmente com o departamento da qualidade do hospital.

Segundo Mezomo (2001), as oportunidades de melhoria da qualidade proporcionam-se através da monitorização e avaliação de desempenho, pressupondo a existência de indicadores e o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo, de maneira a promover e desenvolver a melhoria contínua da qualidade.

É mandatório o envolvimento e desenvolvimento profissional, por parte dos enfermeiros, refletindo sobre a melhoria contínua do exercício. Posto isto, o EEEMC tem responsabilidade no âmbito da melhoria contínua da qualidade, pelas suas competências avançadas integradas na perceção, organização, implementação e supervisão, no processo da qualidade em saúde.

Sendo uma das competências do enfermeiro especialista a participação na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais, a partir das experiências vivenciadas em estágio com a equipa Interlocutora da qualidade, da consulta de protocolos e revisão de literatura sobre a temática, das reflexões com a respetiva equipa, das reflexões com a tutora, compreendeu-se que o funcionamento dos processos de gestão qualidade, assim como a sua operacionalização, o que é fundamental para o desenvolvimento de competências em enfermagem especializada garantindo um ambiente terapêutico e seguro, reafirmando uma cultura de melhoria contínua.

Ainda mantendo o foco na qualidade, e com o intuito de desenvolver especificamente competências de promoção um ambiente seguro e terapêutico, houve a oportunidade de passar dois turnos com a equipa de responsáveis da EMI.

A UCIP é responsável pela equipa da EMI de todo o hospital. Todos os meses existe um turno escalado no horário para os responsáveis da equipa da EMI (um EEEMC e um generalista) realizarem auditorias aos processos clínicos e aos vários serviços do hospital. Assim, no âmbito da gestão e garantia de qualidade, foi possível acompanhá-los em visitas regulares aos vários serviços do hospital para verificação do carro de emergência ou para esclarecimento de dúvidas pontuais dos colegas de outros serviços. Esta equipa EMI (sediada na UCIP) organiza a emergência médica interna, dos vários

polos do hospital em questão, em colaboração com as equipas e os interlocutores locais, seguindo as recomendações internacionais de acordo com o estado da arte.

A garantia dessa resposta é assegurada em várias vertentes:

- Circuitos de resposta claros e auditados em cada local do hospital;
- Colaboração com as equipas locais na gestão do equipamento tipificado disponíveis nas áreas pré-definidas;
- Definição do programa de formação na área da emergência do hospital em colaboração com o Departamento Ensino Formação e Investigação (DEFI) para a resposta especializada;
- Formação em SBV de todos os profissionais de saúde do hospital (em conjunto com o DEFI) para garantir a identificação da situação de risco, pedido de ajuda e início imediato de suporte vital a todos os utentes do hospital.

As manhãs destacadas para auditoria aos circuitos da EMI são momento em que existe não só auditoria aos registos das saídas realizadas pelos enfermeiros destacados para o efeito mas também são analisadas as situações mais frequentes de ativação como forma de planear formação institucional. Assim, através da colaboração nessas auditorias procedeu-se, tal como anteriormente mencionado, a uma análise documental de todos os registos relativos à ativação da EMI através da consulta de relatórios anuais elaborados pelos responsáveis desta equipa.

O número de ativações passou 213 em 2011 para 291 em 2016, e 331 em 2021, sendo cada vez menor a proporção de ativações para PCR.

Em 2021, o Serviço de Medicina foi o local mais frequente de deslocação da EMI (33%), seguido da Cirurgia (21%), Ortopedia (19%), Urologia (16%) e outros (12%).

Os motivos de ativação mais frequentes foram:

- Alteração do estado de consciência (diminuição da ECG>2 pontos) (29%);
- Dificuldade respiratória (25%);
- Paragem respiratória ou PCR (21%);
- Outros motivos (25%).

No final da atuação da EMI, 50% foram transferidos para os cuidados intensivos ou intermédios, 33% dos doentes permaneceram no mesmo local, 15% faleceram e 2% foram para o bloco operatório.

À luz do exposto, neste ponto considera-se que no decorrer do estágio, relativamente às unidades de competência relacionadas com o domínio da melhoria contínua da qualidade, foi possível desenvolver e integrar no papel de enfermeiro especialista na prática fundamentada com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Assim, o recurso a conhecimentos e habilidades que garantem a melhoria contínua da qualidade, a avaliação da qualidade das práticas clínicas, a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e a participação na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais permitiram que os objetivos definidos para a aquisição desta competência fossem atingidos com êxito.

3.3. - GESTÃO DE CUIDADOS

A gestão de cuidados assume cada vez mais, uma área fundamental nos cuidados de saúde, para obtenção de metas como a qualidade, a eficiência e a eficácia. Dos múltiplos intervenientes a nível da gestão de cuidados, o enfermeiro tem um papel preponderante na gestão dos serviços de saúde. Concretamente, o enfermeiro especialista, define no seu quadro de competências a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento nº140/2019, 2019).

Tendo por base a gestão dos cuidados e as competências esperadas do enfermeiro especialista definiram-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de gestão de cuidados, otimizando as respostas em saúde, adaptando-as às necessidades do contexto, com vista à garantia de um ambiente seguro e de qualidade;
- Desenvolver competências na gestão de recursos humanos.

Ao longo do estágio, a realização de turnos de acompanhamento do enfermeiro gestor e do enfermeiro responsável de turno facilitou o contacto com as particularidades deste aspeto, através da observação/participação da gestão de recursos e materiais humanos, assim como a compreensão das múltiplas aspetos que atravessam a gestão, tais como a comunicação na equipa e os estilos de liderança.

Um dos grandes desafios na gestão de recursos humanos, nomeadamente na gestão das equipas, é de facto, a capacidade de manutenção de uma equipa motivada e coesa. Neste contexto, o enfermeiro gestor desenvolve um papel fundamental na coesão da equipa uma vez que o processo de liderança é a capacidade de influenciar as atividades

de um indivíduo ou equipa para o alcance de um determinado objetivo e os líderes são capazes de adaptar o seu estilo de liderança às necessidades individuais ou da equipa e à situação particular (Blanchard & Hersey, 1986).

A autenticidade da liderança, passa pela aceitação do líder pelo grupo, isto é grande parte do poder do líder é o próprio grupo (Trevizan et al., 1998), o líder é a pessoa capaz de canalizar a atenção da equipa e dirigi-la para ideais comuns. Tentando aproximar os objetivos da instituição com os objetivos individuais de cada elemento da equipa e os próprios objetivos da equipa. Nessa articulação o líder pretende conseguir uma aliança da equipa em torno dos objetivos comuns mantendo a sua influência no compromisso de ideias comuns. No processo de gestão e liderança utiliza-se a energia e as capacidades das pessoas, proporciona-se uma direção e sincronizam-se esforços.

Na consecução destas metas, existem inúmeras estratégias, na experiência observada, o enfermeiro gestor todos os dias, ao início do turno da manhã e antes da passagem de turno reunia toda a equipa e o responsável de turno fazia uma breve descrição sobre os doentes, sobre planos e alterações previstas para o dia e uma breve reflexão acerca do que tinha bem e menos bem durante a noite. Eram discutidos assuntos de importância institucional, os colegas colocavam as suas questões e todos tinham oportunidade de expressar a sua opinião.

Nos turnos destacados para acompanhamento do enfermeiro gestor houve oportunidade de colaborar na elaboração do horário, elaboração de plano de férias e distribuição de formações institucionais atribuídas aos enfermeiros do serviço.

Apesar do serviço funcionar 24/dia, 7 dias por semana a elaboração do horário não se revelou uma tarefa fácil, uma vez que são múltiplas as dificuldades, constrangimentos e limitações relacionados com direitos das pessoas. Enquadram-se neste tipo de casos situações relacionadas com impossibilidade de trabalho noturno, de trabalho ao fim de semana, direito a horário de amamentação e direito a estatuto trabalhador/estudante. Com tantos constrangimentos, realizar um horário que tente dar resposta às necessidades dos enfermeiros, é difícil, um verdadeiro quebra-cabeças, mas é um exercício que o enfermeiro gestor tenta fazer, de forma a cativar a sua equipa sendo um verdadeiro líder.

A nível de gestão de recursos humanos houve também a oportunidade de participar na realização do plano de férias que mais uma vez exigiu o conhecimento da lei vigente, normas institucionais, e das necessidades dos enfermeiros.

Outra experiência neste âmbito, foi o planeamento e distribuição da formação institucional para os seus profissionais.

O DEFI todos os meses disponibiliza as formações sendo que, umas são opcionais outras são obrigatórias para o desempenho de algumas funções. Para desempenhar

funções na equipa de EMI é requisito obrigatório o curso de suporte imediato de vida. Para assegurar turnos na SE o curso de suporte avançado de vida, sépsis e trauma constituem uma obrigatoriedade. Estas formações são requisitadas pelo enfermeiro gestor.

No sentido de fazer uma gestão adequada de participação nas formações obrigatórias, e perceber quem já tinha realizado a formação ou há quanto tempo a tinha realizado, foi proposta e elaborada uma base de dados (apêndice 5) de registo que se disponibilizou ao enfermeiro gestor. Esta base de dados foi construída em excel, está dividida em formações obrigatórias e formações facultativas e prevê um item para colocação da data da realização da formação/curso. Todos os colegas foram contactados pelo mail institucional e preencheram uma folha elaborada para o efeito com a data realização da formação em questão. Desta forma pretendia-se que a informação ficasse mais clara e organizada para o enfermeiro gestor e que se evitasse que um colega realizasse duas vezes a mesma formação enquanto que outros nunca a tivessem realizado, conseguindo-se com esta atividade uma gestão mais efetiva.

Relativamente a reposição do material na UCIP é feita pelo sistema de Hospital Logistic System (HLS). A requisição de material que não existe em armazém, bem como a marcação da revisão dos ventiladores são efetuadas pelo enfermeiro gestor.

O cargo de responsável de turno é atribuído em cada turno de acordo com os seguintes critérios: mais de cinco anos de experiência em cuidados intensivos na UCIP ou o enfermeiro com mais anos de experiência na UCIP. Este tem como função: ser o elo de ligação entre as equipas de prestação de cuidados diretos e indiretos que intervêm no serviço, gerir e providenciar os recursos adequados para uma melhor prática clínica e assistencial, orientar o desempenho da equipa de enfermagem no que diz respeito ao diagnóstico de saúde e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes, orientar e supervisionar as atividades desempenhadas pelos assistentes operacionais, referenciar o enfermeiro responsável pela pessoa doente aos familiares e/ou conviventes significativos para que os possa esclarecer e informar e promover um ambiente de trabalho que potencie a colaboração interdisciplinar e minimize os conflitos. Durante a semana, de manhã, o responsável de turno é um enfermeiro de reabilitação que apesar de não ter doentes atribuídos fica bastante absorvido com as questões da gestão. Desta forma, o tempo para realizar reabilitação fica reduzido e a sua efetividade fica de alguma forma condicionada. Nos restantes turnos o enfermeiro responsável fica com doentes atribuídos.

Refletindo sobre o assunto, percebe-se que na gestão de recursos humanos, existem variadíssimas estratégias de divisão de tarefas e cargos, consoante o contexto e os profissionais existentes, podem existir outro tipo de distribuição em alternativa à

apresentada, que poderão porventura ter melhores resultados de eficiência, contudo requereriam sempre de um planeamento prévio, a sua implementação e depois, obrigatoriamente, a sua avaliação dos resultados.

Neste sentido, e com base nesta análise, foi possível identificar áreas determinantes e metodologias na gestão de serviços e equipas e analisar a adequação de métodos de gestão em saúde aos recursos humanos e materiais disponíveis, o que permitiu o aprofundamento e mobilização de conhecimento na área de gestão, compreensão do papel de líder do enfermeiro gestor, desenvolvimento de competências na âmbito da gestão de cuidados relativos aos recursos humanos e materiais, adaptando-os às necessidades do contexto, com vista à garantia de um ambiente seguro e da de qualidade.

3.4. - DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Um dos princípios orientadores nas práticas clínicas é que, deve ser sustentado na melhor e na mais atual evidência. Neste sentido, o enfermeiro especialista deverá desenvolver o “autoconhecimento e a assertividade”, bem como “basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749). Neste pressuposto, foi objetivo de estágio:

- Desenvolver capacidade de integrar conhecimentos proveniente de referenciais teóricos de qualidade e na melhor evidência, a nível técnico-científico, humano e ético, com a finalidade de desenvolver práticas de cuidados de enfermagem especializados à PSC e família.

No artigo 88 do código deontológico de 2015 salienta que o enfermeiro deve “manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p. 91).

A prática baseada na evidência (PBE) consiste numa abordagem em saúde que são potenciados processos de tomada de decisão seguros, baseados na melhor evidência científica (Pinto & Neves da Mota, 2023). Os pilares que sustentam a PBE são a incorporação da melhor evidência disponível, com a competência do profissional e as circunstâncias e preferências da pessoa no centro dos cuidados (Pinto & Neves da Mota, 2023).

Com intuito de contribuir para uma constante atualização de conhecimentos, continua e célere, a UCIP tem um responsável pela formação em serviço (EEEMC) com funções destacadas para o efeito a cada ano civil. Este responsável elabora um plano de

formação anual, tendo em conta as necessidades do serviço, as novas linhas orientadoras dos temas mais abordados ou até mesmo a uniformização de cuidados com elaboração de protocolos e procedimentos mais relevantes e específicos.

No fim de cada ano civil, é elaborado um relatório com todas as atividades desenvolvidas e apresentadas propostas de melhoria para o ano seguinte. Neste plano de formação, os formadores são maioritariamente os enfermeiros do serviço, contudo, em alguns temas existe colaboração de peritos em determinadas áreas específicas, sejam eles médicos ou enfermeiros de outros serviços.

No decorrer do estágio existiu a oportunidade de assistir a formações inseridas quer no plano de 2022 (anexo 4), quer no plano de 2023 (anexo 5) das quais se destacam: “Recolha e Preservação de Vestígios Forenses”, “ABCDEF Bundle em Cuidados Intensivos”, “Gestão de Fármacos”, “Cuidados de Saúde Materna – Kit de Partos”, “Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos” e “Objetivos Siadap3/Atualização dos registos no Sclínico/ BI do Enfermeiro”. Estas contribuíram, sem dúvida, para uma prática de cuidados de enfermagem especializados à PSC e família seguros e de melhor qualidade.

Com base no exposto, considera-se o desenvolvimento de aprendizagens profissionais através do conhecimento proveniente de referenciais teóricos de qualidade e na melhor evidência, a nível técnico-científico, humano e ético, permitindo práticas de cuidados de enfermagem especializados à PSC e família através da identificação, planeamento, organização e execução de intervenções, dando corpo ao domínio de competência de enfermeiro especialista relativa ao desenvolvimento aprendizagens profissionais.

3.5. - CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA E DA RESPETIVA FAMÍLIA/CUIDADOR

As UCI são serviços direcionados para o tratamento da PSC, a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, com potencial de recuperação ou em risco de vida, exigindo monitorização constante das funções vitais, a fim de despistar ou prevenir complicações e implementar protocolos terapêuticos complexos. Para tal, estas unidades têm recursos humanos, preferencialmente especializados, e equipamentos tecnologicamente sofisticados com o objetivo intervenções complexas de forma contínua.

Tendo em conta a competência específica em enfermagem médico-cirúrgica, cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Reg nº104/2019), delineou-se o objetivo de:

O desenvolvimento desta competência específica foi alcançado na prestação de cuidados na UCIP, enfermaria propriamente dita e na SE (alocado fisicamente ao SU mas sob responsabilidade da UCIP) uma vez que se pretendia:

- Desenvolver competências especializadas na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados no âmbito da intervenção de enfermagem médico-cirúrgica à PSC e família do ponto de vista técnico, comunicacional e ético;
- Desenvolver competências na identificação das necessidades da PSC e família assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;
- Adquirir, desenvolver e aplicar conhecimentos na abordagem à PSC;
- Desenvolver competências no estabelecimento de relação terapêutica eficaz/adequada com a PSC e família.

Num serviço de cuidados intensivos, os cuidados de enfermagem desenvolvidos são frequentemente associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos, num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, onde a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade tanto no doente crítico e família como nos enfermeiros que aí desempenham funções. Assim, neste contexto, a tecnologia é uma parte integrante e essencial da prática competente do enfermeiro (Benner, 2001). Tendo por base esta ideia, o principal foco sempre foi o cuidar. A maioria das patologias dos doentes internados no serviço não eram novidade, contudo foi necessário realizar um aprofundamento teórico e científico através de uma intensiva revisão da literatura, compatível com a complexidade do cuidado destes doentes, uma vez que existem sempre doentes com patologias menos frequentes, casos raros admitidos que necessitaram de um estudo mais aprofundado e atualizado. Saliento o caso de um doente, transferido de outro hospital, com uma condição genética que lhe condicionava elevação de triglicerídeos, tendo mesmo dado entrada em falência hepática e com valor de triglicerídeos imensurável. Neste caso, foi necessário implementar técnica de plasmáfese, técnica pouco habitual e que originou um estudo pormenorizado e aprofundado afim de efetivar uma intervenção sustentada e segura.

Foi prestada colaboração na realização de admissão dos doentes à unidade, elaborados diagnósticos de enfermagem, priorizando os problemas identificados e implementados, os cuidados de enfermagem de forma adequada, procedendo à respetiva avaliação.

Nesta abordagem foram aplicados conhecimentos técnicos e científicos para interpretar sinais e sintomas observados, respondendo às múltiplas necessidades e exigências, prestando assim cuidados de qualidade em tempo útil. Os registos foram efetuados em suporte de papel em folha própria e em suporte informático SClínico.

Para a passagem de turno, está em implementação no serviço o modelo Identify Situation Background Assessment and Recommendation (ISBAR) que permite a passagem de informação de uma forma sistemática e segura.

Durante este tempo foram prestados cuidados de enfermagem a doentes de áreas com elevado grau de complexidade, doentes pós PCR, doentes submetidos a cirurgias complexas, doentes com necessidade de neuromonitorização e técnicas de substituição renal, doentes em isolamento com Covid positivo, entre outros. Foi possível colaborar em vários exames complementares de diagnóstico e técnicas invasivas como a, Intubação endotraqueal, colocação de linha arterial, CVC, cateter de PIC, dreno torácico, remoção cateter de hemodiálise, deslocação do doente ventilado ao TAC, entre outras por forma a enriquecer ainda mais o meu leque de experiências e promovendo a continuidade dos cuidados.

O código deontológico dos enfermeiros (2015, p. 73) salienta que o enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem”. Estas atividades são também suportadas pelo domínio: a função de ajuda que Benner (2001), refere o dever de proporcionar um apoio afetivo e de informação às famílias dos doentes.

A pandemia trouxe algumas restrições de visitas ao funcionamento hospitalar. Algumas regras já foram alteradas, outras continuam muito limitativas. Assim, o enfermeiro responsável pelo doente, após avaliação da situação do doente, em concordância com a equipa médica e com o responsável de turno permitia a entrada do nº de visitas que considerasse fundamental para o doente. Eram agilizadas vídeo-chamadas através de um telefone adquirido pelo serviço sempre que a condição do doente /familiar permitissem.

Promover o estabelecimento de relação terapêutica é uma intervenção fundamental quer com a PSC quer com a própria família, que também está em sofrimento e é igualmente alvo de cuidados do enfermeiro. Neste contexto o enfermeiro especialista deve ser detentor de competências comunicacionais e humanas que lhe permita dar resposta a esta dimensão de cuidar. A empatia, a comunicação efetiva e o trabalho em equipa são elementos chave para apoiar tanto o doente quanto a família no processo de doença.

A monitorização e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com vista à segurança do doente requerem que o enfermeiro possua uma premeditação clínica,

uma aprendizagem com os erros, identifique precocemente situações potencialmente perigosas, evite acidentes e desenvolva o conhecimento clínico (Benner, 2001). A autora acrescenta que as funções de diagnóstico e de vigilância do doente são a tarefa principal da equipa de enfermagem. Assim, tendo como base estas premissas, foi constatado que a monitorização do doente crítico é realizada por enfermeiros experientes, que possuam um vasto conhecimento, capazes de reconhecer e intervir em situações críticas quando estas ocorrem e que implementem ações que previnam a sua recorrência.

Neste contexto, existiu a oportunidade de refletir acerca da extrema importância da monitorização do utente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Esta exige um elevado nível de cuidados e apresenta um alto risco de prevalência de eventos adversos. Uma vigilância deficiente pode representar uma ameaça substancial à segurança do doente, levando a complicações e resultados indesejáveis (Rose, 2012). Consequentemente, para uma correta monitorização, foi realizada com uma abordagem recorrente ao doente ventilado, dando particular ênfase ao sistema respiratório, ao tubo orotraqueal e à adaptação doente-ventilador. No doente submetido a VMI revela-se fundamental abordar os aspetos relacionados com a correta monitorização da via aérea por forma a melhor dirigir os cuidados de enfermagem inerentes.

O controlo da dor, é entendido por todos como um direito do doente, um dever dos enfermeiros e um importante espelho da humanização dos cuidados especializados. O doente crítico internado na UCIP, experiencia frequentemente dor moderada e severa, pelo que, há aumento da ênfase na gestão eficaz deste sintoma e definitivamente deve constituir-se como uma intervenção major de enfermagem. Uma das etapas fundamentais da gestão da dor é a avaliação da dor que tem dois componentes principais, a subjetiva (não observável) e a objetiva (observável) (CHUP, 2022). Para o doente que consegue, de algum modo, expressar a intensidade da sua dor é utilizada a escala numérica, ou a visual analógica, adequando cada uma delas às características do utente, colocando-o como parceiro estratégico capaz de fornecer com exatidão as características da mesma: intensidade, localização, irradiação, duração e frequência. O doente era incentivado a colaborar na identificação e nas estratégias para o seu alívio, quer através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas de controlo da dor (OE, 2008). O Regulamento de competências específicas 429/2018, descreve como critério de avaliação que o enfermeiro “intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas” (p.19361).

Nos doentes incapazes de comunicar, os indicadores comportamentais observáveis tornaram-se exclusivos para realizar a avaliação da dor. Assim, para o doente sedado ou com incapacidade para comunicar foi utilizada a escala Behavioral Pain Scale (BPS)

adotada na unidade. A avaliação da dor era realizada de modo sistemático, de 4/4 h sempre que a situação assim o justificasse. O registo foi efetuado de forma objetiva e completa promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a sua continuidade.

A detenção do grau de especialista pressupõe valorizar a dor na PSC como uma preocupação central da prestação de cuidados. A avaliação e controlo adequado da dor são cruciais para garantir o conforto e recuperação da PSC.

Foi aplicada a escala de sedação adotadas pelo serviço (RASS) e ajustada a profundidade de sedação aos valores pretendidos.

No âmbito da SE, foi possível colaborar na prestação de cuidados a doentes emergentes, destacando:

- trabalho em equipa;
- proteção da integridade física e moral;
- abordagem segundo metodologia ABCDE, priorizando a atuação com identificação das situações potencialmente fatais, tratamento e vigilância;
- abordagem da via aérea básica e avançada com entubação traqueal e ventilação assistida;
- preparação e administração de fármacos (sedativos, analgésicos, amins, iões, insulina, fibrinolítico), tendo em conta as diluições, interações e vias de administração;
- preparação de material para colocação de: CVC, linha arterial, dreno torácico, algália, sonda gástrica, peri-cardiocentese;
- executar algoritmo de suporte básico de vida com utilização do “LUCAS” e suporte avançado de vida com desfibrilhação;
- monitorização e vigilância contínua hemodinâmica;
- ventilação não invasiva e invasiva;
- transporte e transferência para várias áreas clínicas, mantendo o mesmo nível de monitorização e transmissão de informação;
- realização de levantamento e rolamento em bloco mantendo a estabilidade cervical;
- registo das intervenções efetuadas em documento próprio e no S/Clinico SU.

Relativamente à família, destacam-se duas situações diametralmente opostas que ocorrem na UCIP e na SE. Na UCIP, existe uma sala própria, já descrita anteriormente, onde os familiares são informados acerca da situação em que se encontra o seu familiar com todos os profissionais envolvidos. Na SE não existe sala própria, a informação é

passada no corredor, ou se possível num gabinete (normalmente não acontece porque estão ocupados com consultas). Verifica-se então, que face às condições físicas institucionais os mesmos profissionais são expostos a situações bem diferentes, que desencadeiam desconforto e mau estar no seio da equipa.

Em relação à consulta de follow up, esta é realizada uma vez por mês, por um médico especialista da unidade e por um EEEMC. Foi possível acompanhar estes momentos e perceber que esta é centrada no doente e nos seus familiares e tem como objetivos:

- diagnóstico e caracterização do síndrome pós-cuidados intensivos e sua orientação;
- avaliação da capacidade funcional e de trabalho;
- avaliação do impacto na qualidade de vida.

Faz-se periodicamente a avaliação do grau de satisfação do doente e familiares, para ajustes da prática clínica da direção das expectativas do utente e /ou familiares.

Todos os doentes admitidos na UCIP são convocados por telefone para uma consulta 2 meses após a alta hospitalar; nos últimos 3 anos foram realizadas um total de 456 consultas.

São aplicados questionários e escalas validadas, das quais se destacam a Mini Mental State Examination (MMSE), Questionário de depressão de Beck, EQ5D e a Post-Traumatic-Stress-Syndrome 14(PTSS14).

A análise dos dados de consultas anteriores permitiram identificar novos problemas em 50% dos doentes observados, sendo necessária a orientação para outra especialidade em 30% do total, maioritariamente psiquiatria/psicologia (29%), pela elevada prevalência de psicopatologia como manifestação da síndrome pós-cuidados intensivos. A sistematização do “clinical outcome”, permite que a consulta sirva, também, como reforço positivo para toda a equipa da UCIP, na medida em que permite aferir resultados e desta forma mudar atitudes encerrando um ciclo de qualidade.

Esta consulta, que decorre todas as terças-feiras entre as 9 e as 13 horas, é feita por alguns dos médicos seniores e enfermeiros especialistas da UCIP.

Tendo em conta este percurso, considera-se que foi possível desenvolver competências de cuidados de enfermagem especializados tendo por base intervenções adequadas à PSC em diferentes contextos, respeitando as suas especificidades e visando otimizar o ambiente e processos terapêuticos, prevenindo complicações e eventos adversos; demonstrar conhecimentos e capacidade para cuidar da pessoa a vivenciar processos clínicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, bem como da sua família/cuidadores; dinamizar a resposta em situações de emergência e exceção na doença crítica e/ou falência orgânica; atuar promovendo estratégias de promoção da segurança

do doente e profissionais, visando a prevenção de risco clínico e não clínico; envolver o doente e seus familiares/cuidadores no processo saúde/doença; e atuar conforme a melhor e mais atual evidência científica.

3.6. - DINAMIZAR A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

O EEEMC na área de enfermagem à PSC tem como competência específica: “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento nº429/2018, 2018, p. 19359). Isto é, o EEEMC intervém na gestão de situações de exceção e, por conseguinte, cabe-lhe a ele garantir e gerir a gestão de cuidados pelo que o objetivo definido neste sentido era:

- Compreender a resposta em situações de exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Conhecer o plano de catástrofe da instituição.

O plano de Emergência e catástrofe da UCIP é transversal ao plano de emergência e catástrofe do Hospital.

Está disponível no portal da instituição e foi objeto de consulta durante a execução do estágio.

Está elaborado de forma simples e com protocolos de atuação estruturados conforme o grau de ameaça que existir. Divide-se em 16 pontos fundamentais:

- Incêndio;
- Evacuação;
- Evacuação de locais específicos (blocos operatórios e UCI);
- Ameaça de Bomba/Atentados;
- Acidentes com Radiações ou Material Radioativo;
- Derrame/Fuga ou acidente grave com produtos químicos ou gases medicinais;
- Fuga de Gás (combustível);
- Sismo;
- Grandes Inundações;
- Paragem de Elevadores;
- Fuga ou desaparecimento de doentes ou de crianças;
- Violência ou Agressão Física;
- Intrusão ou Furto (flagrante delito);
- Acidente no Exterior;

- Divulgação da informação de Alarme;
- Utilização de um Extintor Portátil.

Existem também protocolos de evacuação de doentes e sítios específicos para a sua alocação (CHUP, 2017).

Apesar de este ser um plano transversal ao hospital, os enfermeiros da UCIP que prestam cuidados na SE têm também conhecimento do plano de emergência e catástrofe preconizado para SU.

A ativação/encerramento do Plano de intervenção em catástrofe e/ou emergência multivítimas é da responsabilidade do Chefe de Equipa. Inclui procedimentos para situações de maior procura do SU decorrentes de um evento particular, tratamento a personalidades VIP e resposta a multivítimas, incluindo a resposta a situações de contaminação química (nuclear, biológico, químico e radiológico), com possibilidade de descontaminação nos chuveiros existentes no exterior do SU. Este plano inclui a necessidade de ativação de recursos humanos e materiais suplementares e a ativação dos Cartões de Ação, onde cada profissional tem discriminadas as atividades a desenvolver enquanto vigora o plano (CHUP, 2017).

O sistema de triagem de catástrofe adotado pelo hospital é o Triage Revised Trauma Score (TRTS).

O EEEMC deverá assumir um papel importante, quer na colaboração aquando da elaboração do plano de intervenção em catástrofe e/ou emergência multivítimas, quer na atuação em caso de ativação do mesmo, uma vez que deverá fazer parte da equipa de enfermagem nas tomadas de decisão baseado em evidência científica e ser um agente facilitador na gestão de recursos e prestação de cuidados adequados a esta situação.

Considera-se, assim, que através da consulta de manuais e protocolos institucionais foi possível reconhecer e analisar e compreender a resposta da instituição a situações de exceção e catástrofe.

3.7. - MAXIMIZAÇÃO DA PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Em unidades hospitalares, uma em cada dez pessoas internadas apresenta risco acrescido de adquirir infeção associada aos cuidados de saúde, de acordo com a OMS (2022).

Tal como já foi referido antes, a IACS, é a infeção que acontece num doente durante a prestação de cuidados, que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão, incluindo as que se manifestem após a alta. Abrange ainda os profissionais de saúde no decorrer das suas funções. São um problema major para a segurança do doente pelo que é necessário manter na instituição uma cultura proativa, em que a prevenção e controlo da infeção e RAM é integrada nas atividades diárias dos serviços uma vez que constitui uma boa prática de prestação de cuidados (CHUP, 2022).

A RAM é atualmente uma das maiores ameaças à saúde pública. As estratégias com impacto mais significativo para a contenção da RAM são um uso cauteloso dos antibióticos associado à prevenção da transmissão cruzada de microrganismos (DGS, 2018).

A Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) é constituída por um grupo multidisciplinar, que concebe e operacionaliza o programa de prevenção e controlo de infeção e RAM no hospital em questão. Desta fazem parte um conjunto de profissionais, médico e enfermeiro nomeados pelas respetivas chefias, de cada serviço. Estes são interlocutores, sendo uma extensão da CCIRA nos serviços.

A prevenção e controlo de infeção e RAM é da responsabilidade de quem prescreve e presta cuidados ao doente. É por isso importante que cada profissional perceba e assuma o seu papel na prática do controlo de infeção e que o integre nas suas atividades diárias (CHUP, 2022).

O EEEMC tem um papel fundamental nesta sensibilização uma vez que de acordo com regulamento 429/2018, deve conceber “plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica” e liderar “o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19364).

Tendo em conta estas premissas definiram-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção no doente crítico;
- Desenvolver competências no diagnóstico necessidades do serviço em matéria de prevenção e controle de infeção;
- Desenvolver competências na implementação de estratégias que visem a prevenção e controle de infeção;
- Desenvolver competências na realização de formação em serviço.

Dado que o estudo realizado está intimamente ligado à prevenção e controlo de infeções, o desenvolvimento de atividades nesta área de competência foi desde logo oportuna e muito desafiante. Assim, uma vez que a enfermeira tutora era a interlocutora da comissão de controlo de infeção do serviço, houve a oportunidade de ter uma experiência muito rica de oportunidades e aprendizagens.

Desde logo tive a oportunidade de participar em auditorias internas ou reuniões agendadas com os representantes da CCIRA, dado que o interlocutor está destacado para esta função semanalmente no período de uma manhã (totalizando um total de 100h durante o estágio).

As funções do interlocutor Serviço/CCIRA são várias as quais apresentamos de seguida:

- Sensibilizar os pares para a prevenção e controlo da infeção, participar na elaboração de normas para o respetivo serviço, com base nas recomendações da CCIRA, pôr em prática e monitorizar o cumprimento das mesmas;
- Identificar problemas de estrutura, de processo e/ou de resultados, e informar a CCIRA em caso de suspeita de surto epidémico ou outras situações de risco em controlo da infeção;
- Propor à CCIRA a realização de estudos no seu serviço, ou a adoção de medidas consideradas necessárias para a prevenção e controlo da infeção, colaborar na recolha de dados para os estudos de vigilância epidemiológica e nas auditorias às práticas nos respetivos serviços;
- Assegurar que os cuidados prestados a cada doente são apropriados, relativamente à prevenção e controlo de infeção;
- Participar e dinamizar ações de formação no seu serviço na área da prevenção e controlo de infeção;
- Colaborar com a CCIRA na identificação de necessidades de formação nos seus serviços (CHUP, 2022).

Nos turnos destacados para interlocução foi possível desenvolver algumas das auditorias preconizadas pela instituição. Estas auditorias são realizadas pelo enfermeiro interlocutor e enquadram-se nas recomendadas pela CCIRA do hospital. Anualmente, indicam-se a realização de: 200 oportunidades de observação da higiene das mãos, 100 oportunidades de observação do uso de luvas, 1 auditoria à estrutura da higiene das mãos, 1 auditoria de processo de estrutura e uma auditoria às PBCI. Os dados colhidos

são enviados via correio interno à CCIRA e são objeto de análise e divulgação dos dados aos interlocutores da instituição.

Como futuros enfermeiros especialistas é importante ter o conhecimento da realidade. Assim, neste domínio, fez-se uma consulta e leitura dos relatórios a fim de perceber o que estava a ser feito, conhecer os resultados das auditorias e a partir daí poder em conjunto com a enfermeira tutora delinear as atividades pertinentes neste domínio.

Da análise efetuada aos dados estatísticos fornecidos pela CCICA, verifica-se que, em 2022, relativamente à higiene das mãos, a globalidade dos profissionais auditados na UCIP (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) apresentam uma adesão de 84,3% antes do contacto com o doente, 23,08% de adesão antes de um procedimento assético, 41,67%, após risco de exposição a sangue e fluidos corporais, 93,26% depois do contacto com o doente e 92,62% depois do contacto com o ambiente envolvente do doente. Relativamente à taxa de adesão à lavagem das mãos por categoria profissional, verificou-se que a adesão dos assistentes operacionais foi de 84,91%, os enfermeiros 79,55% e os médicos 80%.

A consulta dos mesmos dados revela que em relação ao uso de luvas, o serviço apresentou um índice de qualidade do processo de 85,80%. As auditorias às PBCI evidenciam um índice global de qualidade de processo de 97% e um índice global de qualidade das estruturas de 84,62%.

Outas informações fornecidas pela CCIRA aos interlocutores são os dados da bacteriemia associada ao CVC e dados da transmissão de colonização por KPC. A consulta e análise destes dados permite verificar que existiu um aumento significativo nestes dois parâmetros. A infeção associada ao CVC que até 2019 variava entre 0 e 2 por cada 1000 dias de cateter, em 2020 e 2022 subiu para 4. A transmissão de colonização por KPC que se encontrava em 5, teve uma subida em 2021 para 23 e em 2022 para 27. Estes resultados motivaram alguns projetos conjuntos no serviço e foi criado um grupo de trabalho que está a desenvolver uma investigação intitulada “A prevenção e o Controle de Infeção do cateter venoso central: da realidade à eficiência”. Face à questão do aumento das transmissões da colonização por KPC, surgiu então o interesse de desenvolver o trabalho de investigação neste sentido. Durante o estágio, a CCIRA, e porque teria surgido nova transmissão decidiu isolar todos os doentes da unidade. Nessa altura, a equipa mantinha diálogos e discussões saudáveis acerca de estratégias para melhorar a situação. Em conjunto com a enfermeira tutora, e após consulta de vários manuais institucionais de limpeza, depois de uma análise pormenorizada e consulta da evidência mais atual, foi decidido alterar a modo de limpeza de cada unidade após a alta do doente. Após elaboração de um procedimento escrito, foi desenvolvida uma ação de formação (apêndice 6), apresentada em dois

tempos de forma a abranger todos os assistentes operacionais com as alterações introduzidas e mudanças necessárias para tentar resolver esta problemática. A ação de formação foi bem recebida por todos os assistentes operacionais e verificou-se um esforço conjunto de todos para cumprirem as novas diretrizes.

Um outro procedimento para prevenção e controle de infeções é que todos os doentes são isolados à entrada da unidade e fazem colheita de zaragatoa de KPC.

Face ao aumento do número de transmissões, o trabalho realizado em estágio incidia nas PBVT, uma vez que em conversa informal com alguns colegas percebeu-se que existiam algumas questões face a que tipo equipamento usar conforme o tipo de isolamento instituído.

Foi desenvolvida uma ação de formação (apêndice 7) a todos os enfermeiros, que ocorreu também em dois tempos com o objetivo de clarificar conceitos e equipamentos a utilizar sempre que existe instituído um isolamento de PBVT.

Desde Fevereiro a UCIP integrou o projeto “Critical Lean Infection Group” em parceria com a empresa Lean Health (projeto de melhoria continua em cuidados intensivos). Em Março, entrou no projeto Stop Infeção 2.0 que tem como objetivo a redução da infeção em 50% em 3 anos nos 5 principais tipos de infeção associados aos cuidados de saúde (Projeto Calouste Gulbenkian com o Institute for Healthcare Improvement).

Assim, foi possível identificar necessidades e propor estratégias de melhoria na prevenção e controlo de infeção na abordagem ao doente em risco de vida e atuar na promoção e prevenção do controlo da infeção e RAM face à complexidade do contexto e à necessidade de respostas adequadas, em tempo útil.

Perante a variedade de atividades e intervenções realizadas em estágio, desde a consulta de relatórios, protocolos, revisão de literatura, participação em reuniões com os interlocutores serviço/CCIRA, realização de auditorias, elaboração de procedimentos, realização de formações para diversos grupos profissionais, considera-se que foram desenvolvidas várias competências específicas e comuns, designadamente: competências na prevenção e controlo de infeção; competências identificação de necessidades e implementação de estratégias de prevenção e controlo de infeção, assim como competências de formação em serviço.

4. - CONCLUSÃO

O cuidar da PSC e família, pressupõe um conjunto de intervenções complexas adequadas à sua circunstância o que implica competências de enfermagem específicas. A abordagem à pessoa a vivenciar processos complexos de doença ou falência orgânica requer uma resposta rápida, eficaz e estruturada, sendo essencial o domínio de conhecimentos capacidades e competências que visam o cuidar fundamentado e de qualidade.

Concluído este percurso de desenvolvimento de competências de enfermagem à PSC e família, houve a oportunidade de experienciar uma extensa variedade de situações de grande complexidade em contexto de cuidados intensivos, o que permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes à função do enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica à PSC e família.

A investigação, é uma componente fundamental na aquisição do grau de mestre e enfermeiro especialista, pelo que se desenvolveram competências nesta área, através da realização de um estudo intitulado “Adesão dos enfermeiros à utilização adequada dos equipamentos de proteção individual, numa UCI”. Revelou-se uma tarefa difícil, mas estimulante, até porque as IACS são um problema mundial e preocupação constante dos profissionais da UCIP. Os principais resultados mostraram que os enfermeiros apresentaram adesão total aos EPI no isolamento de proteção, seguindo-se do isolamento aéreo. A menor adesão aos EPI observou-se no isolamento de contacto. Depreendeu-se que há ainda um trabalho a fazer relativamente à formação e sensibilização dos enfermeiros para esta área. O enfermeiro especialista, pelas suas competências, tem aqui uma responsabilidade acrescida a nível da identificação de necessidades, a nível da gestão de cuidados e a nível da formação.

Face às competências comuns e específicas para o EEEMC, foi possível desenvolver intervenções de enfermagem à PSC e família com base nos conhecimentos técnico-científicos, tendo por base os princípios éticos e legais da profissão.

No domínio da melhoria contínua da qualidade foi possível desenvolver e integrar no papel de enfermeiro especialista a prática fundamentada com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Foi adquirida uma visão da perspetiva do Enfermeiro gestor, do responsável de turno, da necessidade de gestão de conflitos que até então não eram uma preocupação.

As reflexões sobre a prática de cuidados efetuada, tendo por base sempre a evidência mais recente e atualizada resulto no desenvolvimento de aprendizagens profissionais que permitiram a tomadas de decisão sustentadas e implementação de cuidados de enfermagem especializados seguros e de qualidade.

Foram desenvolvidas competências de cuidados de enfermagem especializados tendo por base intervenções adequadas à PSC em diferentes contextos.

A consulta de manuais e protocolos institucionais permitiu reconhecer, analisar e compreender a resposta da instituição a situações de exceção e catástrofe.

Relativamente a maximização da prevenção e controle das IACS, realça-se que, em conjunto com o estudo desenvolvido, as atividades realizadas durante o estágio tais como mudança de estratégia de limpeza das unidades e formação realizada aos enfermeiros da unidade, permitiu uma maior consciencialização da problemática e a sensibilização da equipa, através da formação em serviço, para a importância da contribuição de todos os profissionais acerca da necessidade da adesão aos EPI. Este aspeto fundamental para a melhoria dos cuidados na prevenção e controlo das IACS permitiu assim, o desenvolvimento de competências.

Pelo exposto, considera-se que foram desenvolvidas as competências comuns e específicas preconizadas para o enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica à PSC e família.

5. - BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Direcção Geral de Saúde, 32. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Almeida, A., Tripple, A., Souza, A., & Brasileiro, M. (2009). Risco Biológico entre os trabalhadores de Enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(4), 595–600.
- Beam, E. L., Gibbs, S. G., Boulter, K. C., Beckerdite, M. E., & Smith, P. W. (2011). A method for evaluating health care workers' personal protective equipment technique. *American Journal of Infection Control*, 39(5), 415–420. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.07.009>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora
- Blanchard, K., & Hersey, P. (1986). *Psicologia para Administradores: A teoria e as técnicas da liderança situacional*. Diversos.
- Brandão, P., De Luna, T. D. da C., Bazilio, T. R., Ching LAM, S., Góes, F. G. B., & Ávila, F. M. V. P. (2022). Cumprimento das medidas de precauções-padrão por profissionais de saúde: comparação entre dois hospitais. *Enfermería Global*, 21(1), 1–42. <https://doi.org/10.6018/eglobal.484091>
- Brevidelli, M. M., & Cianciarullo, T. I. (2009). Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 907–916. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009005000065>
- Brown, L., Munro, J., & Rogers, S. (2019). Use of personal protective equipment in nursing practice. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987), 34(5), 59–66. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11260>
- Cardoso, K. R., Pereira, A. P. G. S., Pereira, R. S. F., Souza, E. das N. de, Faria, H. A., Santos, T. J. dos, Miranda, C., & Santos, D. S. dos. (2020). Adesão dos trabalhadores de enfermagem do hospital municipal Dr. Jair Braga aos equipamentos de proteção individual. *Scire Salutis*, 10(3), 88–96. <https://doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2020.003.0011>
- Carrico, R. M., Garrett, H., Balcom, D., & Glowicz, J. B. (2019). Infection prevention and control core practices: A roadmap for nursing practice. *Nurse Practitioner*, 44(3), 50–55. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000553403.73600.20>

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2014a). Manual Descritivo do Serviço de Cuidados Intensivos (pp. 1–17).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2014b). Procedimento Geral Emergencia e Reanimação na Urgencia - Sala de Emergencia (p. 4).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2017). Plano de Respostas Multivitimas (p. 29).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2018a). Procedimento Geral - Precauções Básicas de Controlo de Infecção (p. 6).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2018b). Procedimento Geral Emergencia Medica Interna (p. 3).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2018c). Procedimento Geral Equipamentos de Proteção Individual - colocação e remoção (p. 5).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2018d). Procedimento Geral Precauções de isolamento de contecção com base na via de transmissão (p. 9).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2018e). Procedimento Geral Precauções de Isolamento de Proteção (p. 2).

Centro Hospitalar Universitário do Porto [CHUP]. (2022). Manual Descritivo da UCIP (pp. 1–5).

Coelho, A. R. N., Soares, A. D. C., & Torres, A. R. N. (2022). Determinants of nurses' adherence to personal protective equipment in the emergency department: Scoping review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2022(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21027>

Copertaro, A. (2013). Lavoro a turni e notturno: valutazione del rischio e sorveglianza sanitaria. Copyright ©.

Decreto-Lei nº 348/93 - Enquadramento da segurança, Higiene e saude, 231 Diário da República 5553 (1993).

Decreto-Lei nº 71/2019 - carreira especial de enfermagem, 2626 (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Despacho nº 5613/2015 - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, Diário da República, 2.a série – nº 102 (27-05-2015) 13550 (2015).

Dias, J., Silva, P. E., Alves, S. R. P., & Souto, C. G. V. (2016). Conhecimento de Acadêmicos de Enfermagem Sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Usados na Unidade de Urgência e Emergência Hospitalar. Revista Ciência Saúde Nova Esperança, 14(1), 4–14.

Dias, L. (2014). Sistema De Melhoria Contínua Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem: Um Modelo Construtivo No Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Epe. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca, 2(1), 39–40.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde: Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. 57.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). In Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI).

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenems em hospitais de cuidados de agudos.

Direção-Geral Da Saúde, 20. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenems-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo De Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Direção-Geral Da Saúde [DGS], 8, 24.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Direção Geral Da Saúde, 33. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). Infecções e Resistências a Antimicrobianos: Relatório do Programa Prioritário PPCIRA, 2021. 1–48. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-hospitalares-e-consumo-de-antibioticos-diminuiram-entre-2015-e-2020-pdf.aspx>

Donabedian, A. (2003). An introduction to Quality Assurance in Health Care (Oxford University Press (ed.)).

Dumyati, G., Stone, N. D., Nace, D. A., Crnich, C. J., & Jump, R. L. P. (2017). Challenges and Strategies for Prevention of Multidrug-Resistant Organism Transmission in Nursing Homes. Current Infectious Disease Reports, 19(4). <https://doi.org/10.1007/s11908-017-0576-7>

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]b. (2023). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-acquired-intensive-care-units%0A>

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]a. (2023). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. Annual Epidemiological Report for 2019 SURVEILLANCE REPORT, 46(May), 22–25. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-intensive-care-units-2019>

Faria, L., Santos, C. T. B. dos, Faustino, A. M., Oliveira, L. M. de A. C., & Cruz, K. C. T. da. (2019). Conhecimento e adesão do enfermeiro às precauções padrão em unidades críticas. *Texto & Contexto -UFSC*, 15, 1–16. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0144>

Faria, M., Filho, L., Cunha, I., Silva, K., Alves, P., & Brasileiro, M. (2019). Repercussões do trabalho noturno junto ao profissional enfermeiro. *Revista Iniciação Científica e Extensão*, 2(3), 139–146.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. *Lusodidacta*.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). Um futuro para a saúde. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf

Gershon, R. R. M., Vlahov, D., Felknor, S. A., Vesley, D., Johnson, P. C., Delcios, G. L., & Murphy, L. R. (1995). Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 23(4), 225–236. [https://doi.org/10.1016/0196-6553\(95\)90067-5](https://doi.org/10.1016/0196-6553(95)90067-5)

Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>

Instituto Nacional De Estatística [INE]. (2022). Tábua de Mortalidade –NUTS II Esperanças de Vida – NUTS III. Lisboa: Instituto Nacional De Estatística, 1–11. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=577174880&att_display=n&att_download=y

JEONG, D., & KURCGANT, P. (2010). Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. 31(4), 655–661.

- Lee, M. H., Lee, G. A., Lee, S. H., & Park, Y. H. (2020). A systematic review on the causes of the transmission and control measures of outbreaks in long-term care facilities: Back to basics of infection control. In U. K. : Louise Elizabeth Lansbury, University of Nottingham (Ed.), PLoS ONE (Vol. 15, Issue 3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229911>
- Leininger, M. M. (1991). Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. National League for Nursing Press, 1991.
- Lobo, D., Sams, L., & Fernandez, S. (2019). Correlation between health professionals knowledge, attitude and practice about infection control measures. Journal of Medical and Allied Sciences, 9(1), 26. <https://doi.org/10.5455/jmas.17740>
- Machado, N. (2013). Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação [Dissertação de Mestrado, Católica Instituto de Ciências da Saúde]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/101271395.pdf>
- Malaguti, S. E., Hayashida, M., Canini, S. R. M. da S., & Gir, E. (2008). Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidades e barreiras. Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 42(3), 496–503. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000300012>
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem. Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Meleis, A. I. (2009). Theoretical Nursing : Development e progress. In ASHA Leader (Fifth Edi, Vol. 14, Issue 6).
- Mezomo, J. C. (2001). Gestão da Qualidade na Saúde Principios Básicos. Editora Manole.
- Ministerio da Saúde, & Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento . In Direcção Geral da Saúde. Direcção Geral de Saúde. <http://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- Morioka, S., Tajima, T., Sugiki, Y., Hayakawa, K., & Ohmagari, N. (2019). Adherence to personal protective equipment use among nurses in Japanese tertiary care hospitals: what determines variability? Journal of Hospital Infection, 104(3), 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.11.019>

Mutifasari, R. S., Ramdhan, D. H., & Bharata, A. Y. (2018). Occupational Safety and Health Culture Implementation in Emergency Department, Operating Room, and Intensive Care Unit Nurses at Hospital X. *KnE Life Sciences*, 4(5), 599. <https://doi.org/10.18502/kls.v4i5.2589>

Nazario, E. G., Camponogara, S., & Dias, G. L. (2017). Riscos ocupacionais e adesão a precauções-padrão no trabalho de enfermagem em terapia intensiva: percepções de trabalhadores. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 42(0), 1–11. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000009216>

Neto, J., Leite, G., Izadora, M., & Albuquerque, G. (2022). Uso de Equipamentos de Proteção Individual no Enfrentamento à COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 98, 1–13.

Oliveira, E. M. De. (2019). Biossegurança Em Relação a Adesão De Equipamentos De Biosecurity in Relation To the Accession of Individual. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 17(1), 1–9.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2008). Dor - Guia orientador de boa prática. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE] (ed.)). Tadinense - artes gráficas. <https://www.yumpu.com/pt/document/read/33430545/repe-estatuto-da-ordem-dos-enfermeiros>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. In - Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). NORPRINT Artes Gráficas, S.A.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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. 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Parecer nº 15/2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018, 1–4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023). Estatística de Enfermeiros - Ordem dos enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estatistica-de-enfermeiros/>

Ordem dos Médicos. (2020). Ordem dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. In WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance: Vol. WHO/CDS/CS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66860>

Organização Mundial de Saude [OMS]. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). The world health organization global action plan for antimicrobial resistance. South African Medical Journal, 105(5), 325. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.9644>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2022). Infection prevention and control. https://www.who.int/health-topics/infection-prevention-and-control#tab=tab_1

Papacosta, T. L., Dias, N. M., De Lima, A. B., Maia Cordeiro, L. R., Farias Pinheiro, L. C., & Da Silva Souza, J. C. (2020). Equipamentos de proteção individual e sua utilização no cenário da pandemia por COVID-19: Relato de experiência. Revista Enfermagem Atual In Derme, 94(32), 1–7. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.909>

Parekh, N., Whitehouse, T., White, S., Deja, M., Asgarpur, G., Meybohm, P., & Hoppe, K. (2018). Infection prevention and control: Vol. 2a ed. (pp. 1–58). collaboration.esicm.org/tiki-print_multi_pages.php

Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Vasconcelo e sá, R., & Moreno, R. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos (p. 459). Ministério da Saúde.

Peponis, T., Cropano, M. C., Larentzakis, A., van der Wilden, M. G., Mejaddam, Y. A., Sideris, C. A., Michailidou, M., Fikry, K., Bramos, A., Janjua, S., Chang, Y., & King, D. R. (2017). Trauma team utilization of universal precautions: if you see something, say something. European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 43(1), 145–150. <https://doi.org/10.1007/s00068-016-0663-8>

Pereira, F. (2007). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. II, 430.

Pereira, V., Torres, L. N., Rodrigues, N. M., Monteiro, D. A. T., Moraes, J. T., Pereira-Ávila, F. M. V., Santos, M. A. dos, Gir, E., & Malaguti-Toffano, S. E. (2021). Cumprimento

às precauções-padrão por profissionais de enfermagem e fatores associados. Escola Anna Nery, 25(3), 1–7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0193>

Pinto, A., & Neves da Mota, L. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

PORDATA. (2023). Pordata - Estatísticas sobre Portugal e Europa. <https://www.pordata.pt/>

Porto, J. S., & Marziale, M. H. P. (2016). Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, 37(2), 1–16. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>

Regulamento (UE) 2016/425 - relativo aos equipamentos de proteção individual, 93 Jornal Oficial da União Europeia 51 (2016). [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/DirectivasEuropeias/Documents/Regulamento UE 2016 425 do Parlamento Europeu que revoga a Diretiva 89 686 CEE.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/DirectivasEuropeias/Documents/Regulamento%20UE%202016%20425%20do%20Parlamento%20Europeu%20que%20revoga%20a%20Diretiva%2089%20686%20CEE.pdf).

Regulamento nº 140/2019 Regulamento 2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no26 Diário da República, 2a série 4744 (2019).

Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 135 Diário da República 2a série no135 - 16 julho de 2018 19359 (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento nº 707/2016 Regulamento de Deontologia Médica, Pub. L. No. Diário da República, 2.a série — N.o 139, 22578 (2016). [https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento 707 2016 Regulamento Deontológico.pdf](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016_Regulamento_Deontológico.pdf)

Regulamento nº 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento, 128 (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rieth, G. H., Loro, M. M., Stumm, E. M. fernandes, Rosanelli, C. L. S. P., Kolankiewicz, A. C. B., & Gomes, J. sônega. (2014). Uso De Equipamentos De Proteção Individual Pela Enfermagem Em Uma Unidade De Emergência Hospitalar. Revista Enfermagem UFPE on Line, 8(2), 365–371. <https://doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201418>

- Rose, L. (2012). Management of critically ill patients receiving noninvasive and invasive mechanical ventilation in the emergency department. *Dove Press Journal*, 4, 5–15. <https://doi.org/10.2147/oaem.s25048>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2022). *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. CDC. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
- Silva, C., Santos, I., Cavaignac, A., Gordon, A., Carneiro, I., Araujo, F., & Gomes, J. (2019). Utilização de Equipamento de Proteção Individual Pela Equipe de Enfermagem em um Hospital Público em Imperatriz-Ma: Um Levantamento Estatístico. *Journal of Production Engineering*, 5, 61–85.
- Silva, R., & Ferreira, M. (2011). Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 64(1), 98–105.
- Suzuki, T., Hayakawa, K., Ainai, A., Iwata-Yoshikawa, N., Sano, K., Nagata, N., Suzuki, T., Wakimoto, Y., Akiyama, Y., Miyazato, Y., Nakamura, K., Ide, S., Nomoto, H., Nakamoto, T., Ota, M., Moriyama, Y., Sugiki, Y., Saito, S., Morioka, S., ... Ohmagari, N. (2021). Effectiveness of personal protective equipment in preventing severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection among healthcare workers. *Journal of Infection and Chemotherapy*, 27(1), 120–122. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2020.09.006>
- Tipple, A., Aguliari, H., Souza, A., Pereira, M., Medonça, A., & Silveira, C. (2007). Equipamentos de Proteção em Centro Material Esterilização disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. *Cienc Cuid Saude*, 6(4), 441–448.
- Trevizan, M. A., Mendes, I. A., Fávero, N., & Melo, M. R. (1998). Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(5), 77–82. <https://doi.org/10.1590/s0104-11691998000500010>
- Vieira, C. M. P. (2020). *Desenvolvimento De Competências Avançadas Na Pessoa Em Situação Crítica E Família* [Dissertação de Mestrado, Católica Instituto de Ciências da Saúde]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30892>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento* (M. Robalo (ed.); 3a Edição). Edição Sílabo, Ida.

ANEXO 1 - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 25/3/2023	Órgão: Reunião Plenária
Título: "ADESÃO DOS ENFERMEIROS À UTILIZAÇÃO ADEQUADA DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUMA UCI, FACE À TIPOLOGIA DE ISOLAMENTO ESTABELECIDO"		Ref.º: 2023.017(015-DEFI/016-CE)
Protocolo/Versão: TA-Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador / Local: Joana Campos

A Comissão de Ética ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TA-Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética presentes:

Presidente: Prof. Doutor

Vice-Presidente: Dr.ª

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 25/3/2023

O Presidente da Comissão de Ética

Imp.10/2023

ANEXO 2 - PARECER PROTEÇÃO DE DADOS

JAP



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO DE ÉTICA

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

2023.017(015-DEFI/016-CE)

"ADESÃO DOS ENFERMEIROS À UTILIZAÇÃO ADEQUADA DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUMA UCI, FACE À TIPOLOGIA DE ISOLAMENTO ESTABELECIDO"

PROMOTOR: o(a) próprio(a)

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Joana Campos – IPVC

PARECER DO RELATOR:

Trabalho Académico de Investigação no âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Estudante e Investigadora Principal: Joana Amélia dos Santos Campos – Enfermeira, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Estudante do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Investigadora Responsável no

: Sara Alexandra Teixeira Magalhães –

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Orientadora da Instituição de Ensino: Maria Albertina Marques – Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Viana do Castelo-Escola Superior de Saúde. É um estudo institucional, observacional, analítico, transversal, que será realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Objetivo Principal: Determinar a adesão dos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de uma Instituição Hospitalar à utilização adequada dos Equipamentos de Proteção Individual face ao tipo de isolamento estabelecido.

Objetivos Específicos: a) Caracterizar em termos sociodemográficos e profissionais os enfermeiros participantes no estudo. b) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIs face ao tipo de isolamento estabelecido. c) Analisar a relação entre as variáveis profissionais e a adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIs face ao tipo de isolamento estabelecido. d) Determinar a adesão dos enfermeiros à utilização adequada dos EPIs face ao tipo de isolamento estabelecido. e) Determinar qual o tipo de isolamento que tem menor adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIs face ao mesmo. f) Determinar qual o tipo de isolamento que tem maior adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIs face ao mesmo. g) Determinar se

Imp.6/2023

existe relação entre o tipo de cuidado prestado e adesão aos EPIs face ao tipo de isolamento instituído. h) Determinar se existe relação entre o turno realizado e a adesão aos EPIs face ao tipo de isolamento estabelecido. Determinar se existe diferença na adesão aos EPIs face ao tipo de isolamento instituído à semana e ao fim de semana. **Participantes no estudo:** Enfermeiros a exercer em funções na UCI que aceitem participar no estudo. **Critérios de Exclusão:** Enfermeiros que não se encontrem em funções durante o período de realização do estudo; enfermeiros que não se encontrem na prestação de cuidados; enfermeiros que não fiquem destacados a prestar cuidados a doentes com medidas de isolamento. **Tamanho da amostra:** estimado entre 30 a 40 participantes. **Duração do estudo:** Início: após autorização institucional **Conclusão:** junho de 2023 **Metodologia:** A estudante/investigadora pretende observar e aplicar questionários aos enfermeiros da UCIP, que prestem cuidados aos doentes com medidas de isolamento. O estudo será divulgado pela investigadora principal em vários momentos de modo a abranger a totalidade da equipa. Nessa altura será solicitado o preenchimento da folha de consentimento informado. Os enfermeiros participantes serão observados para preenchimento das grelhas de observação e será aplicado um questionário sócio-demográfico para caracterização da amostra. As observações vão ser realizadas pela investigadora principal e pela investigadora responsável. Pretendem-se realizar entre 5 a 10 observações de cada enfermeiro. Os enfermeiros terão conhecimento do estudo que se pretende desenvolver, contudo as observações serão diretas e secretas/ocultas. O momento das observações não será do conhecimento dos enfermeiros. Estão anexadas as grelhas de observação e o questionário sócio-demográfico. É garantido o sigilo, a confidencialidade dos dados recolhidos. O “anonimato” dos participantes, embora a investigadora os vá observar e, como tal, não haverá anonimato. Não haverá convocação de enfermeiros propositadamente para o estudo. Os dados serão analisados com recurso ao “Statistical Package for the Social Science” (SPSS). Apresenta as autorizações dos diretores de departamento e do serviço, assim como o Formulário de Proteção de Dados Pessoais e o Termo de Consentimento Informado, com informação para os participantes. Proponho parece favorável.

O Relator 

29/3/23

ANEXO 3 - PARECER CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exma. Sra. Enf.ª Joana Campos
UCIP

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestado - “ADESÃO DOS ENFERMEIROS À UTILIZAÇÃO ADEQUADA DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUMA UCI, FACE À TIPOLOGIA DE ISOLAMENTO ESTABELECIDO” - N/ REF.ª 2023.017(015-DEFI/016-CE)

O Conselho de Administração autoriza a realização do estudo acima mencionado, após a implementação das recomendações elaboradas pela Encarregada da Proteção de Dados do a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.ª Joana Campos.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética do pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

PROPOSTA N.º 895-2023

09-05-2023

Assunto

Pedido de realização de trabalho Académico da Enf.ª Joana Campos UCIP, com a referência 2023.017.

Sumário Executivo

A Enf.ª Joana Campos solicita autorização para realização de um trabalho académico sobre a "Adesão dos Enfermeiros à utilização adequada dos equipamentos de proteção individual numa UCI, face à tipologia de isolamento estabelecido".

Despachos

Deliberação do **Conselho de Administração**
11 de Maio de 2023 às 12:57:42

O Conselho de Administração autorizou a 895-2023 Pedido de realização de trabalho Académico da Enf.ª Joana Campos UCIP, com a referência 2023.017.. A Enf.ª Joana Campos solicita autorização para realização de um trabalho académico sobre a "Adesão dos Enfermeiros à utilização adequada dos equipamentos de proteção individual numa UCI, face à tipologia de isolamento estabelecido".

Resultado: Proposta Aprovada

agendou em reunião
09 de Maio de 2023 às 13:25:24

Agendada em Reunião



ANEXO 4 - PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO 2022

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – ENFERMAGEM/2022

	Cuidar de quem cuida da prevenção de lesões músculo-esqueléticas	11 Maio	M_10:30-12:30 (2h)	C. Simulação
	Recolha e Preservação de vestígios forenses	14 Novembro	M_10:30-13:00 (2,5h)	SalaA/Auditório
	Recolha e Preservação de vestígios forenses	29 Novembro	M_10:30-13:00 (2,5h)	C. Simulação
	ABCDEF bundle em cuidados intensivos	14 Novembro	M_09:00-10:30 (1,5h)	SalaA/Auditório
	ABCDEF bundle em cuidados intensivos	29 Novembro	M_09:00-10:30 (1,5h)	C. Simulação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – ENFERMAGEM/2023

FORMADORES	TEMÁTICA	DATA	Nº HORAS	LOCAL
	Gestão de fármacos	24 Janeiro	M_09:00-10:30 (1,5h) T_14:30-16:00 (1,5h)	C. Simulação
	Cuidados Saúde Materna – Kit partos	24 Janeiro	M_10:30-12:00 (1,5h) T_16:00-17:30 (1,5h)	C. Simulação
	Cuidados paliativos em cuidados intensivos	7 Fevereiro	M_09:00-12:00 (3h) T_14:30-17:30 (3h)	SalaA/Auditório
	Objetivos Siadap3/Atualização dos registos no Aclínico/BI do Enfermeiro	2 Março	M_09:00-12:00 (3h) T_14:30-17:30 (3h)	C. Simulação
	Abordagem à pessoa com ferida	11 Abril e 3 Maio	M_09:00-12:00 (3h)	C. Simulação
	SLED em cuidados intensivos	9 Maio e 23 Maio	M_09:00-12:00 (3h)	9-SalaA/Auditório 23-C. Simulação

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário sociodemográfico para caracterização da amostra

Sexo: _____

Idade: _____

Categoria Profissional: _____

Especialidade: _____

Tempo de exercício profissional (anos): _____

Tempo de exercício profissional na Ucip (anos): _____

Já recebeu formação específica na área dos EPI's? _____

Código atribuído:

EX: E1

Após codificação deste instrumento, os dados serão confidenciais e só o investigador terá acesso aos mesmos.

APÊNDICE 2 - GRELHAS DE OBSERVAÇÃO

Código Enfº...

Grelha de observação para utilização de EPIS no isolamento de proteção

Turno:

Manhã.. ☐ Tarde.. ☐ Noite.. ☐

Fim de Semana:

Sim.. ☐ Não.. ☐

Nº de observação...

Tipo de cuidado ao doente :

Cuidados de higiene..... ☐

Outros procedimentos..... ☐

Posicionamento..... ☐

Administração de terapêutica..... ☐

1 – Antes de entrar no quarto do doente

	Sim	Não
1.1 Higienizar mãos	☐	☐
1.2 Coloca máscara cirúrgica	☐	☐

2 – Utiliza bata de acordo com precauções básicas? Sim ☐ Não ☐

2.1 - Se não: Procedimento dispensa bata..... ☐

Procedimento recomenda bata.... ☐

3 – Utiliza luvas de acordo com precauções básicas? Sim..... ☐ Não..... ☐

3.1– Se não: Procedimento dispensa luvas..... ☐

Procedimento recomenda luvas... ☐

4– Utiliza mais EPIS do que os preconizado? Sim..... ☐ Não..... ☐

4.1 - Se sim, quais? _____

5- Foi efetuada uma correta triagem dos resíduos hospitalares (Grupo III)?

Sim..... ☐ Não..... ☐

Código Enfº...

Grelha de observação para utilização de EPIS na precaução de aerossóis

Turno:
Manhã.. ☐ Tarde.. ☐ Noite.. ☐

Fim de Semana:
Sim... ☐ Não... ☐

Nº de observação...

Tipo de cuidado ao doente :

Cuidados de higiene..... ☐ Outros procedimentos..... ☐
Posicionamento..... ☐ Administração de terapêutica..... ☐

1 – Antes de entrar no quarto do doente

	Sim	Não
Higienizar mãos	☐	☐
Coloca máscara P2	☐	☐

2 – Utiliza bata de acordo com precauções básicas? Sim ☐ Não ☐

2.1 - Se não: Procedimento dispensa bata..... ☐
Procedimento recomenda bata.... ☐

3 – Utiliza luvas de acordo com precauções básicas? Sim..... ☐ Não..... ☐

3.1– Se não: Procedimento dispensa luvas..... ☐
Procedimento recomenda luvas... ☐

4– Utiliza mais EPIs do que os preconizado? Sim..... ☐ Não..... ☐

4.1 - Se sim, quais? _____

5 - Antes de sair do quarto do doente

	Sim	Não
5.1 Retira luvas	☐	☐
5.2 Retira bata	☐	☐
5.3 Higieniza as mãos	☐	☐

6 – Após sair do quarto do doente

	Sim	Não
6.1 Higienizar mãos	☐	☐
6.2 Retira máscara P2	☐	☐
6.3 A máscara é retirada pelas fitas	☐	☐
6.4 Higieniza as mãos	☐	☐

7-Foi efetuada uma correta triagem dos resíduos hospitalares (Grupo III)?

Sim..... ☐ Não..... ☐

Código Enfº...

Grelha de observação para utilização de EPIS na precaução de contacto

Turno:

Manhã.. ☐ Tarde.. ☐ Noite.. ☐

Fim de Semana:

Sim.. ☐ Não.. ☐

Nº de Observação...

Tipo de cuidado ao doente :

Cuidados de higiene..... ☐

Outros cuidados..... ☐

Posicionamento..... ☐

Administração de terapêutica..... ☐

1 - Antes do contacto com o doente

	Sim	Não
1.1 Higienizar mãos	☐	☐
1.2 Vestir bata	☐	☐
1.3 Calçar Luvas	☐	☐

2 - Utiliza mais EPIS do que os preconizados?

Sim.... ☐ Não.... ☐

2.1 - Se sim, quais? _____

3 - Antes de sair da unidade do doente

	Sim	Não
3.1 Retirar luvas	☐	☐
3.2 Retira bata	☐	☐
3.3 Higienizar as mãos	☐	☐

4 - Foi efetuada uma correta triagem dos resíduos hospitalares (Grupo III)?

Sim.... ☐ Não.... ☐

APÊNDICE 3 - CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado

Tema do estudo: **Adesão dos enfermeiros à utilização adequada dos equipamentos de proteção individual numa UCI, face à tipologia de isolamento estabelecido.**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ aceito de minha livre vontade, participar neste estudo intitulado: “ Adesão dos Enfermeiros à utilização adequada dos equipamentos de proteção individual numa UCI, face à tipologia de isolamento estabelecido”, realizado pela Enfermeira Joana Amélia dos Santos Campos, sob a orientação da Professora Albertina Marques, Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, integrado no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estudo tem como objetivo geral determinar a adesão dos enfermeiros de uma UCI de uma instituição hospitalar à utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.

No estudo, existe garantia formal de sigilo, anonimatos dos participantes e confidencialidade das fontes.

Garante-se que os dados serão usados apenas para fins de investigação.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Consinto a participação no estudo, permitindo o número de observações necessárias. Autorizo que as informações sejam utilizadas em futuros estudos, podendo desistir de participar a qualquer momento.

Assinaturas:

O participante, _____

O Investigador, _____

Porto, __ de _____ de 2022

APÊNDICE 4 - PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO

PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO

TÍTULO

Adesão dos enfermeiros à utilização adequada de equipamentos de proteção individual numa UCI, face à tipologia de isolamento estabelecido

Investigadora principal:

Joana Amélia dos Santos Campos, Enfermeira, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Orientador da Instituição de Ensino:

Maria Albertina Marques, Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde

Orientador no CHUP

Sara Alexandra Teixeira Magalhães, Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

INSTITUIÇÕES, DEPARTAMENTOS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos Urgência e Emergência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

RESUMO DO ESTUDO (descrição resumida do estudo proposto)

Este trabalho, inserido no VIII curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Viana do Castelo pretende determinar a adesão dos enfermeiros de uma UCI de uma instituição hospitalar à utilização adequada dos EPI face ao tipo de isolamento estabelecido.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional que será realizado na UCIP, a todos os enfermeiros que prestem cuidados aos doentes em isolamento/precauções (conforme vias de transmissão) e que aceitem participar no estudo. Para tal, será aplicado um questionário sociodemográfico e grelhas de observação adequadas a cada tipo de isolamento. O tratamento dos dados será feito com recurso ao programa informático SPSS.

Após tratamento dos dados, será realizada uma ação formativa com o intuito de apresentação das conclusões obtidas e esclarecimento acerca de vias de transmissão e EPI mais adequados a cada tipo de isolamento.

PROTOCOLO DO INVESTIGAÇÃO

INTRODUÇÃO/ESTADO DA ARTE

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas diretamente relacionados cuja importância e preocupação tem grande ênfase à escala mundial. As IACS agravam o prognóstico da doença de base, aumentam os dias de internamento e contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos (Relatório PPCIRA, 2018)

Entre 2013 e 2017 a prevalência das IACS em meio hospitalar foi de 7,8% (relatório 2018). O período pandémico levou a significativo decréscimo da amostra de vigilância epidemiológica de infeções hospitalares. (Relatório PPCIRA, 2022)

No sentido de prevenir as IACS, a DGS preconiza 10 itens de Precauções Básicas Controlo de Infeção (PBCI) que devem ser aplicadas em todos os doentes utilizadores de instituições hospitalares. Estas precauções incluem as medidas de higienização das mãos, a utilização de barreiras (equipamento de proteção individual (EPI), batas, luvas, máscaras, etc.) cuidados de manuseamento com roupa, equipamento e artigos durante a prestação de cuidados, controlo do ambiente, desperdício adequado do material cortante perfurante e colocação do doente conforme o risco de transmissão de infeção.

As PBCI destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

As PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, e, consequentemente, em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, MRSA, *Acinetobacter* multirresistente, entre outros), estão indicadas medidas adicionais – Precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às Precauções Básicas, mas não as substituem. (DGS 2012)

As precauções baseadas na transmissão incluem uma seleção, uso e eliminação adequada dos equipamentos de proteção individual, uso de práticas de segregação, incluindo colocação e isolamento do paciente, e uso de políticas e procedimentos sólidos e práticos. Os enfermeiros devem estar cientes das precauções de isolamento usadas nos locais onde trabalham, para que possam aderir a essas precauções e ajudar outras pessoas a fazer o mesmo (Carrico et al 2019).

Para o mesmo autor, capacidade de colocar o conhecimento em ação é uma maneira de definir competência.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre as intervenções mais eficientes com vista à melhoria da adesão aos EPI, está a formação contínua dos profissionais e o treino adequado (OMS, 2001). Estes fatores são mesmo considerados críticos para a adesão dos profissionais de saúde às precauções universais

(OMS, 2009).

Face ao exposto, coloca-se a seguinte questão de investigação: “Qual a adesão dos enfermeiros de uma UCI de uma instituição hospitalar à utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido?”.

OBJETIVO(S) DO ESTUDO

Objetivo principal: Determinar a adesão dos enfermeiros de uma UCI de uma instituição hospitalar à utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.

Objetivos específicos:

- a) Caracterizar em termos sociodemográficos e profissionais os enfermeiros participantes no estudo.
- b) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.
- c) Analisar a relação entre as variáveis profissionais e a adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.
- d) Determinar a adesão dos enfermeiros à utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.
- e) Determinar qual o tipo de isolamento que tem menor adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIS face ao mesmo.
- f) Determinar qual o tipo de isolamento que tem maior adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada dos EPIS face ao mesmo.
- g) Determinar se existe relação entre o tipo de cuidado prestado e adesão aos EPIS face ao tipo de isolamento instituído.
- h) Determinar se existe relação entre o turno realizado e a adesão aos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.
- i) Determinar se existe diferença na adesão aos EPIS face ao tipo de isolamento instituído à semana e ao fim de semana.

QUESTÕES/HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

- **Q1:** Qual a adesão dos enfermeiros participantes no estudo à utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido?
- **Q2:** Qual as características sociodemográficas dos enfermeiros participantes no estudo?
- **Q3:** Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão dos enfermeiros participante no estudo na utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido?
- **Q4:** Qual a relação entre as variáveis profissionais e a adesão dos enfermeiros participante no estudo na utilização adequada dos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido?
- **Q5:** Existe diferença na adesão dos enfermeiros aos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido consoante o tipo de cuidado prestado?
- **Q6:** Existe diferença na adesão dos enfermeiros aos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido consoante o turno realizado?

- **Q7:** Existe diferença na adesão dos enfermeiros aos EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido em turnos realizados à semana ou ao fim de semana?
- **H1:** Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada de EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.
- **H2:** Existe relação entre as variáveis profissionais e a adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada de EPIS face ao tipo de isolamento estabelecido.
- **H3:** Existe relação entre a adesão aos EPIS e a tipo de cuidado prestado ao doente.
- **H4:** Existe relação entre a adesão dos enfermeiros participantes no estudo na utilização adequada de EPIS e os tipos de isolamento.
- **H5:** Existe diferenças na adesão aos EPIS conforme o turno observado.
- **H6:** Existe diferença na adesão aos EPIS conforme dia observado (semana/fim de semana).

DESENHO DO ESTUDO, PARTICIPANTES E METODOLOGIA

- **Tipo de estudo:** Quantitativo, descritivo-correlacional
- **População e amostra:** não probabilista obtida por conveniência
- **Critérios de inclusão:** enfermeiros a exercer funções numa UCI de uma instituição hospitalar; enfermeiros que aceitem participar no estudo.
- **Critérios de exclusão:** enfermeiros que não se encontrem em funções durante o período de realização do estudo; enfermeiros que não se encontrem na prestação de cuidados; enfermeiros que não fiquem destacados a prestar cuidados a doentes com medidas de isolamento.
Os enfermeiros participantes no estudo serão codificados para salvaguardar o seu anonimato e confidencialidade.
- **Tamanho da amostra:** estimada entre 30 e 40 participantes.
- **Método de recolha de dados:** Grelha de observação (anexo 1) e questionário sociodemográfico (anexo 2).
- **Previsão de tratamento e análise de dados:** Tratamento de dados através de estatística descritiva e inferencial, com recurso informático programa SPSS.

Aspetos éticos

Um estudo de investigação tem de respeitar os princípios éticos subjacentes: anonimato, confidencialidade, proteção dos participantes e permitir uma participação livre e esclarecida (Fortin et al., 2009). Neste sentido, serão respeitados os princípios definidos pela Declaração de Helsínquia nomeadamente: o anonimato, a participação voluntária, a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos participantes no estudo.

CALENDARIZAÇÃO

A colheita de dados será realizada até dia 31 Março de 2023, data do término do Estágio de Natureza Profissional, e tratamento de dados e respetivas conclusões serão realizados até Junho de 2023.

ORÇAMENTO E CUSTOS

0€

*Para ajudar a estimar os custos consultar a Portaria 207/2017,
http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Portaria_207_2017-1.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carrico, B. R. M., Garrett, H., Balcom, D., & Glowicz, J. B. (2019). Infection prevention and control core practices: A roadmap for nursing practice. *Nurse Practitioner*, 44(3), 50–55.
<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000553403.73600.20>

DGS. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. *Direção Geral Da Saúde*, 33. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). *Infecções e Resistências a Antimicrobianos: Relatório do Programa Prioritário PPCIRA, 2021*. 1–48.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-hospitalares-e-consumo-de-antibioticos-diminuiram-entre-2015-e-2020-pdf.aspx>

Moura George, F. H. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Direção Geral Da Saúde*, 1–4.

World Health Organization. (2001). WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance, World Health Organisation. *WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*, WHO/CDS/CS, 1–105.

World Health Organization. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. In *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*.

APÊNDICE 5 - BASE DADOS FORMAÇÕES

CURSOS FORMAÇÃO OBRIGATORIA - UCIP

[SUPORTE BASICO DE VIDA + EMERGENCIA MEDICA INTERNA \(SBV+EMI\)](#)

[SUPORTE IMEDIATO DE VIDA \(SIV\)](#)

[SUPORTE AVANÇADO DE VIDA \(SAV\)](#)

[SEPSIS+ INFECÇÃO GRAVE](#)

[CURSO DE TRAUMA](#)

[VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA \(VNI\)](#)

[TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO](#)

CURSOS CONTINUA - UCIP

[IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR](#)

[GESTÃO DA DOR : CRÓNICA EM DOENTES INTERNADOS](#)

[DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO DE FERIDAS](#)

[PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO-SIMULAÇÃO DE CASOS PRÁTICOS](#)

[PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO](#)

[PREVENÇÃO DE INFECÇÃO NO LOCAL CIRÚRGICO](#)

[ADULTOS VULNERÁVEIS](#)

[NOÇÕES BÁSICAS DE LUTO](#)

[RGPD - PROTEÇÃO DE DADOS EM SAÚDE](#)

[LITERACIA EM SAÚDE E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS/COMUNICAÇÃO EM SAÚDE](#)

[PROGRAMA DE PREVENÇÃO MUSCULO-ESQUELÉTICAS](#)

[PRIMEIRA INTERVENÇÃO EM INCÊNDIO - COM EXERCÍCIO FOGO REAL](#)

[SEGURANÇA TRANSFUSIONAL](#)

[QUALIDADE E SEGURANÇA EM CUIDADOS DE SAÚDE](#)

[ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE](#)

[AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL](#)

[SEGURANÇA DO DOENTE NA PREPARAÇÃO DE CUIDADOS HOSPITALARES](#)

[GESTÃO DE CONFLITOS E LIDAR COM VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO](#)

[TRANSPORTE E ACOMPANHAMENTO DE DOENTES](#)

[CUIDADOS PALIATIVOS](#)

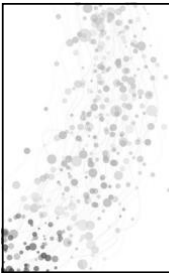
[DOAÇÃO E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS - BOAS PRÁTICAS](#)

[DOAÇÃO E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS - BIOVIGILÂNCIA](#)

[GESTÃO DO TEMPO E DO STRESS](#)

[AVALIAÇÃO DE DESEMPANHO PARA AVALIADOS](#)

APÊNDICE 6 - FORMAÇÃO PARA OS AUXILIARES



Repensar a prática clínica

- Uma Oportunidade-



Agente patogénico

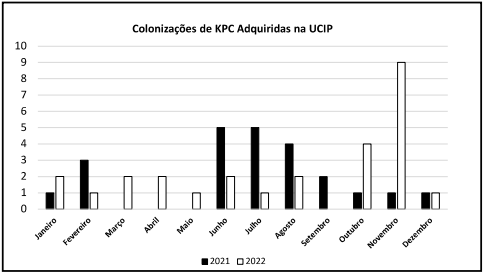
- Agente patogénico é um organismo, microscópico ou não, que produz infeção ou doenças infecciosas nos hospedeiros em condições favoráveis.

Colonização

- Termo usado para indicar que o doente apresenta uma bactéria no seu organismo, mas sem apresentar infeção ou qualquer outra doença. A colonização bacteriana refere-se à presença de bactérias em um determinado local do organismo sem provocar resposta ativa do hospedeiro à sua presença.

Infeção

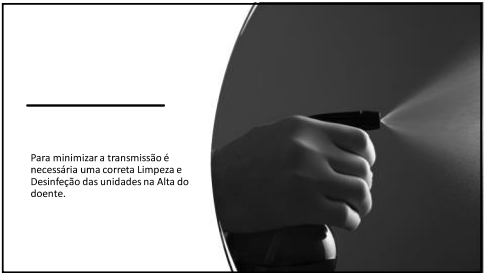
- Causadas por agentes externos. O organismo reage a entrada de microrganismos como vírus e bactérias, parasitas ou fungos. Assim, as células de defesa tentam combater os microrganismos, o que normalmente dá origem a uma reação inflamatória.



Mecanismos de transmissão

Contacto:

- Mãos
- Superfícies
- Roupa
- Equipamentos



Limpeza e Desinfecção

- As superfícies inanimadas podem servir como reservatório de agentes patogénicos.
- A **limpeza** constitui um elemento primário de interrupção da cadeia epidemiológica das infeções, remove a maior parte dos microrganismos (cerca de 80%) pelo que, na maioria das situações é suficiente.
- Sempre que se justifique, depois da limpeza deve ser efetuada a desinfecção.
- Na UCIP, após a alta, toda a unidade do doente necessita de uma limpeza e desinfecção.



Limpeza: Remoção da sujidade através da ação mecânica (fricção), física (temperatura) e química (detergente) (↓80 a 85% dos microrganismos).

Desinfecção: Processo que possibilita a destruição da maior parte dos microrganismos patogénicos, por ação química (desinfetante) (↓90 a 95% dos microrganismos).

Funções da Limpeza

- Reduzir a carga microbiana presente e eliminar os resíduos que favorecem o seu crescimento.
- Melhorar e estabelecer a aparência e funcionalidade.
- Prevenir a deterioração.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI)



Luvas de proteção



Avental



Máscara com Viseira (se houver perigo de salpicos)



Deve ser utilizado o mesmo EPI que se usa na prestação de cuidados ao doente.

Limpeza

- A limpeza deve ser feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas. Iniciar pelas paredes, em seguida o mobiliário e por fim o chão (dos pontos mais altos para os mais baixos).
- Antes de desinfetar é obrigatório limpar. A presença de matéria orgânica nas superfícies inativa a maioria dos desinfetantes.
- Para a limpeza do chão deverá ser utilizada uma diluição de Sanilavanda (1 tampa do frasco/20 ml em 1L água).
- Diluição deve ser feita na altura do uso e substituída com regularidade (no mínimo ao fim de 1 hora).



Limpeza

- Na UCIP deve ser usada uma mopa para limpar cada 3 unidades.
- As unidades infetadas devem ser limpas por último com a mesma lógica do ponto anterior.
- As mopas devem ser enviados para a lavandaria diariamente.
- Nunca misturar produtos, podem tornar-se tóxicos, ser inativados ou danificar as superfícies.



Limpeza

- A limpeza diária de pavimentos tratados não deve ser feita com água quente, pois remove a cera.
- Os baldes, os cabos das mopas e outros materiais existentes nos carros de limpeza, devem ser lavados com água e detergente e secos ou deixados a escorrer, depois de cada utilização.
- Todas as superfícies limpas devem ficar bem secas.



Ordem de limpeza da unidade

- Higienizar as mãos e colocar EPI;
- Retirar roupa da cama;
- Retirar cortinas (se aplicado – doente com KPC ou 6 meses uso);
- Limpar e retirar do quarto os equipamentos a armazenar ou esterilizar (ex perfusoras, cadeirão, televisão, ambu e peças de ventilador, monitor BLS);
- Retirar todo o material das gavetas, pendentes e carro individual para o lixo;
- Retirar o lixo;
- Retirar EPI;

Ordem de limpeza da unidade

- Higienizar as mãos e colocar novo EPI;
- Inspeccionar a presença de sujidade nas paredes ou outras áreas;
- Ordem de limpeza: do limpo para o sujo e de cima para baixo;
- Paredes se visivelmente sujas;
- Calha técnica e pendentes;
- Cama;
 - Limpeza do colchão efetuada em 2 tempos (antes da limpeza da cama com solução de presept, e depois da limpeza da cama, com álcool a 70°)
- Baldes de lixo;
- Chão.

- Os colchões Spenco dos doentes infetados têm indicação de substituição. Devem ser enviados para a lavandaria e efetuar registo quando chegar da lavandaria.
- Os colchoes Spenco encontram-se armazenados na zona de roupa limpa.



Modo de Limpeza da Unidade



Opções de Produtos:

Limpeza : água e detergente Sanilavanda (2as tampas para 2L de água).

Desinfeção: presept (1 pastilha (1,7gr) para 2L de água).

Limpeza e Desinfeção: Oxivir (sem diluição).



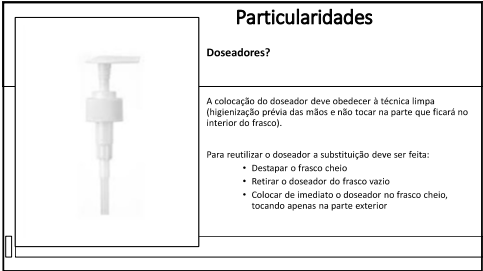
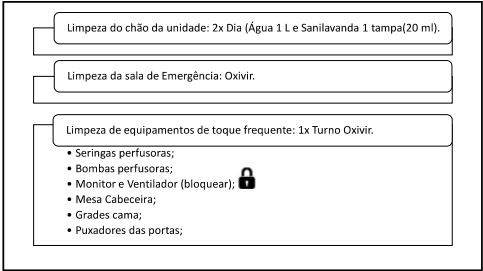
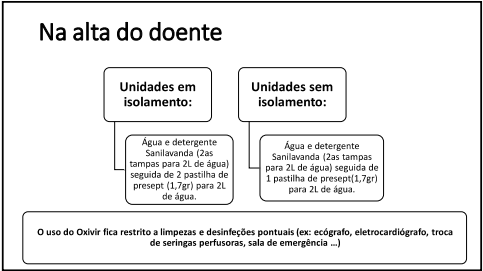
Modo de aplicação:

Compressas humedecidas.

Superfície humedecida (oxivir).

Todos as superficies metálicas têm que ser passadas por álcool para evitar as manchas.

A aplicação de qualquer destes produtos implica fricção com movimentos circulares, garantindo que toda a superfície é abrangida.

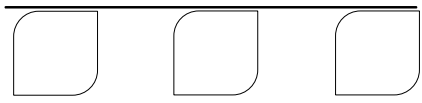




Particularidades

- **Encher sterillum??**
 - Não!!!!
- **Etiquetas álcool????**
 - Sim!!!!(Todos os frascos devem ter rótulo legível)

Particularidades



QUANDO O DOENTE ESTÁ EM ISOLAMENTO DEVE SER MINIMIZADA A ENTRADA NA UNIDADE.

POR ROTINA A REPOSIÇÃO DEVE SER EFETUADA POR 2 ELEMENTOS.

NO FINAL DOS CUIDADOS DE HIGIENE/POSICIONAMENTOS DEVEM REALIZAR LIMPEZA DA UNIDADE E RETIRADA DE LIXO (MINIMIZAR RISCO DE EXPOSIÇÃO).



Limpeza das Torneiras e Lavatórios

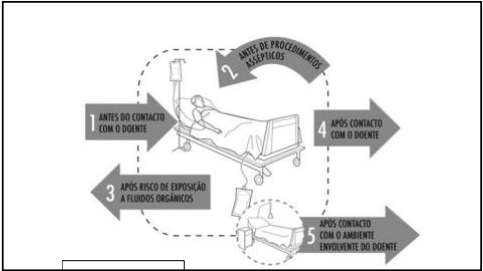
- Para minimizar a proliferação de microrganismos é necessário promover regularmente a higienização das torneiras, mantendo-as livres de sujidade.
- A limpeza das torneiras deve ser integrada na limpeza diária dos serviços.
- Deste modo, deve proceder-se da seguinte forma:
 - Lavar com água e detergente (Sanilavanda) no sentido do mais limpo para o mais sujo (do ponto de saída de água para o corpo da torneira)



Higiene das mãos

Quando higienizar as mãos?

- 5 momentos
- Após remoção do EPI

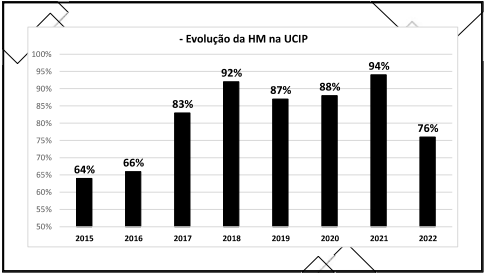


Evolução da Higiene das mãos nos 5 momentos na UCIP

Adesão nos 5 momentos	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1-Antes do contato com o doente	97,1%	93,9%	93,6%	100%	88%	84%
2-Antes de procedimentos Assépticos	85%	85,7%	83,3%	100%	75%	23%
3- Após risco de exposição a fluidos orgânicos	69,4%	51,7%	59,5%	54,3%	43%	42%
4- Após contato com o doente	96,7%	88,1%	91,7%	95,7%	81%	93%
5- Após contato com o ambiente do doente	98,5%	98,2%	100%	100%	90%	93%

Evolução da Higiene das mãos nos Auxiliares na UCIP

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Auxiliares	90%	97,9%	94,9%	84,2%	92,9%	75,7%	84,9%



Uso de Luvas 2022

1 - SELECÇÃO/COLOCAÇÃO DAS LUVAS			
Realização de luvas adequadas ao procedimento	111	111	100,00%
Realização de luvas antes de entrar no quarto	111	10	9,09%
Corte de luvas imediatamente antes de entrar o paciente	111	109	98,99%
Corte de luvas com destino adequado garantindo a sua não contaminação	111	111	100,00%
Utiliza drapejo para de luvas em situações de risco particularmente elevado	0	0	
Utiliza luvas de ponto de entrada e luvas com a luva em situação de elevado risco de contaminação e flutuações	43	43	95,95%
2 - USO/SUBSTITUIÇÃO DAS LUVAS			
Utiliza as luvas limpas imediatamente na preparação do doente	110	110	100,00%
Utiliza as luvas limpas imediatamente na preparação do doente	9	9	99,99%
Utiliza luvas substituídas em procedimentos microcirúrgicos	9	2	66,67%
Utiliza luvas substituídas de uso individual em procedimentos de descontaminação	0	0	
Utiliza luvas substituídas de uso individual em procedimentos de descontaminação	0	0	
3 - REMOÇÃO DAS LUVAS			
Remoção de luvas com destino adequado, garantindo a sua contaminação e do ambiente	111	111	100,00%
Remoção de luvas pelo ponto adequado, quando utilizado conjuntamente com outros EPIs	109	109	98,99%
Descarte de luvas de acordo com a norma interna de limpeza de resíduos	111	111	100,00%
Higiene de mãos imediatamente após a remoção das luvas	111	88	79,28%
Resumo do Uso de Luvas 2022			
	111	111	100,00%



Medidas gerais de Higiene das Mãos

- Higienizar as mãos preferencialmente por fricção (SABA) no local de prestação de cuidados quando as mãos estão visivelmente limpas (Categoria IA);
- Se as mãos estiverem visivelmente sujas, com matéria orgânica ou em caso de suspeita de *Clostridium difficile*, devem ser lavadas com água e sabão.

Medidas gerais de Higiene das Mãos



Remover toda a joalharia (incluindo o relógio) antes de iniciar o turno;



Manter as unhas naturais, curtas e limpas;



Não usar verniz, gel, esmalte nas unhas na prestação de cuidados de saúde;

Medidas gerais de Higiene das Mãos



- Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas do uniforme para cima;
- Hidratar a pele, no mínimo 2 a 3 vezes por turno;

• Norma DGS 007/2019

PRECAUÇÕES de CONTACTO

Precauções de contato à entrada (isolamento profilático)

- Colocar sacos brancos;
- Colocar cartaz com identificação de Precauções de contato;
- Mesa de apoio com equipamentos de proteção individual (EPI) junto da unidade do doente.

Mesas de Apoio

Mesa de apoio com EPI no Precauções de contato e Aerossóis (Covid 19):	Mesa de apoio com EPI no Precauções de contato:	Mesa de apoio com EPI no Precauções por aerossóis:
Batas azuis e verdes Luvas Máscara P2 Máscara cirúrgica Óculos Barretes Protetor de sapatos Sterillium	Batas azuis e verdes Luvas Máscara cirúrgica Sterillium	Batas azuis e verdes Luvas Máscara P2 Máscara cirúrgica Sterillium

Nota: Caixa de lixo fora do quarto para as máscaras e balde dentro da unidade para colocar óculos.

Mesas de Apoio

O QUE NÃO COLOCAR :	NOTA:
Luvas palhaço	Realizar a verificação do material das mesas uma vez turno. No início da visita dos familiares colocar em cima as batas para os familiares e em baixo as batas para os profissionais. Colocar junto à unidade em isolamento.

Passagem de turno

Passar os assuntos mais importantes:

- Unidades que faltam limpar
- Unidades que faltam repor
- Doentes que estão a comer
- Doentes que faltam comer
- Doentes em isolamento





Esta nas nossas mãos prestarmos cuidados limpos

Questões



APÊNDICE 7 - FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS

Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Precauções Básicas de controlo de Infecção

Precauções Baseadas nas vias de Transmissão

Joana Campos



Porto, 28 Março 2022

Infeções Associadas aos cuidados de saúde (IACS)

- IACS e Resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas diretamente relacionados
- Agravam prognóstico da doença de base
- Aumentam dias de internamento
- Aumentam morbilidade
- Aumentam mortalidade
- Aumentam custos associados

IACS

- Impacto económico de 280 milhões de euros (Crisp, 2014).
- DGS estima que 1/3 destas infeções sejam evitáveis
- OMS (2015) refere-se às IAS como um problema de saúde pública internacional, prevendo a morte de mais de 10 milhões de pessoas anualmente até 2050 se esta problemática não for controlada.

IACS em Portugal

taxa de infeção hospitalar em Portugal: 10,6 % (2017)

Taxa de infeção hospitalar europeia: 6,1%

Entre 2013 e 2017 : 7,8%

O período pandémico levou a significativo decréscimo da amostra de vigilância epidemiológica de infeções hospitalares. (DGS 2022)

IACS

- Infecções adquiridas pelo doente, que não estariam presentes no momento da sua admissão hospitalar, adquiridas na sequência dos cuidados de saúde prestados, que podem também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional. (DGS 2007)

IACS

A terminologia destas infeções foi sofrendo alterações ao longo do tempo. Foram já consideradas infeções nosocomiais ou infeção adquirida durante o internamento. Estes conceitos, foram substituídos por IACS uma vez que se tornaram redutores ao incluir apenas unidades hospitalares e excluindo os cuidados prestados em serviços de ambulatório, lares ou cuidados domiciliários.

O conceito de IACS é, por isso, mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, pelo que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas infeções afim de reduzir o risco de infeção cruzada". (DGS, 2007).

Relatório
PPCIRA
2021

De 2013 a 2020:

- diminuição de 70 % para 15% relativamente ao Acinetobacter resistente aos carbapenems
- diminuição de 48% para 30% do Staphylococcus aureus resistente à meticilina
- Diminuição 22% para 8% Enterococcus faecium resistente à meticilina

Contudo:

- a taxa de Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenems, tem sofrido um aumento significativo passando de 2,0% para 11,6%,

Portugal

1998 entra na actualização do programa HELIX em duas situações específicas: infeções do local cirúrgico (ILI) e infeções em unidades de cuidados intensivos (IUCI).

2008 com objetivo de reduzir aos IACS adere à campanha da OMS da higiene das mãos

2014 cria um programa nacional "Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de infeção"

2016 o modelo de "Cuidados limpos são cuidados seguros" foi alargado às restantes PRCI e inicia um projeto de auditoria à monitorização de uso de luvas nas unidades de saúde.

Para transmissão da infeção, pressupõe-se a existência de três elementos chave: uma fonte, um hospedeiro e um meio de transmissão do microrganismo (CDC, 2007).

A prevenção e controlo de infeção é um esforço sistemático de colocar uma barreira entre o hospedeiro e os microrganismos. Refere-se também, a todas as estratégias, técnicas e atividades que visam prevenir ou minimizar a hipótese de transmissão de agentes infecciosos nas unidades de saúde. (Lobo et al., 2019)

Precauções Básicas de Controlo de Infeção

- Colocação de doentes,
- Higiene das mãos,
- Etiqueta respiratória,
- Utilização de equipamento de proteção individual (EPI),
- Descontaminação do equipamento clínico,
- Controlo ambiental,
- Manuseamento seguro de roupa,
- Recolha segura de resíduos,
- Prática segura na preparação e administração de injetáveis
- Exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Colocação de doentes

Na admissão, deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos. A seleção do local a colocar o doente deve ser determinado por esta informação.

Doentes com maior risco de transmissão cruzada (ex: diarreia, suspeita de tuberculose), deverão ser alocados a um local que reduza este risco.

Têm igual risco de transmissão cruzada de microrganismos o doente em situação de infeção ou colonização.

Higiene das mãos

- Para a DGS boa adesão dos profissionais a esta precaução.
- "é a medida mais eficiente, mais simples e mais económica de prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde"
- A utilização de luvas não substitui a higiene das mãos.

Etiqueta Respiratoria

- São medidas individuais a cumprir por todos os utilizadores da instituição hospitalar, que os profissionais de saúde devem promover, destinadas a conter as secreções respiratórias, como forma de minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou por gotícula (DGS2012).

Equipamento de proteção Individual (EPI)

Decreto nº348/99

“Tudo o equipamento, bem como qualquer acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para sua segurança e para a sua saúde.”

“Este decreto tem por finalidade estabelecer os requisitos mínimos de segurança e de saúde para o equipamento de proteção individual utilizado para a proteção do trabalhador contra os perigos resultantes da atividade de trabalho.”

Decreto nº348/99

“Tudo o equipamento, bem como qualquer acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para sua segurança e para a sua saúde.”

“Este decreto tem por finalidade estabelecer os requisitos mínimos de segurança e de saúde para o equipamento de proteção individual utilizado para a proteção do trabalhador contra os perigos resultantes da atividade de trabalho.”

Equipamento de proteção Individual (EPI)

CDC 2007

“Equipamento de proteção individual (EPI) é qualquer equipamento de proteção individual utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para sua segurança e para a sua saúde.”

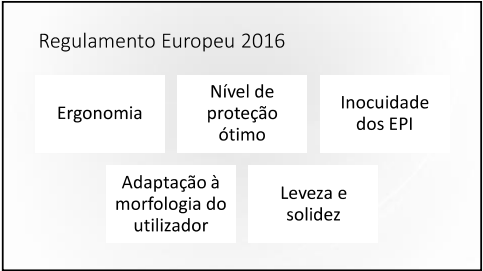
“Este decreto tem por finalidade estabelecer os requisitos mínimos de segurança e de saúde para o equipamento de proteção individual utilizado para a proteção do trabalhador contra os perigos resultantes da atividade de trabalho.”

Decreto nº348/99

“Tudo o equipamento, bem como qualquer acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para sua segurança e para a sua saúde.”

“Este decreto tem por finalidade estabelecer os requisitos mínimos de segurança e de saúde para o equipamento de proteção individual utilizado para a proteção do trabalhador contra os perigos resultantes da atividade de trabalho.”

- A seleção do EPI é baseada no risco do procedimento a efetuar, na vulnerabilidade do hospedeiro e da interação e/ou probabilidade de transmissão (CDC 2007).



Equipamento de proteção Individual (EPI)



- É da obrigação do empregador:
 - *Adquirir o EPI e garantir que apresenta perfectas condições de funcionamento
 - *Adquirir e disponibilizar no local de trabalho toda a informação necessária acerca de cada equipamento.
 - *Disponibilizar informação acerca dos riscos contra os quais o EPI visa proteger
 - *Assegurar a formação necessária para uma utilização correcta do EPI.

Equipamento de proteção Individual (EPI)



- É da obrigação dos trabalhadores
 - *A utilização correcta do EPI de acordo com informações fornecidas.
 - *Preservar o bom estado de todo o equipamento que lhe foi destinado.
 - *Participar todas as inconformidades do equipamento que tenha conhecimento.

Equipamento de proteção Individual (EPI)

- Os EPI são de uso único, não reutilizáveis. Deverão ser colocados imediatamente antes do procedimento e retirados imediatamente após, exceto nas precauções de contacto.
- O EPI deve estar disponível à entrada do local de isolamento (se possível antecâmara). A sua colocação deve acontecer imediatamente antes de entrar no local onde se encontra o doente.
- A remoção do EPI deve ser feita de forma criteriosa como forma de evitar contaminação do profissional que o utiliza e das superfícies envolventes.

Equipamento de proteção Individual (EPI)

- Para o Chuport (2018), o uso correto dos EPI permite interromper a cadeia de transmissão de microrganismos, se os seguintes pressupostos forem cumpridos:
 - Adequar os EPI aos procedimentos
 - Cumprir as regras da colocação e remoção dos EPI
 - Retirar os EPI imediatamente após os procedimentos e junto do doente
 - O mesmo EPI não deve ser utilizado de um doente para outro nem entre procedimentos assistidos (limpa e suja), no mesmo doente
 - Os profissionais devem ser treinados e formados
 - Os doentes e visitas devem ser ensinados para a seleção dos EPI, a sua colocação e remoção



Descontaminação do equipamento Clínico

O material contaminado deve ser limpo e processado de forma a evitar que a contaminação de quem os manuseia ocorra. A contaminação do ambiente de outros doentes deve ser reduzida após a utilização destes materiais (Chuport 2018).

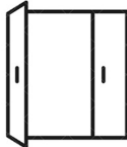


Controlo Ambiental

- A limpeza e desinfecção das superfícies deve ser assegurada.
- Toda a unidade de doente e todos os locais onde existam possibilidade de contaminação (principalmente as superfícies de toque frequente) devem ser alvo de limpeza e desinfecção metódica (Chuport, 2018).

Manuseamento seguro da roupa

- A roupa limpa deve ser guardada numa área afetada para o efeito.
- Os armários devem ser fechados e de material lavável que permita a limpeza e desinfecção.
- A roupa usada deve ser considerada contaminada



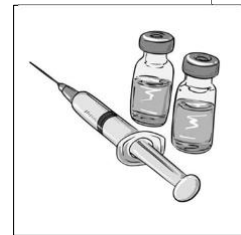
Recolha segura de resíduos

- Os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção, tendo em consideração o grupo a que pertencem.

Triagem dos resíduos	
Grupo I e II - Resíduos equiparados a urbanos e hospitalares não perigosos Folhas e recipientes descartáveis não contaminados e sem sangue; Material de proteção individual, sem contacto com produtos contaminados; Embalagens vazias de medicamentos ou outros produtos, exceto as do Grupo III e IV; Fechos de sono não contaminados, exceto os do Grupo IV.	 Atorno sanitário
Grupo III - Resíduos de risco biológico Material de administração de sangue e derivados; Sistemas de administração de soro e medicamentos, com exceção dos do Grupo IV; Sacos coletores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas.	 Autoclavagem e atorno sanitário
Grupo IV - Resíduos de infeção e dejetos Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres, bisturis, etc. Queimaduras e todo o material utilizado na sua manipulação e administração; Cordão, vidros, tinteiros, impressoras, plástico e material informático.	 Infeção e reciclagem

Prática segura na preparação e administração de injetáveis

- Os injetáveis devem ser preparados e administrados com técnica assética (DGS 2012).



Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

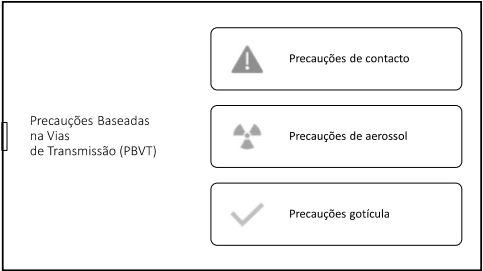
- O comportamento dos profissionais devem ser minimizar o risco de acidente.
- Em caso de acidente, e existindo exposição significativa a agentes contaminados, devem cumprir-se os procedimentos determinados pelo Serviço de saúde ocupacional (Chuperto 2018). (DGS 2012).



Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT)

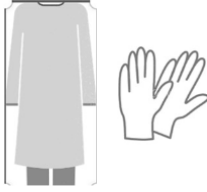
- As PBVT não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos
- Se as PBVT não forem suficientes para bloquear a via de transmissão do agente infeccioso recorrem-se às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT)
- As PBVT devem ser aplicadas quando existe infeção (colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes e dos quais se conhecem as vias de transmissão. (Chuperto2018)





Precauções de contacto

"estão indicadas em todos os doentes com suspeita ou confirmação de infeção ou colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes, que possam ser transmitidos por contacto com as superfícies ou utensílios do ambiente. O contacto é a via de transmissão mais comum."
Chuperto 2018

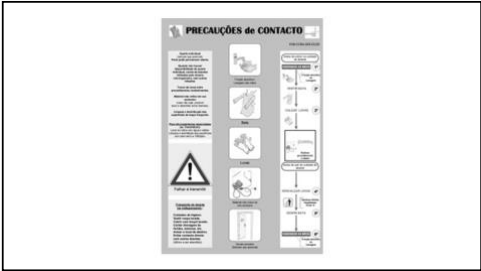


Precauções de contacto

- Isolamento do doente (se possível em quarto individual, ou preservando uma distância entre doentes que proporcione a prestação de cuidados sem tocar em superfícies fora da unidade do doente).
- Utilizar bata e luvas
- Mudar de luvas sempre que se contactar com material contaminado (entre procedimentos do mesmo doente)
- Higienizar as mãos após retirada o EPI
- Os EPIs devem ser colocados antes de entrar no espaço de isolamento e removidos antes de sair, como forma de conter os microrganismos e evitar a sua transmissão

Precauções de contacto

- Equipamentos de uso médico não crítico (ex termómetro, estetoscópio) devem ser limitados ao doente e de uso exclusivo
- Não tocar nas superfícies circundantes ao doente antes de sair
- Restringir os transportes e circulação do doente apenas ao essencial, contudo se a realização de exames for necessária deverá vestir roupa limpa. Se o transporte acontecer na cama/maca, mudar roupa da cama e descontaminar barras da cama
- Ensinar ao doente a necessidade de uma higiene das mãos frequente
- Ex. *Stenotrophomonas*, *MSSA*, *VRE*, *Klebsiella pneumoniae*, *acinetobacter baumannii*, *pseudomonas aeruginosa*



Precauções de aerossóis

- As precauções de aerossóis "aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por partículas com dimensão ≤ 5 mm (aerossóis), que permanecem suspensas no ar, podendo ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar, e transmitem o microorganismo quando inaladas." (Chuperto 2018)



A hand-drawn diagram of a surgical mask, specifically a KN95 model. The mask is shown from a side profile, with a rectangular body and two ear loops. The text "KN 95" is written on the right side of the mask body. The drawing is simple, using black outlines on a white background.



Precauções de aerossóis

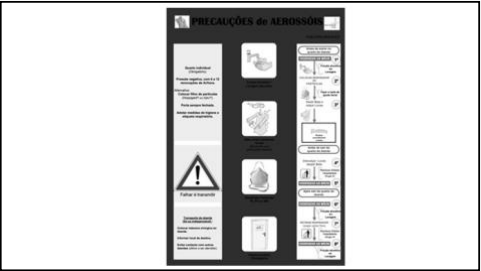
- Isolar o doente, idealmente num quarto com pressão negativa com 6 a 12 renovações de ar por hora, descarga para o exterior com filtros HEPA, ou filtros de ar portátil (Hospigard ou IQAir) e manter as janelas e portas sempre fechadas
- Usar máscara P2 para entrar no quarto
- Restringir o transporte do doente ao estritamente necessário. Se por algum motivo o doente tiver necessidade de permanecer algum tempo fora do quarto de isolamento, deve manter colocada máscara cirúrgica com ajuste facial tipo "bico de pato".

- # Precauções de aerossóis
- Isolar o doente, idealmente num quarto com pressão negativa com 6 a 12 renovações de ar por hora, descarga para o exterior com filtros HEPA, ou filtros de ar portátil (Hospigard ou IQAir) e manter as janelas e portas sempre fechadas
 - Usar máscara P2 para entrar no quarto
 - Restringir o transporte do doente ao estritamente necessário. Se por algum motivo o doente tiver necessidade de permanecer algum tempo fora do quarto de isolamento, deve manter colocada máscara cirúrgica com ajuste facial tipo "bico de pato".

Precauções de aerossóis

- Após a alta do doente, durante 2h deve manter-se em funcionamento os sistemas de ventilação com Pressão negativa ou Hospi gard e a limpeza só deve ser efetuada após este tempo. Se for necessário entrar na sala durante este período deve usar-se máscara P2.
- EX: Tuberculose pulmonar ou faríngea, sarampo, varicela e rubéola.

- # Precauções de aerossóis
- Após a alta do doente, durante 2h deve manter-se em funcionamento os sistemas de ventilação com Pressão negativa ou Hospi gard e a limpeza só deve ser efetuada após este tempo. Se for necessário entrar na sala durante este período deve usar-se máscara P2.
 - EX: Tuberculose pulmonar ou faríngea, sarampo, varicela e rubéola.



Precauções de gotícula

- Aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas (partículas de dimensão >5 mm) que podem ser emitidas pelo doente ao tossir, espirrar, falar ou durante procedimentos geradores de gotículas como aspiração de secreções, broncoscopia ou cinesiterapia respiratória. Pelo seu peso, habitualmente as gotículas precipitam-se a menos de 1m do emissor." (Chuporto, 2018)

Precauções de gotícula

- Isolamento do doente, se possível num quarto individual, ou com uma distância superior a 1m entre doentes
- Não são necessárias medidas de tratamento do ar nem ventilação. Se estiver em quarto a porta pode permanecer aberta.
- A máscara usada deve resistir a fluidos com viseira e óculos de proteção e a indicação da sua utilização é para contactos inferiores a 1m do doente ou execução de procedimentos geradores de gotículas.

Precauções de gotícula

- A circulação do doente deve ser limitada, contudo se esta for imprescindível deverá ser usar máscara cirúrgica
- Ensinar o doente a cumprir a normas de etiqueta respiratória como forma contenção as gotículas.
- EXEMPLOS: meningite, difteria, pertussis, gripe ou outras infeções respiratórias (exceto tuberculose pulmonar ou laringea)
- A precipitação de gotículas e o contacto frequente com secreções motivam a transmissão direta de microrganismos, assim, devem também ser instituídas PRECAUÇÕES DE CONTACTO.



Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT)



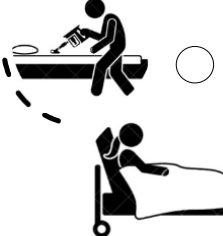
- **Utentes e Visitas**
 - Conscientização do doente e família da necessidade de adesão às medidas de isolamento.
 - Deve ser dada atenção especial à higiene das mãos e utilização correta dos EPI.
 - Disponibilizar canções e material apropriado para o cumprimento das precauções de isolamento e informação/ensino/supervisão da sua adequada utilização.
 - Alertar para a importância de evitar contacto entre doentes e unidades.
 - Esclarecer e ensinar a importância de restrição do número de visitas e de evitar visitantes imunocomprometidos.
 - Insistir sobre cuidados na limpeza de objetos pessoais do doente, nomeadamente lavagem da roupa em casa.

Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT)



- **Higiene e Limpeza/Descontaminação de superfícies e equipamentos**
 - Todos os equipamentos devem ser desinfectados ao doente.
 - As unidades de isolamento apenas deverão ter o material essencial para a limpeza, ser fechadas, e desmontar e desinfectar.
 - A limpeza e desinfeção das superfícies e equipamentos no espaço alocado ao isolamento cumpre os princípios gerais, contudo, a frequência de descontaminação de superfícies de toque frequente deve ser aumentada.
 - O espaço de entrada tem que ser individualizado e higienizado em utilização.
 - Os alimentos de alimentação devem recolher-se por último e devem ser colocados imediatamente em saco fechado, não devem ser utilizados lavos no transporte de carga. A roupa deve ser sempre tratada como potencialmente contaminada, sendo por isso e sujeita a um ciclo de desinfeção.
 - A roupa utilizada pelo doente e os resíduos provenientes da prática de cuidados devem ser retirados do local de isolamento em saco fechado, tendo em conta as precauções básicas.

Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT)



Transporte de doentes em isolamento de contenção ou suspeita de infeção

- se for imperativo a saída da área de isolamento, o doente deve usar máscara cirúrgica com ajuste facial tipo bico de pato (em caso de transmissão por aerossóis ou gotículas) e pijama lavado.
- A roupa de cama deve ser substituída e as grades da cama devem ser limpas com álcool. Se estes requisitos forem cumpridos, quem vai acompanhar o transporte apenas necessita de higienizar as mãos.
- A deslocação dos doentes deve ser programada de forma a limitar ao mínimo o tempo de espera.

Precauções Baseadas na Vias de Transmissão (PBVT)

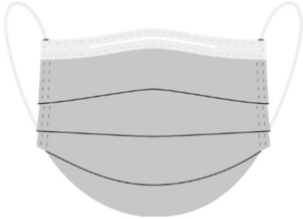
Transporte de doentes em isolamento de contenção ou suspeita de infecção

- Se o doente se deslocar de ambulância ou outro carro de transporte, os colaboradores deverão ser informados e instruídos acerca das medidas de proteção/prevenção (uso de barreiras protetoras, limpeza/desinfecção das superfícies e cuidados com o material e equipamento mais indicados conforme o tipo de isolamento instituído).



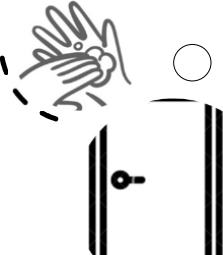
Precauções de isolamento de proteção

"conjunto de medidas destinadas a prevenir infecções em pessoas imunocomprometidas quer pela natureza da sua própria doença, quer pela imunossupressão induzida por terapêuticas: a que têm que ser sujeitos. Estas pessoas deverão ser alojadas em quarto com Pressão Positiva" Chuportto 2018



Precauções de isolamento de proteção

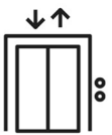
- Quarto e com janelas e portas fechadas
- Utilização de máscara cirúrgica sempre que se entra na unidade de isolamento
- Higienização das mãos antes de entrar no ambiente do doente
- A unidade deve ser limpa e desinfetada pelo menos uma vez por dia e em SOS, com material individualizado
- As visitas devem ser restritas



Precauções de isolamento de proteção

Transporte do doente em isolamento de proteção:

- Limitar as saídas do quarto ao estritamente necessário
- sempre que o doente sair do quarto colocar protetor respiratório tipo P1
- Ao regressar, o doente deverá vestir pijama lavado, a roupa da cama deverá ser trocada e as grades da cama higienizadas
- Programar a saída de forma a reduzir os períodos de espera, por ex. a marcação de exames para o início da lista, devendo o doente ser transportado diretamente para o exame sem permanecer na sala de espera.
- Se o transporte for efetuado de ambulância é necessário de os profissionais sejam informados das condições do doente e sejam instruídos acerca das medidas de proteção.



O conhecimento adequado de todas as recomendações para a prevenção e controle de infecção no que se refere aos modos de transmissão são fundamentais entre os profissionais de saúde, mas é indispensável a adesão do profissional a todas as medidas aconselhadas implicando por isso um uso correto das medidas de precaução e isolamento por parte de todos os profissionais.



Assim, as instituições, além de possuírem equipamentos e material adequados, devem contar com profissionais capacitados para garantir os princípios técnicos e científicos respeitantes ao controle das IACS, destacando-se os enfermeiros. A figura do Enfermeiro é primordial uma vez que que é a classe de enfermagem que está presente 24h/dia no cuidado ao doente (Faria et al., 2019).



Bibliografia

