

Diogo Francisco Araújo Mota

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção
de Local Cirúrgico

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Diogo Francisco Araújo Mota

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção
de Local Cirúrgico

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Diogo Francisco Araújo Mota

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção
de Local Cirúrgico

(Diogo Francisco Araújo Mota)

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciado em enfermagem

Resumo

A infecção associada aos cuidados de saúde é um problema crescente nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Nem todas as infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida se conseguirmos sensibilizar os profissionais de saúde na adoção de boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção, nomeadamente na adesão aos feixes de intervenção na prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.

Não obstante, reconhece-se que ainda permanece como um desafio a identificação de mecanismos promotores da adesão dos profissionais às práticas recomendadas. Com este estudo pretendeu-se estudar: Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Este estudo tem como objetivo geral, avaliar a conformidade das praticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções. Definiu-se ainda como objetivos específicos, identificar a efetividade do cumprimento das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC, identificar situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC, identificar as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC, calcular a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC.

A presente investigação científica segue os passos do estudo quantitativo do tipo descritivo, transversal. Na colheita de dados recorreu-se à aplicação de um questionário, sendo o público-alvo os enfermeiros do Bloco Operatório Central, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Posteriormente os dados foram submetidos a análise estatística.

Os resultados obtidos demonstram que relativamente à idade da amostra esta varia entre os 25 e 54 anos, a média é de 41,9 anos. A amostra é constituída essencialmente pelo género feminino, sendo que este corresponde a 66,7%. A maioria dos participantes são casados, constituindo assim, 66,7%. A média em anos de experiencia profissional é de

18,4 anos, sendo a média de experiência profissional no atual serviço de 12,7 anos. Têm com habilitação literária a licenciatura em Enfermagem, 25 profissionais de saúde (92,6%), a maioria frequentou formação específica em controlo de Infecção, 19 (70,4%), contudo 8 profissionais (29,6%) não realizou formação específica na área de controlo da infeção. A adesão dos enfermeiros as boas praticas é de 50% e de não adesão é de 40%.

Conclui-se que a formação e a experiência profissional têm relação preponderante com o controlo e prevenção da infeção do local cirúrgico. Surge daí necessidade de sensibilizar os gestores das unidades hospitalares e os enfermeiros em particular para a contínua formação dos profissionais de saúde no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente.

Palavras Chaves: Adesão; Profissionais de Saúde; Feixe de intervenções; Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico;

Abstract

Infections associated to health care is a growing problem in institutions which provide health care. Not all infections associated to health care are avoidable, however, a significant proportion can be prevented if we sharpen the awareness of health professionals to the adoption of good practice in the context of the prevention and control of infection, namely in the adhesion to the measures of intervention in the prevention of infection in the surgical site.

Nonetheless, the identification of the mechanisms which promote the adhesion of health professionals to recommended practice continues to be a challenge. The aim of this study is: To examine the adhesion of health professionals to “Measures of Intervention” in the Prevention of Infection in the Surgical Site.

This study has the general aim of evaluating observance of the practices of prevention and control of infection by the implementation of measures of intervention. Furthermore, as specific objectives, we aim to identify the efficacy of the observance of the practices of prevention and control of infection by the implementation of the measures of intervention of the ILC, identify situations of non-observance of the practices of the prevention and control of infection related to the measures of intervention of the ILC, identify the causes of non-observance of the practices of prevention and control of infection related to the measures of implementation of the ILC, calculate the rate of adhesion to/observance of the practices of prevention and control of infection related to the measures of intervention of the ILC.

The present scientific investigation follows the steps of a quantitative study of a descriptive cross-sectional type. To gather the data a questionnaire was used, the target group for the study being the nurses from the Central Operating Theatres of the Centro Hospitalar of Vila Nova de Gaia. The data was then subjected to statistical analysis.

The results obtained demonstrate a variation according to the age of the sample group, this being between 25 and 54 years of age, the average being 41.9. The sample group is made up mainly of those of the female sex, this corresponding to 66.7%. Most of the

participants are married, corresponding to 66.7%. The average in terms of number of years of professional experience is 18.4 years, the average of number of years working in the present place of work being 12.7% years. 25 of the health professionals are nurses with Degree in Nursing being their qualification (92.6%), the majority attended specific training on the control of infection. 19 nurses (70.45). However, 8 professionals (29.6%) had not undertaken specific training in the control of infection (29.6%). The adhesion of the nurses to good practice was 50% and that of non-adherence, 40%.

It was concluded that training and professional experience have an overriding relationship to the control and prevention of infection in the surgical site. Based on this, there emerges the need to raise the awareness of hospital managers, and nurses in particular, to continue to train health professionals with the aim of improving the care given and the safety of the patient. .

Key words: Adhesion; Health Professionals, Measures of Intervention, Prevention of Infection in the Surgical Site.

DEDICATORIA

Aos meus pais, ao meu irmão e à minha família pelo constante apoio, motivação e desafio que me ofereceram para concluir a licenciatura em Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Todo o percurso realizado, todas as aprendizagens adquiridas e todas as experiências vivenciadas, ao longo da Licenciatura em Enfermagem, devem-se a um conjunto de pessoas que para eles contribuíram. É a este conjunto de pessoas que pretendo agradecer do fundo do coração, pelo apoio incondicional, pela alegria, pela transmissão de conhecimentos e pela contínua presença durante todo o percurso académico.

Aos meus pais, um sincero obrigado. Sem os mesmos não me seria possível concluir a Licenciatura em Enfermagem. Agradeço pelo apoio incondicional, pelo ânimo transmitido e pelo esforço constante, para que este percurso terminasse com satisfação. Sem a vossa confiança o mesmo não seria possível.

A minha tia Rita, que sempre me apoiaste, asseguraste sempre uma base segura de confiança, pelo que, só te tenho a agradecer.

Ao meu irmão Pedro Mota, companheiro de casa, amigo, um muito obrigado por me aturares ao longo deste percurso, sei que não foi fácil, mas sempre estiveste presente para mim, sem nunca me abandonar.

A ti, Tânia Meneses, um profundo obrigado. Estiveste presente nos momentos de maior angústia e contribuíste para que fossem ultrapassados com maior eficácia. Agradeço-te toda a partilha de conhecimento e todo o apoio disponibilizado durante todos estes dias, semanas, meses e anos. Obrigado por tudo o que partilhamos, por tudo o que vivemos.

Aos amigos pela presença constante e pelo apoio incondicional. Estiveram presentes durante todo o percurso académico, tendo-me transmitido força e coragem para ultrapassar todas as dificuldades encontradas.

À minha orientadora do Projeto de Graduação, Professora Margarida Ferreira, agradeço todo o tempo dispensado para o esclarecimento de dúvidas e por todos os ensinamentos transmitidos.

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Aos auxiliares pedagógicos, professores e orientadores pela disponibilidade e pela transmissão de conhecimento.

Agradeço a cada um na sua singularidade pela contribuição para a realização deste sonho, obter a Licenciatura em Enfermagem.

Tudo aquilo que sou, ou pretendo ser, devo a vocês.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CHVNG - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

DGS - Direção Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IH - Infecção Hospitalar

IIP - Infecção Incisional Profunda

IIS - Infecção Incisional Superficial

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

IN - Infecção Nosocomial

IOE - Infecção em Órgão ou Espaço

ISC - Infecção do Sítio Cirúrgico

NHSN - National Healthcare Safety Network

OMS - Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. FASE CONCEPTUAL.....	4
1. O problema de investigação	5
i. Questão de Investigação.....	5
ii. Objetivos e Questões.....	7
2. Revisão da literatura.....	9
i. Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.....	10
ii. Infecção de local Cirúrgico	12
iii. Classificação da ILC	13
iv. Classificação da ferida cirúrgica	14
v. Adesão as recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.....	15
II. Fase Metodológica	19
1. Desenho de investigação	19
i. Tipo de estudo	20
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	21
iii. Variáveis de estudo	23
iv. Instrumento de recolha de dados	25
v. Tratamento e apresentação dos dados	26
2. Salvaguarda dos princípios éticos	26
III. Fase Empírica.....	29
1.- Conclusão do estudo	37
Conclusão.....	38
Referência Bibliográfica	40
Anexos.....	43
Anexo I - Questionário.....	1
Anexos II – Requerimento ao Presidente da CES.....	7
Anexos III – Requerimento ao Presidente do CA	9
Anexos IV - Projecto.....	11
Anexos V – Consentimento Informado.....	20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Idade.....	30
Tabela II. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da idade dos profissionais de saúde.....	30
Tabela III. Distribuição dos profissionais de saúde em função do Género.....	31
Tabela IV. Distribuição dos profissionais de saúde em função do Estado Civil.....	32
Tabela V. Distribuição dos profissionais de saúde em função das Habilitações Literárias.....	32
Tabela VI. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Categoria profissional.....	33
Tabela VII. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão dos anos da Experiencia profissional dos profissionais de saúde.....	33
Tabela VIII. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Formação específica em controlo de Infecção.....	33
Tabela IX. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Implementação Integrada do “Feixe de Intervenções”.....	34
Tabela X. Adesão e Não Adesão ao feixe de intervenções.....	36

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico I. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Idade.....	30
Gráfico II. Distribuição dos profissionais de saúde em função do Género.....	31

INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina Projeto de Graduação, do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, no ano letivo de 2016/2017, foi proposta a elaboração de um projeto de investigação, com a finalidade de desenvolver e aprofundar os saberes adquiridos ao longo do curso, na área da Investigação.

É indiscutível a necessidade de investigação para o desenvolvimento de qualquer profissão, cujas práticas assentem em bases científicas. A Enfermagem sendo uma profissão em constante evolução, é necessário haver uma atualização permanente de conhecimentos. A Enfermagem é reconhecida por todos como uma profissão em mudança, vivendo uma encruzilhada de opiniões e pontos de vista que só podem contribuir para a evolução da profissão.

Segundo Fortin (2009), a investigação em enfermagem resgata um papel relevante no estabelecimento de uma base científica para conduzir a prática dos cuidados. A investigação em enfermagem surge com Florence Nightingale, cujas ideias centrais da sua conceção são a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Ainda de acordo com o mesmo autor o domínio da investigação em ciências de enfermagem corresponde sensivelmente aos conceitos próprios da enfermagem que são a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem e as relações entre eles, representando, deste modo, uma prioridade como parte integrante da formação profissional.

A investigação em enfermagem é uma vertente que urge desenvolver para que a encruzilhada seja benéfica, com o intuito de cuidarmos melhor dos que nos rodeiam.

É nesta linha de pensamento que surge o interesse em estudar: Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Com a realização do presente projeto de investigação, pretende-se contribuir para a sensibilização dos profissionais da importância da adesão às bundles ou “feixe de intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico de forma a contribuir para a redução ou minimização das Infecções Nosocomiais e conseqüentemente, para a melhoria dos cuidados de forma a cooperar para a mudança de comportamentos nas práticas de controlo de infeção.

Esta por si só, contribui para a interrupção da propagação de microrganismos, do utente para o profissional e entre os profissionais de saúde, prevenindo assim as infeções adquiridas a nível hospitalar, ou seja, as Infecções Nosocomiais que se traduzem por negligência dos profissionais de saúde perante os cuidados a prestar.

A incidência das Infecções Nosocomiais, diminui consideravelmente se o profissional de saúde realizarem corretamente as técnicas de assepsia, ou seja, a incidência da Infecção Nosocomial é representativa da qualidade dos cuidados prestados. Para que as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde sejam prevenidas, ou até mesmo controladas, exige-se por parte dos profissionais de saúde a prática de normas rígidas, tendo sempre em consideração a disciplina e a educação.

Para iniciar uma investigação é necessário que se tracem os objetivos no sentido de uma melhor condução da mesma. Assim sendo, o que se pretende com este estudo é: avaliar a conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela adesão dos Profissionais de Saúde á implementação de um feixe de intervenções.

O presente projeto encontra-se assim repartido em quatro fases: concetual, metodológica, fase empírica e discussão dos resultados.

A fase concetual evolve o enquadramento teórico, onde serão reunidos um conjunto de pesquisas da literatura, elaboradas por vários autores. Esta fase permite, para além de um aprofundamento teórico, a origem e definição de questões que o autor do projeto pretende investigar e permite definir o domínio de investigação, delimitando a mesma.

A fase metodológica permite delinear todo o desenho de investigação, isto é, definir o tipo de estudo, a população-alvo, a amostra e o processo de amostragem, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha e respetivo pré-teste, inclusive, decidir como é que os dados irão ser tratados e apresentados. Nesta fase do trabalho de investigação encontram-se implícitos alguns princípios éticos que o autor terá que ter em conta na recolha de dados.

Ao longo da fase empírica serão apresentados todos os dados obtidos e devidamente interpretados, podendo de seguida, na discussão dos resultados, permitir a possibilidade de concluir e responder às questões inicialmente colocadas.

Será utilizada uma metodologia descritiva exploratória, quantitativa e transversal, sendo utilizado para a colheita de dados um questionário da Direção Geral de Saúde, inerente ao “feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico no Bloco Operatório Central do CHVNG/Espinho.

I. FASE CONCEPTUAL

Segundo Fortin (2009) a fase conceptual é a fase que consiste, (...) em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, fórmula ideias e recolhe a documentação sobre o tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema.

Quivy (2008) considera a fase conceptual como uma fase de rutura. Este autor afirma que a rutura consiste precisamente em romper com os preconceitos e as falsas evidências, que somente nos dão a ilusão de compreendermos as coisas.

A revisão da literatura é considerada de particular importância nesta fase, pois irá permitir a identificação precisa e sustentada do problema. Ela é crucial pois permite formular uma questão de investigação bem delimitada e sustentada. Por sua vez também permite o conhecimento de estudos anteriores desenvolvidos e relacionados com o domínio da temática a desenvolver, contribuindo para a definição da questão, dos objetivos e tipologia de estudo que vá dar resposta á questão. (Freixo, 2011)

Esta fase subdivide-se em varias etapas, nomeadamente na seleção e formulação do problema de investigação, complementa-se com uma revisão da literatura que nos permite elaborar um quadro de referencia e tração os objetivos do nosso estudo, que consistem no fio condutor da investigação.

Desta forma, constatou-se que a fase conceptual tem como principal meta formular ideias e documenta-las, sendo necessário aprender a pensar, a questionar, a encontrar respostas e a verificar a veracidade dessas respostas, para que a investigação tenha sucesso. Após uma ampla revisão da literatura, efetuou-se a escolha do tema, bem como a formulação do problema de investigação, questões, objetivos e elaboração da revisão de literatura.

1. O problema de investigação

De acordo com Fortin (2009), “um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação. Uma situação pode ser considerada como problemática quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável”.

Todo o problema de investigação tem como ponto de partida um problema que nos inquieta e ao qual somos sensíveis e para o qual pretendemos encontrar uma explicação.

Nesta sequencia logica de pensamento definiu-se como problema de investigação a estudar a “Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico”.

A motivação para a realização deste trabalho baseado na prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC), surge baseada no conhecimento adquirido por leituras, e pela pratica clinica baseada em ensinios clínicos sobre a problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), as quais se incluem entre as complicações mais frequentes da hospitalização. Nestas temos a situação particular da ILC, que para além de causar elevados índices de mortalidade e morbilidade, aumento dos custos em Saúde, provocados por este tipo de infeção, interfere na qualidade de vida dos utentes hospitalizados e na qualidade dos cuidados.

Considera-se também ser esta, uma área de intervenção prioritária dos enfermeiros, podendo desta forma contribuir para a minimização da infeção, melhoria da qualidade de cuidados e qualidade de vida dos nossos utentes.

i. Questão de Investigação

A questão de partida é o primeiro passo de um trabalho de investigação e é apartir desta que todo o trabalho de desenvolve. A sua construção deve respeitar parâmetros como pertinência e clareza, sendo susceptível de produzir informação na área científica da investigação. (Quivy e Campenhoudt, 2008)

Segundo Fortin, (2009):

A formulação da questão constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar.

Deste modo, como Fortin, (2009) argumenta, “as questões de investigação são as que pressupõem um processo científico suscetível de fornecer conhecimentos generalizáveis.”

Fortin (2009), refere que o problema de investigação se articula com a questão precisa a qual tem relação com o domínio de interesse.

O domínio de interesse neste estudo situa-se na área de Prevenção e Controlo de infeção de Local Cirúrgico. O problema de investigação formulado anteriormente foi a “Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico”. De forma a articular o domínio, a problemática e questão de investigação que vá de encontro ás nossas incertezas elaborou-se a seguinte a questão: **Qual a Adesão dos Profissionais de Saúde ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico?**

Através desta questão pretende-se averiguar se os profissionais de saúde aderem à utilização de um conjunto de intervenções que, quando implementadas de forma integrada, promovem melhores resultados na minimização da infeção do local cirúrgico.

Deste modo é importante a adequada utilização de antibióticos e também a associação de medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente os feixes de intervenção.

ii. Objetivos e Questões

Ao dar início a qualquer estudo é relevante definir os seus objetivos, pois é um fator essencial para que se possa prosseguir com o estudo e se saiba o que realmente se quer estudar. E ao traçar os objetivos estes dão resposta a três perguntas: Para quê? Para quem? e Porquê?

O objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. De acordo com o tipo de investigação formular-se-ão as questões ou as hipóteses. Portanto, indicam claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decorrer do estudo e orientam a direção a seguir para realizar a pesquisa com rigor e credibilidade.

Segundo Fortin, (2003), “O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Pretende-se com este trabalho de investigação avaliar a conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela adesão dos Profissionais de Saúde á implementação de um feixe de intervenções.

Deste modo, os objetivos específicos delineados para este estudo são:

- Identificar a efetividade do cumprimento das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;
- Identificar situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;
- Identificar as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;

- Calcular a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;

As questões de investigação “(...) são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.” Estas necessitam das variáveis descritas para verificar a relação entre as mesmas e são um enunciado interrogativo preciso, escrito no presente, que incluem as variáveis e a população estudada. (Fortin, 2003)

Ainda segundo a autora, se existem poucos estudos científicos sobre a temática, o investigador enuncia questões gerais em lugar de estabelecer relações entre as variáveis.

Fortin (2003), refere que existem duas partes numa questão de investigação: o domínio e a questão pivô.

Segundo Fortin (2009), o domínio é o aspeto geral do problema que se quer estudar. Pode representar atitudes, comportamentos, crenças, populações, problemas clínicos particulares, observações, conceitos, etc., e provirem de diversas fontes.

Assim, para melhor orientar o levantamento dos dados e obter um maior esclarecimento do problema em estudo, com a delimitação do problema, durante a pesquisa bibliográfica e o objetivo de contextualizar o trabalho, surgiram algumas interrogações à volta da área temática em estudo. Desta forma levantaram-se as seguintes questões que iram dar resposta aos objetivos e a questão de investigação:

Questão 1: Será que os profissionais de saúde cumprem efetivamente as práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;

Questão 2: Quais as situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;

Questão 3: Quais as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controle da infecção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;

Questão 4: Qual a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controle da infecção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;

2. Revisão da literatura

Uma investigação tem sempre um ponto de partida que vai de encontro à problemática e à questão imposta, que necessita de uma explicação ou compreensão de determinada incidência. (Fortin, 2009)

O mesmo autor, afirma que a revisão bibliográfica é imprescindível em todas as etapas de conceitualização da investigação, no sentido em que ela antecede, acompanha ou segue a formulação de questões de investigação.

Segundo Fortin, (2009):

para delimitar o tema, o investigador procede a uma revisão inicial da literatura que lhe permita conhecer o que foi escrito sobre o assunto e em consequência modificar a orientação da sua investigação.

Por sua vez, Fortin, (2009), refere que, “(...) a segunda fase consiste em fazer o inventário das obras ou dos artigos sobre o assunto.”

Uma vez que este estudo vai ser centrado na adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, será feita uma abordagem acerca da infecção associada aos cuidados de saúde/infecção nosocomial, acerca da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e, da adesão dos profissionais de saúde à implementação de medidas corretivas visando diminuir a incidência da ILC.

i. Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde, com elevados custos associados e elevada morbi-mortalidade. (Pina et al., 2010).

Face ao que se tem vindo a verificar em Portugal, é de realçar que as IACS são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior importância.

Com o aumento da esperança média de vida, surgem também tecnologias cada vez mais invasivas, há um maior número de doentes em programas de terapêutica imunossupressora, menos enfermeiros a cuidar dos doentes, ambientes de prática pouco favoráveis, são fatores que também o risco de infecção.

Estas infecções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um dos indicadores de qualidade dos cuidados (Silva, 2008).

É um problema escondido, transversal que nenhuma instituição ou país ainda conseguiu resolver. Em cada ano, centenas de milhares de doentes em todo o mundo são afetados por estas infecções, sendo considerado o evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados, em todo o mundo (Pina et al., 2010).

Neste sentido, é importante adotar medidas de prevenção e controlo de infecção, muitas delas medidas simples, de baixo custo e efetivas, como a lavagem das mãos, que exigem apenas a responsabilização e a mudança de comportamentos dos profissionais (Costa, 2011).

Entende-se por IACS uma infecção localizada ou sistémica, resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina. Pode ser detetada durante o internamento, quando excluídas as infecções presentes ou em período de incubação à data da admissão, ou após alta hospitalar quando o período de incubação indicia um contágio durante o internamento ou contato com um serviço de saúde (Klevens et al., 2007).

Pina e Peres (2008) consideram que o termo “infecção nosocomial” foi permutado por “infecção associada aos cuidados de saúde” (IACS) como resultado da transição dos cuidados de saúde prestados essencialmente por instituições de cuidados agudos para outros cenários onde estes também são prestados (cuidados domiciliários, ambulatório ou lares residenciais), criando desta forma, a necessidade de recomendações aplicadas também a esses ambientes, mantendo a adesão a princípios comuns da prática de controlo de infeção.

As IACS podem ser causadas por agentes infecciosos endógenos ou exógenos. As endógenas provêm de fontes do organismo habitualmente colonizado por microrganismos (ex. pele, nariz, boca, trato gastrointestinal, vagina). Por outro lado, as exógenas provêm de fontes externas ao doente (ex. ambiente profissionais de saúde, visitas, equipamento, dispositivos médicos).

As IACS são, portanto, situações clínicas resultantes de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos ou das suas toxinas, sem que haja evidência de que a infeção esteja presente ou em fase de incubação, no momento do internamento (Direção Geral da Saúde, DGS, 2009).

Não sendo um problema novo, as IACS, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo, uma vez que, à medida que a esperança de vida aumenta e que se encontram ao dispor tecnologias cada vez mais invasivas, bem como um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Segundo a mesma autora, estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (Silva, 2008).

Neste contexto emerge a necessidade de adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, muitas delas passam por medidas simples, de baixo custo e efetivas, como a lavagem das mãos, que exigem apenas a sensibilização, responsabilização e a mudança de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais (Costa, 2011).

ii. Infecção de local Cirúrgico

As infecções do local cirúrgico (ILC) são reconhecidas internacionalmente como causas importantes de morbidade e mortalidade, implicando elevados custos hospitalares, estando entre as três mais importantes.

De acordo com dados fornecidos pelo CDC, estima-se que nos EUA são realizadas, anualmente, cerca de 27 milhões de intervenções cirúrgicas. São a terceira maior causa relatada de infecção nosocomial, sendo responsável por 14% a 16% de todas as infecções nosocomiais entre doentes hospitalizados (Mangram et al., 1999).

país, de acordo com dados disponibilizados pelo estudo de prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses, de um total de 5587 procedimentos cirúrgicos registados, 4418 (79%) correspondiam a procedimentos segundo códigos *National Healthcare Safety Network* (NHSN), em que são incluídas cirurgias com pelo menos uma incisão na pele ou mucosas, incluindo a abordagem laparoscópica e em que há encerramento primário (Pina et al., 2013).

Adicionalmente, foram registados mais 1169 procedimentos não-NHSN, incluindo cirurgias minimamente invasivas. A infecção do local cirúrgico (ILC) foi a terceira mais frequente, com uma taxa de prevalência de 2,1% dos doentes estudados, representando 18% das IH. Do total das ILC, um terço tratou-se de infecção incisional profunda e 41,8% de infecção de órgão/espaco. Em 52,8% dos casos houve confirmação etiológica da infecção (Pina et al., 2013).

No que concerne aos fatores de risco, podem ser divididos de modo amplo em dois grandes grupos: os que dependem do doente em causa, onde se destacam variáveis como a idade (crianças e idosos, principalmente), diabetes, tabagismo, desnutrição e obesidade, infecções coexistentes, colonização pré-operatória por *Staphylococcus Aureus* e resposta imunitária alterada devido a estados neoplásicos ou quimioterapia (CCIH-CHUC, 2010).

Por outro lado, há fatores dependentes dos cuidados pré e intra-operatórios, como sejam o tempo de internamento (quanto maior for, maior o risco de infecção), tricotomia (deve

ser efectuada o mais perto possível da hora da cirurgia), procedimentos e grau de contaminação da cirurgia, duração da mesma, profilaxia antibiótica, entre outros (Mangram et al., 1999).

A prevenção deste tipo de infecção deverá obedecer a um conjunto de medidas que o CDC propõe e categoriza. Assim, numa primeira fase, que corresponde ao pré-operatório, há um determinado conjunto de normas e regras que deverão ser respeitadas aquando da preparação do doente. Poderemos destacar aspetos como o controlo do nível glicémico em caso de doentes diabéticos, o banho pré-operatório com solução antisséptica, reduzir a estadia pré-operatória dentro do possível, entre outros. Há também que ter cuidados em relação à preparação antisséptica dos elementos da equipa cirúrgica, onde se destacam os procedimentos de lavagem das mãos. Outros pontos-chave que não deverão ser descuidados prendem-se com a gestão da equipa cirúrgica que esteja infetada ou colonizada e ainda a profilaxia antimicrobiana (Mangram et al., 1999).

Numa segunda fase, que corresponde ao intra-operatório, o alvo das atenções deverá centrar-se em procedimentos fundamentais como a ventilação da sala operatória, a lavagem e descontaminação das superfícies, exames microbiológicos, esterilização de instrumentos cirúrgicos, fardamento, assepsia e técnica cirúrgica, entre outros.

Numa última fase, as atenções deverão ser dirigidas principalmente aos cuidados a ter com a ferida cirúrgica, com procedimentos que incluam a proteção da mesma com pensos esterilizados, utilização de técnica asséptica na realização dos pensos e higienização das mãos (CCIH-CHUC, 2010).

iii. **Classificação da ILC**

O CDC classifica a ILC em três tipos, de acordo com a sua localização, que segue também uma sequência crescente no nível de gravidade – Infecção Incisional Superficial (IIS), afeta a pele e o tecido celular subcutâneo, Infecção Incisional Profunda (IIP), afeta o plano fascial e/ou muscular e Infecção em Órgão ou Espaço (IOE), envolve qualquer outra parte da anatomia que não a incisão aberta ou manipulada durante o procedimento cirúrgico.

De acordo com Gomes (2013), a infecção incisional superficial ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia, envolve a pele e o tecido celular subcutâneo da incisão e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: - Drenagem purulenta da incisão superficial (com ou sem confirmação laboratorial); - Cultura positiva de líquido ou tecido (colheita asséptica); - Sinais e sintomas clássicos de infecção (dor, rubor, tumefação local e calor). Esta pode ser primária (infecção na incisão primária em doente com mais do que uma incisão) ou secundária (infecção na incisão secundária em doentes com mais incisões), (PNCI & ECDC,2011).

A infecção incisional profunda ocorre no prazo de 30 dias após a cirurgia no caso de não ter sido utilizado implantes ou no prazo de 1 ano se for utilizado implante, envolve os planos profundos da incisão (aponevrose e musculo), apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: - Drenagem purulenta da incisão; - Deiscência espontânea da sutura ou abertura deliberada da mesma pelo médico quando o doente apresenta pelo menos um dos sintomas – febre ($> 38^{\circ}$), dor localizada ou dor à palpação; - Abscesso ou evidência de infecção (exame clínico, histológico, radiológico). (PNCI & ECDC,2011)

A infecção de um órgão ou espaço (no prazo de 30 dias após a cirurgia no caso de não ter sido utilizado implantes ou no prazo de 1 ano se for utilizado implante), envolve qualquer local que tenha sido manipulado durante a intervenção com exceção da incisão, apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: - Drenagem purulenta por dreno colocado no Órgão/Espaço; - Cultura positiva do tecido ou líquido do órgão ou espaço (colheita asséptica); - Abscesso ou evidência de infecção (exame clínico, recuperação, histológico, radiológico). (PNCI & ECDC,2011)

iv. **Classificação da ferida cirúrgica**

As feridas são classificadas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica, seguindo as definições do CDC e do Plano Nacional de Controlo de Infecção. (PNCI, 2004).

FERIDA LIMPA - é uma ferida operatória não infetada em que não se encontra inflamação e não se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária. Para além

disso, a ferida limpa é encerrada primariamente e, se necessário, com uma drenagem em circuito fechado. As incisões cirúrgicas após traumatismos não penetrantes devem ser incluídas nesta categoria. (PNCI, 2004).

FERIDA LIMPA-CONTAMINADA - é a ferida operatória em que se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária não infetadas em condições controladas e sem contaminação não usual. Especificamente as cirurgias da via biliar, apêndice, vagina e orofaringe estão incluídas nesta categoria desde que não haja evidência de infecção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica estéril. (PNCI, 2004).

FERIDA CONTAMINADA - inclui feridas acidentais, abertas, recentes. Também inclui as cirurgias em que se verificou uma quebra da técnica estéril ou derrame significativo da via gastrointestinal, e as incisões onde se verificou inflamação aguda, não purulenta. (PNCI, 2004).

FERIDA SUJA OU INFECTADA - inclui feridas traumáticas antigas com retenção de tecido desvitalizado e aquelas em há infecção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causando infecção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia. (PNCI, 2004).

v. Adesão as recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

A incidência da infecção do local cirúrgico varia entre os diversos serviços e especialidades e depende da qualidade das medidas de prevenção e controle adotados.

Os custos diretos e indiretos, representados por esta infecção, particularmente representados pela interrupção da produção por parte do utente infetado, acrescido pela incapacidade, morbidade e mortalidade, não negligenciando os custos intangíveis movidos pelos distúrbios provocados pela dor, mal-estar e isolamento, sofrimentos experimentados pelo utente, difíceis de avaliar economicamente, merecem toda a nosso empenho na adesão aos feixes de intervenção.

De acordo com a atualização da DGS - Norma nº020/2015 de 15/12/2015, relativa ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, a administração de antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica deve ser administrada sempre que indicado dentro dos 60 minutos anteriores a incisão cirúrgica, em dose única ou durante no máximo de 24 horas de acordo com a norma de 2013.

As recomendações inerentes à prevenção das IACS relativas à ILC no Intraoperatório passam pela Preparação do local cirúrgico com solução antisséptica, cobrindo uma área suficientemente alargada para permitir a colocação de drenos ou um alargamento da 27 incisão. O antisséptico usado deve ser orientado pela CCI. Existem antissépticos aquosos e de solução alcoólica sendo este último mais eficaz e de acção mais rápida. - Duração da intervenção é um factor de risco, (quanto maior o tempo de exposição dos tecidos, maior o risco de aero-bio-contaminação).

São ainda recomendações peri-operatórias da DGS (2015), a manutenção da normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}$ C) e manutenção da glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

Nessa perspetiva, o conhecimento dos preditores permite adotar medidas de prevenção, com o intuito de encontrar mudanças na forma como se presta assistência ao utente cirúrgico.

Como medidas de prevenção da ILC no pós-operatório e indo de encontro a norma da DGS N°024/2013, salientamos:

- Proteger a incisão encerrada primariamente, com penso estéril e técnica assética, durante as primeiras 48 horas.
- Higienizar as mãos antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contacto com o local da incisão.
- Quando for necessário fazer penso, substituir o mesmo com técnica assética.
- Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta).

- Enviar carta de alta ao médico de família (se o doente vai ser seguido no domicílio) ou ao médico da unidade de cuidados continuados integrados (se o doente for transferido para uma destas Unidades), solicitando a informação de retorno ao Hospital (dirigido à comissão de controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos), se surgir infeção pós-alta. Esta informação é fundamental para garantir a fiabilidade dos dados da vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico (ILC).

Conforme temos vindo a verificar, nos últimos anos têm surgido algumas estratégias que visam a prevenção da ILC, das quais se destaca o conceito de Bundles of Care. *Bundles*, que aqui se traduzem para “feixes”, são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. (DGS, 2015).

São, assim, *bundles*, bem mais do que uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido e portanto sendo a auditoria do tipo “tudo-ou-nada” (“sim” significa que todas as medidas foram implementadas e “não” significa que nem todas as medidas foram implementadas). (DGS, 2015).

Os “Feixes de intervenções” têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente. (DGS, 2015).

O “feixe de intervenções” apresenta unidade de tempo e de espaço, no sentido em que todas as intervenções ocorrem num tempo e num local ou área específicos (26,27). Vários grupos colaborativos demonstraram melhoria de qualidade de cuidados e melhores resultados clínicos através da implementação desta estratégia. (DGS, 2015).

No entanto, é necessário que estas medidas sejam implementadas de forma fiável e sustentada para se conseguir reduzir de forma significativa as ILC. Isto parece ser mais complexo de que seria de prever.

Neste sentido de acordo conforme referido anteriormente em 2015 a DGS implementou a norma “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Sendo constituída por um conjunto de intervenções que devem ser implementadas de forma integrada nomeadamente:

- Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado, em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”;
- Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
- Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$);
- Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes;

II. FASE METODOLÓGICA

Neste ponto, como o próprio nome indica, serão referenciados aspetos relacionados com a metodologia a utilizar, tais como: desenho de investigação, tipo de estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem, variáveis em estudo, instrumento de recolha de dados e pré-teste, tratamento e apresentação dos dados, salvaguarda dos princípios éticos.

Tendo presente os objetivos visados para a realização deste trabalho, nesta fase da investigação, pretende-se abordar aspetos relacionados com a metodologia que vamos utilizar.

Metodologia é uma fase de construção, sendo que *“esta ruptura só pode ser efectuada a partir de um sistema conceptual organizado, susceptível de exprimir a lógica que o investigador supõe estar na base do fenómeno”*. (Quivy, 1998).

“Na fase metodológica, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”. (Fortin, 2003).

1. Desenho de investigação

Selecionar um método de investigação implica dois elementos, *“(...) o paradigma do investigador e estratégia utilizada para atingir o objetivo fixado.”* (Norwood, 2000 cit. In Fortin, 2009).

A escolha de um método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, das suas crenças e, sobretudo, da sua natureza da questão colocada. (Fortin, 2009).

Depende do problema em causa e do estudo dos conhecimentos á volta deste problema. Aqui engloba-se o tipo de estudo, população-alvo, amostra, processo de amostragem,

variáveis em estudo, instrumento de recolha de dados e pré-teste, tratamento e apresentação dos dados.

i. **Tipo de estudo**

O tipo de estudo define a estrutura utilizada de acordo com a pergunta de partida, quando se pretende descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar/examinar relações entre as variáveis ou verificar hipóteses de causalidade. Para a compreensão do que se pretende com este estudo, torna-se necessário perceber o que estará mais adequado à execução do mesmo.

Polit, Beck e Hungler (2004) referem que *“são inúmeros os métodos utilizados pelos pesquisadores em enfermagem, no estudo dos problemas que interessam ao desenvolvimento de uma base científica para essa ciência”*, e que se pode fazer a distinção entre dois métodos de colheita de informação científica: quantitativo e qualitativo.

Para este estudo optou-se pela metodologia quantitativa pois tem como vantagem atingir um grande número de pessoas.

De acordo com Fortin, (2009) o método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Este método visa, sobretudo, explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos.

Do ponto de vista de Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa quantitativa envolve a colheita sistemática de informação numérica, habitualmente mediante condições controladas, utilizando procedimentos estatísticos para a análise dessa informação.

A questão de partida para a qual se propõe procurar resposta, parece compatível com um estudo de tipo descritivo – nível II, de acordo com Fortin (2003).

O mesmo autor refere que um estudo descritivo consiste na descrição simples de um fenómeno ou um conceito relativamente a uma população, de forma a estabelecer as características da mesma. Este tipo de estudo pretende identificar as ligações entre os fatores e descrever as mesmas, uma vez que já foi explorado o fenómeno. As observações efetuadas são bem estruturadas e as questões são precisas.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), o objectivo do estudo descritivo é “observar, descrever e comprovar aspectos relativos de uma população no seu conjunto.”.

É um estudo transversal porque segundo Fortin (2003) o inquérito transversal consiste em examinar um ou vários cortes em relação com fenómenos presentes num dado momento do inquérito. Este tipo de inquérito visa sobretudo recolher informação relativa à frequência de problemas de saúde no momento do inquérito.

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Para Polit, Beck e Hungler (2004), uma população é um conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam alguma característica comum, definidora. Portanto, a população corresponde a um “agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados”.

Ainda de acordo com o mesmo autor, “a população compreende o grupo de entidades na qual o pesquisador está interessado”, seja qual for a unidade básica (Lakatos e Marconi, 2007).

A população engloba “todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”. (Fortin, 2003).

Para o mesmo autor, a população alvo é constituída pela população que se pretende estudar e na qual se deseja fazer generalizações.

Deste modo, face ao estudo em causa, a população alvo são todos os Enfermeiros do CHVNG/Espinho. A população acessível são todos os enfermeiros dos blocos operatórios da referida instituição.

Para Lakatos e Marconi (2007), a amostra é um subconjunto do universo que corresponde a “uma parcela convenientemente selecionada do universo”, devendo ser a mais representativa ou significativa possível. Utiliza-se o método de amostragem em situações que se verifica a impossibilidade de se pesquisarem todos os indivíduos do grupo que se pretende estudar, devido à urgência do tempo ou à escassez de recursos.

A amostra deste estudo será constituída pelos Enfermeiros do Bloco Operatório Central do CHVNG/Espinho, num total de 27.

De acordo com Fortin (2003) a população alvo abrange os componentes que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente, para os quais o investigador pretende efetuar generalizações. Generalizar os resultados de um estudo implica que os mesmos resultados possam ser aplicados para além da amostra estudada.

Ainda de acordo com o mesmo autor, existem dois métodos de amostragem: probabilística e não probabilística.

Na amostragem probabilística tem o objetivo de assegurar uma determinada precisão na estimação dos parâmetros da população, reduzindo o erro amostral e também de maior representatividade possível.

A amostragem não probabilística consiste num processo de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a respetiva amostra. Esta, tem o risco de ser menos representativa que a amostragem probabilística.

De forma a assegurar uma determinada precisão na estimação dos parâmetros da população e reduzir assim a margem do erro amostral, optou-se por uma amostra acidental.

Fortin (2003), define amostra acidental como sendo formada por indivíduos facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso.

O mesmo autor refere: “Segundo o método de amostragem acidental os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso”.

Assim sendo, os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam no Bloco Operatório Central de acordo com o horário delineado pela Enfermeira Chefe, durante os dias 11 de Maio a 18 de Maio de 2017. Estes perfizeram um total de 27 enfermeiros.

Os critérios de inclusão utilizados para selecionar a amostra foram:

- Enfermeiros que trabalhem no Bloco Operatório Central, de ambos os sexos.
- Enfermeiros que trabalhem no Bloco Operatório Central, há pelo menos seis meses.

iii. Variáveis de estudo

A variável é, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que assume diferentes valores que geralmente são numéricos. (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Uma distinção importante em investigação é a diferença entre o tipo de variáveis em estudo. As variáveis utilizadas no neste estudo são classificadas de variáveis independentes e dependentes.

Para Fortin (2003), “A *variável dependente* é “*que sofre o efeito esperado da variável independente*”.

Portanto, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que ocorre por influência e presença da variável independente. Daí, muitas vezes ela ser chamada de “variável crítica” ou “variável explicada”.

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Ainda segundo o mesmo autor a variável dependente é muitas vezes designada por variável de resultado, sendo, portanto, a variável de interesse para o investigador, ou seja, a variável que o investigador procura explicar e prever.

Neste estudo, e de acordo com o problema formulado, considera-se que a variável dependente corresponde à **“Adesão ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico”**.

Será operacionalizada através dos itens que constam no instrumento de auditoria clínica inerente a norma do feixe de intervenções de prevenção de infecção do local cirúrgico. (DGS - Norma nº020/2015 de 15/12/2015), conforme questionário anexo.

De acordo com Fortin (2003), a variável independente é aquela que o próprio *“investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.”*

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a variável independente corresponde a uma *“causa presumida, o antecedente, ou a influência sobre a variável dependente”*.

Neste estudo, considera-se que a variável independente é **“Profissionais de Saúde”**. Esta será operacionalizada pelos seguintes itens presentes na primeira parte do nosso questionário:

- Idade

- Género

- Estado civil

- Habilitações Literárias

- Categoria profissional

- Experiencia profissional
- Experiencia profissional no atual serviço
- Formação específica em controlo de infeção

iv. Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin, (2009), para colher dados junto dos participantes num estudo descritivo, recorre-se à observação, à entrevista ou a um questionário.

De forma a ir ao encontro dos objetivos definidos e da amostra selecionada, optamos pelo questionário como instrumento de recolha de dados. O questionário nesta investigação será constituído por respostas fechadas e abertas, com a finalidade de resolver os problemas de pertinência e de exaustividade das questões, permitindo recolher a informação pertinente para responder às hipóteses levantadas.

O questionário é constituído por 2 partes. A primeira parte operacionaliza a variável independente, onde é realizada a Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais de Saúde onde se pretende saber idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, experiencia profissional, experiencia profissional no atual serviço e formações específicas em controlo de infeção.

A segunda parte operacionaliza a variável dependente e é onde é avaliada a da adesão pelos Profissionais de Saúde à norma do “Feixe de Intervenção” *de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*, de acordo com a norma da Direção Geral de Saúde, nº 020/2015 de 15/12/2015.

Uma vez que o questionário utilizado neste trabalho é a grelha inerente á Norma de “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico" da DGS, não será aplicado o pré-teste.

v. Tratamento e apresentação dos dados

A análise de dados permite produzir resultados que normalmente são interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do que se quer estudar, se pretende explorar ou descrever ou fenómenos ou de verificar relações entre as variáveis.

Após a escolha do instrumento de avaliação será elaborada uma base dados no programa estatístico Microsoft Excel, para a introdução e análise dos dados recolhidos.

Assim após a organização dos dados, serão elaboradas as análises necessárias de forma a dar respostas às questões colocadas, nomeadamente a análise estatística descritiva simples, com a realização das frequências, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância).

As estatísticas descritivas têm como principal objetivo descrever as características da amostra da qual foram recolhidos e descrever também os valores que serão obtidos pelas medidas das variáveis.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

A preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolve seres humanos ou animais. Tal como referem Streubert e Carpenter, (*cit. In* Queiroz, A.A, et all, 2007):

Comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativo ou qualitativo sejam sólidos do ponto de vista ético e moral.

Segundo Fortin, (2009):

As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre os princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência. Ao estudar fenómenos biopsicossociais, os

investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada, ou ainda causar-lhes prejuízos.

De acordo com Fortin, (2003) os cinco princípios ou direitos que se aplicam a um indivíduo que participe numa investigação científica são:

- Direito à autodeterminação

Que segundo Haber, (2001):

Tem base no princípio ético de respeito às pessoas; as pessoas devem ser tratadas como agentes autônomos que têm a liberdade de escolher sem controles externos.

“Um agente autônomo é um agente que é informado sobre um estudo proposto e lhe é permitido escolher participar ou não” (Brink, 1992 *cit. in* Haber, 2001).

- Direito à privacidade e dignidade

Que segundo Haber, (2001):

Baseada no princípio de respeito, a privacidade é a liberdade de uma pessoa para determinar o tempo, a medida e as circunstâncias sob as quais as informações particulares são compartilhadas ou negadas a outras pessoas.

- Direito ao anonimato e à confidencialidade

Referente a Ana, 1985 (*cit. in* Haber, 2001):

Baseado no princípio de respeito, o anonimato existe quando a identidade do sujeito da pesquisa não pode ser ligada, nem mesmo pelo pesquisador, a suas reações individuais.

- Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo

De acordo com Haber, (2001):

Baseadas no princípio ético de beneficência, as pessoas têm de assumir o papel ativo em promover o bem e impedir o dano no mundo que os cerca, bem como em estudos de pesquisa.

- Direito a um tratamento justo e leal

“Baseadas no princípio ético de justiça, as pessoas devem ser tratadas de forma justa e devem receber o que lhes é devido.” (Haber, 2001)

O code of Federal Regulations (Código de Regulamentos Federais), 1983 (*cit. in* Haber, J., 2001) define que o consentimento informado de um indivíduo ou do seu representante autorizado legalmente é um instrumento que considera se o sujeito selecionado ou se o seu representante, com oportunidade representativa suficiente, deve ou não participar na pesquisa sem indução indevida nem qualquer elemento de força, subterfúgios, engano, coerção ou outras formas de sujeição ou coação.

III. Fase Empírica

Após o enquadramento teórico, e a metodologia de investigação, chegamos agora a parte de apresentar toda a vertente empírica do nosso estudo.

Segundo Fortin (2009), a fase empírica, consiste na recolha de dados realizada no terreno, bem como à sua organização e análise estatística. Esta fase é estruturada e desenvolve-se por etapas, ou seja, a recolha de dados, a análise dos dados obtidos e a discussão dos resultados.

1 Apresentação, análise e interpretação dos dados

Após a colheita de dados, realizada pela aplicação dos questionários no Bloco Operatório Central do CHVNG/ Espinho, os dados foram organizados e introduzidos numa base de dados, para se proceder ao seu tratamento estatístico, leitura, análise, interpretação e discussão dos mesmos.

A amostra do presente estudo, é constituída por 27 profissionais de saúde (enfermeiros), que trabalham no Bloco Operatório Central do CHVNG/ Espinho.

De acordo com Fortin (2003) “A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis.”

Assim, após a colheita dos dados passa-se à sua apresentação, análise e interpretação dos dados com base em todo o enquadramento teórico desenvolvido neste projeto de graduação.

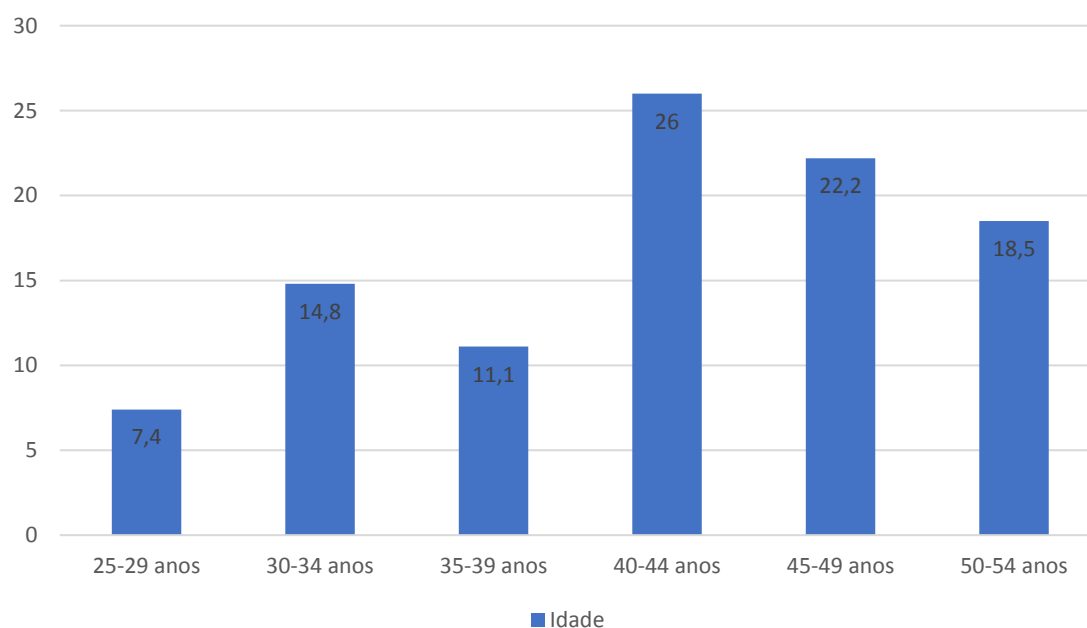
Tabela I. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Idade

Idades	Frequência	Porcentagem
25-29 anos	2	7,4
30-34 anos	4	14,8
35-39 anos	3	11,1
40-44 anos	7	26,0
45-49 anos	6	22,2
50-54 anos	5	18,5
Total	27	100,0

Tabela II. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da idade dos profissionais de saúde

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade	27	28	52	41,9	7,666

Gráfico I. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Idade



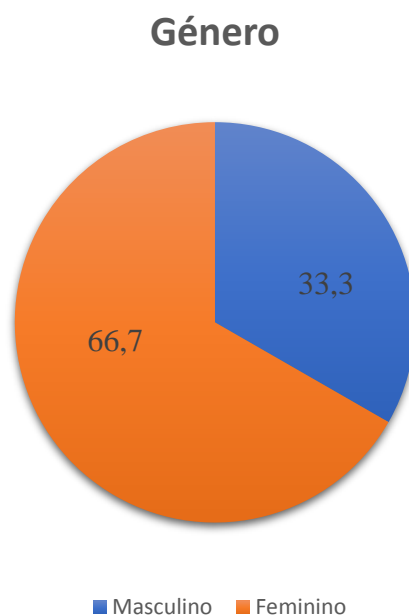
Pela observação da tabela I e do gráfico I, relativamente à idade da amostra esta varia entre os 25 e 54 anos, a média é de 41,9 anos, sendo que a maioria dos inquiridos apresenta idade entre os 40 e os 44 anos, 26,0% (7), entre os 45 e os 49 anos encontram-se 22,2% (6) e entre os 50 e os 54 anos encontram-se 18,5% (5) dos profissionais de saúde.

Entre os 30 e os 34 anos encontram-se 14,8 %, entre os 35 aos 39 anos encontram-se 11,1 %, e por fim entre os 25 e os 29 anos 7,4% dos profissionais de saúde.

Tabela III. Distribuição dos profissionais de saúde em função do Género

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	9	33,3
Feminino	18	66,7
Total	27	100,0

Gráfico II. Distribuição dos profissionais de saúde em função do Género



Através da análise da tabela III e sucessivo gráfico II, pode-se concluir que a amostra é constituída essencialmente pelo género feminino, sendo que este corresponde a 66,7%, o que traduz a realidade portuguesa da profissão de enfermagem maioritariamente

constituída por mulheres. O género masculino encontrasse representado neste estudo por 33,3%.

Tabela IV. Distribuição dos profissionais de saúde em função do Estado Civil

Estado civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	4	14,8
Viúvo	0	0,0
Divorciado	1	3,7
Casado	18	66,7
União de facto	4	14,8
Total	27	100,0

Relativamente ao estado civil, pode-se concluir que a maioria dos participantes são casados, constituindo assim, 66,7% (18) da amostra. Assumem-se como solteiros 4 profissionais de saúde (14,8%). Corresponde também a 4 (14,8%) ao estado civil a união de facto. O estado civil divorciado, que é constituída por 1 (3,7%). O estado civil viúvo não apresenta nenhum profissional de saúde tendo a percentagem de 0,0%.

Tabela V. Distribuição dos profissionais de saúde em função das Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Frequência	Percentagem
Curso de Enfermagem	0	0,0
Geral		
Bacharelato	1	3,7
Licenciatura	25	92,6
Mestrado	1	3,7
Doutoramento	0	0,0
Outro	0	0,0
Total	27	100,0

Na tabela V. podemos aferir que 25 profissionais de saúde (92,6%) têm com habilitação literária licenciatura em Enfermagem. Sendo que com o Bacharelato temos 1 profissional de saúde (3,7%) e com mestrado também 1 profissional de saúde (3,7%). Denota-se o

pouco investimento na profissão e conseqüentemente na aquisição de novos conhecimentos.

Tabela VI. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Categoria profissional

Categoria profissional	Frequência	Porcentagem
Enfermeiro Graduado	17	63,0
Enfermeiro Especialista	4	14,8
Enfermeiro Chefe	0	0,0
Enfermeiro	6	22,2
Total	17	100,0

Na tabela VI. observamos que 17 profissionais (63%) são enfermeiros graduados, 6 profissionais (22,2%) só tem a categoria de enfermeiro e que 4 profissionais (14,8%) são enfermeiros especialistas.

Tabela VII. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão dos anos da Experiencia profissional dos profissionais de saúde

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Experiencia profissional	27	1	31	18,4	8,460
Experiencia profissional no atual serviço	27	1	28	12,7	8,198

Na tabela VII. podemos observar que a média em anos de experiencia profissional é de 18,4 anos, sendo a média de experiencia profissional no atual serviço de 12,7 anos.

Tabela VIII. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Formação específica em controlo de Infecção

Formação específica em controlo de Infecção	Frequência	Percentagem
Sim	19	70,4
Não	8	29,6
Total	27	100,0

Podemos apurar pela análise da distribuição inerente à formação dos enfermeiros, que a maioria frequentou formação específica em controlo de Infecção, 19 (70,4%), contudo 8 profissionais (29,6%) não realizou formação específica na área de controlo da infecção.

Tabela IX. Distribuição dos profissionais de saúde em função da Implementação Integrada do “Feixe de Intervenções”.

		Frequência	Percentagem
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia	Sim	3	11,1
	Não	19	70,4
	N/A	5	18,5
	Evidencia/Fonte	0	0,0
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência	Sim	9	33,3
	Não	11	40,7
	N/A	7	26,0
	Evidencia/Fonte	0	0,0
Existe evidência de que no doente. é administrado antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado, em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”	Sim	17	63,0
	Não	8	29,6
	N/A	2	7,4
	Evidencia/Fonte	0	0,0
Existe evidência de que no doente é evitada tricotomia e, quando absolutamente necessária é usada máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica	Sim	16	59,3
	Não	9	33,3
	N/A	2	7,4
	Evidencia/Fonte	0	0,0
Existe evidência de que no doente é mantida normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$)	Sim	18	66,7
	Não	9	33,3
	N/A	0	0,0

	Evidencia/Fonte	0	0,0
Existe evidência de que no doente é mantida glicemia \leq 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes	Sim	18	66,7
	Não	9	33,3
	N/A	0	0,0
	Evidencia/Fonte	0	0,0

A tabela ix. encontra-se subdividida em varias questões relativas ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Na 1ª questão, onde se pergunta “*se existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia*” a maioria dos profissionais, 19 (70,4%) respondeu que não, 5 (18,5%) não sabe e por fim 3 (11,1%) respondeu que sim.

Na 2ª questão, quando questionados “*se existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência*”, 11 (40,7%) respondeu que não, 7 (26%) não sabe e 9 (33,3%) respondeu que sim.

Quando questionados sobre “*se existe evidência de que no doente é administrado antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado, em dose única ou durante um máximo de 24 horas*” de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica” a maioria dos profissionais, 17 (63,0%) respondeu que sim, 8 (29,6%) respondeu que não e 2 (7,4%) não sabe.

Já para a “*existência de evidência de que no doente é evitada tricotomia e, quando absolutamente necessária é usada máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica*”, 16 (63,0%) respondeu que sim, 9 (33,3%) respondeu que não e 2 (7,4%) não sabe.

Podemos inferir que uma percentagem acentuada dos respondentes, 33,3% desconhecem, ignoram e não cumprem com as normas de boas praticas, emergindo a necessidade de sensibilização destes profissionais para a efetivação de praticas seguras.

Na 5ª e 6ª questão, quando questionados “*se existe evidência de que no doente é mantida normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) e se Existe evidência de que no doente é mantida glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes*” obtemos o mesmo numero de respostas para estas duas questões, ou seja, 18 (66,7%) respondeu que sim, 9 (33,3%) respondeu que não, a ambas

Tabela X. Adesão e Não Adesão ao feixe de intervenções

	Adesão (%)	Não Adesão (%)
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia	11,1	70,4
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência	33,3	40,7
Existe evidência de que no doente. é administrado antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado, em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”	63,0	29,6
Existe evidência de que no doente é evitada tricotomia e, quando absolutamente necessária é usada máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica	59,3	33,3
Existe evidência de que no doente é mantida normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$)	66,6	33,3
Existe evidência de que no doente é mantida glicemia	66,6	33,3

≤180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes		
Total	50	40

2.- CONCLUSÃO DO ESTUDO

- Relativamente à idade da amostra esta varia entre os 25 e 54 anos, a média é de 41,9 anos.
- A amostra é constituída essencialmente pelo género feminino, sendo que este corresponde a 66,7%.
- A maioria dos participantes são casados, constituindo assim, 66,7%. A média em anos de experiencia profissional é de 18,4 anos, sendo a média de experiencia profissional no atual serviço de 12,7 anos.
- Têm com habilitação literária a licenciatura em Enfermagem, 25 profissionais de saúde (92,6%).
- A maioria frequentou formação especifica em controlo de Infecção, 19 (70,4%), contudo 8 profissionais (29,6%) não realizou formação especifica na área de controlo da infeção.
- A adesão dos enfermeiros as boas praticas no controlo de infeção é de 50% e de não adesão é de 40%.

CONCLUSÃO

Alcançado este ponto da Investigação, é expressamente fundamental que se teçam considerações finais após a conclusão do trabalho. Por isso torna-se necessário explicitar sobre os pontos que mais destaques tiveram.

Citando Fortin (2003) “a conclusão contém reflexões sobre o conjunto dos resultados e sobre as suas ligações com os aspetos conceptuais e metodológicos do estudo”.

Em primeiro lugar considero que a escolha do objeto de estudo não poderia ter sido a melhor, pois com isto, a minha motivação adveio, o que tornou mais fácil a conceção deste trabalho. O mesmo, não só contribuiu para o alcance dos objetivos anteriormente definidos relacionados com a temática como também, foi um processo gradual de aquisição de conhecimentos no âmbito da investigação que julgo ter sido o mais importante.

O tema em questão, levanta uma problemática existente em todas as instituições de saúde a nível mundial, por isso, é de ter em conta, todos os estudos de investigação que forem e serão realizados, de modo, a que este tema chegue ao maior número de pessoas possível, informando-as para que se possa erradicar de uma forma significativa este tipo de infeções.

Todos os textos e apontamentos recolhidos para uma melhor confrontação de dados, permitiram-nos adquirir conhecimentos ainda mais profundos em relação às IACS do local Cirúrgico.

Podemos referir que, após a realização deste trabalho, a palavra-chave para colmatar a existência da ILC é a prevenção e adesão, pois só assim, conseguiremos minimizar as taxas percentuais destas infeções, que assolam a vida dos doentes no interior das instalações que prestam cuidados de saúde.

O enfermeiro como elemento ativo na prestação de cuidados de saúde possui grande responsabilidade na luta contra este défice de qualidade nestes serviços. O conteúdo deste

trabalho relata de forma exímia, os passos que este profissional deve ter em conta para a dissipação desta e minimização de danos colaterais.

Ao longo da elaboração desta investigação evidenciaram-se algumas dificuldades, como por exemplo, o fator tempo para a realização deste trabalho ser curto, a dificuldade de síntese e análise durante a elaboração do trabalho e compreensão da investigação estiveram presentes. Foram sentidas outras dificuldades, como por exemplo, na definição de variáveis e de questões de investigação, na descrição do pré teste e na análise dos dados.

Ao longo do trabalho não senti apenas dificuldades, pois para além da satisfação que me proporcionou a sua elaboração, existiram também fatores facilitadores que contribuíram para o meu empenho e nunca a desmotivação em virtude dos erros que se distinguiram. Gostava de deixar claro, que apesar dos obstáculos, tive a possibilidade de desempenhar o meu trabalho de forma mais verdadeira possível.

Ao realizarmos este trabalho ficámos nutridos do conhecimento para adotarmos procedimentos corretos e apropriados para a minimização da infecção do local cirúrgico na prática de enfermagem, contribuindo para a qualidade de vida do doente e qualidade dos cuidados.

É pertinente a existência de uma supervisão continua das praticas de cuidados, de um acompanhamento por parte dos superiores para que os profissionais reconheçam as principais falhas, e posteriormente, sejam facultadas ações de formação específicas na área de prevenção e controlo de IACS do local cirúrgico, para o esclarecimento de dúvidas e atualização de conhecimentos.

Considero que este trabalho de investigação contribuiu sem dúvida alguma, para o meu crescimento a nível individual e socioprofissional, aguçando-me ainda mais, a vontade de trabalhar e investir, rumo à prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Fortin, M. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2003) *O Processo de Investigação. Da Concepção à realização*. 3ª Edição. Loures, Lusociência.

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica. Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição, Lisboa, Piaget

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª Edição, Lisboa, Grávida.

Pina et al (2010). *Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 10, 27-39.

Silva, Maria G. (2008). *Programa remodelado. Que novidades*. Nursing. 230, 4-7.

Costa, Ana C. (2011) . *Controlo de infeção*. Tecno hospital. 43, 13-16.

PNCI (2011). Recomendações para prevenção da infeção do local cirúrgico. Disponível em <<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-cirurgica-em-revisao-pdf.aspx>> [Consultado em 13/04/2017].

DGS, (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Disponível em <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>> [Consultado em 16/05/2017]

DGS, (2015). Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Disponível em <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx..>> [Consultado em 16/05/2017]

Klevens et al. (2007) “Estimating healthcare-associated infections in U.S. hospitals”. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820440/pdf/phr122000160.pdf>>. [Consultado em 13/04/2017].

Pina, et al. (2008). *Vigilância epidemiológica na infecção associada a cuidados de saúde*. Nursing. 239, 2-3.

Mangram et al. (1999). *Guideline for prevention of surgical site infections*. <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/SSIguidelines.pdf>>. [Consultado em 13/04/2017].

Pina et al. (2013) Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses. Lisboa: DGS, <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>>. [Consultado em 13/04/2017].

Pina et al. (2014). Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014. Lisboa: DGS, <<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2014-pdf.aspx.>>. [Consultado em 13/04/2017].

CHUC (2010) Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar: *Critérios de Definição das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. Coimbra: CHUC.

Almeida, Luis. (2010). *A Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico. Estudo de incidência e associação de variáveis de risco numa instituição hospitalar portuguesa, em 2010*. Lisboa.

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo, Editora Atlas.

Polit et al (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Artmed Editora

Queiroz, A. A., et all. (2007). *Investigar para compreender*. Loures, Lusociência.

Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem*. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro.

Guia de orientação de normas de elaboração de trabalhos escritos, Porto, UFP.

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Diogo Francisco Araújo Mota Nº 29300

Questionário:

Adesão dos profissionais de saúde ao “ Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção
de Local Cirúrgico

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto,2017

Diogo Francisco Araújo Mota Nº 29300

Questionário:

Adesão dos profissionais de saúde ao “ Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção
de Local Cirúrgico

(Professora Orientadora)

(Aluno de Enfermagem)

Porto,2017

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

O presente questionário enquadra-se no âmbito do 4º ano, da Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa, Porto, denominado “*Adesão dos Profissionais de Saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*”.

Este Trabalho de investigação tem como objetivo Geral avaliar a conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções.

Os Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar a efetividade do cumprimento das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;
- ✓ Identificar situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;
- ✓ Identificar as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;
- ✓ Calcular a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;

A finalidade deste trabalho é monitorizar se os indicadores inerentes ao feixe de intervenções da ILC estão a ser cumpridos de forma constante, visando diminuir a incidência da ILC e contribuir para o aprimoramento da prática clínica pela identificação das não conformidades, pela consciencialização dos profissionais de saúde e implementação de medidas corretivas dirigidas às mesmas.

Agradeço desde já a sua colaboração e a sua disponibilidade para responder a este questionário, garantindo total confidencialidade e anonimato uma vez que a informação aqui recolhida será utilizada apenas para fins académicos.

Solicito que responda com máximo de rigor às questões que lhe serão colocadas, uma vez que será através das mesmas que se obterá resultados fidedignos para a conclusão deste trabalho.

Aluno de Enfermagem,

(Diogo Francisco Araújo Mota)

Questionário

PARTE I: Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais de Saúde

Idade	_____Anos	
Gênero	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Solteiro <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>
	Casado <input type="checkbox"/>	União de fato <input type="checkbox"/>
Habilitações Literárias	Curso de Enfermagem Geral <input type="checkbox"/>	Bacharelato <input type="checkbox"/>
	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>
	Doutoramento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Categoria Profissional	Enfermeiro Graduado <input type="checkbox"/>	
	Enfermeiro Especialista <input type="checkbox"/>	
	Enfermeiro Chefe <input type="checkbox"/>	
	Enfermeiro <input type="checkbox"/>	
Experiência Profissional	_____Anos _____Meses	
Experiência Profissional no atual serviço	_____Anos _____Meses	
Formações específicas em Controle de Infecção Se sim, qual o número de horas:	Sim <input type="checkbox"/> N° de horas ____	Não <input type="checkbox"/>

PARTE II: Grelha de Observação/ Questionário da adesão pelos Profissionais de Saúde à norma do “Feixe de Intervenção” *de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*, de acordo com a norma da Direção Geral de Saúde, nº 020/2015 de 15/12/2015*

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico”				
Unidade:				
Data: __/__/__ Equipa auditora:				
1: Implementação Integrada do “Feixe de Intervenções”				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia				
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência				
Existe evidência de que no doente é administrado antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado, em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”				
Existe evidência de que no doente é evitada tricotomia e, quando absolutamente necessária é usada máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica				
Existe evidência de que no doente é mantida normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$)				
Existe evidência de que no doente é mantida glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes				
Subtotal	0	0		
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots$

* DGS - Norma nº020/2015 de 15/12/2015

ANEXOS II – REQUERIMENTO AO PRESIDENTE DA CES

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

Investigador: Diogo Francisco Araújo Mota, Aluno 4º ano da Licenciatura em Enfermagem

Orientadora: Maria Margarida Silva Vieira Ferreira, Prof. Doutora

Título do projeto de investigação: Adesão dos profissionais de saúde ao “ Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Este Trabalho de investigação tem como objetivo Geral avaliar a conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções.

Os Objetivos Específicos passam por: 1) Identificar a efetividade do cumprimento das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;2) Identificar situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;3) Identificar as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;4) Calcular a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;

Pretendo realizar no **Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE**, o estudo de investigação em epígrafe, vindo por este meio, solicitar a V. Ex^a. na qualidade de Investigador, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE respeitante a estudos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 12/03/2017

Diogo Francisco Araújo Mota

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira

ANEXOS III – REQUERIMENTO AO PRESIDENTE DO CA

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

Investigador: Diogo Francisco Araújo Mota, Aluno 4º ano da Licenciatura em Enfermagem

Orientadora: Maria Margarida Silva Vieira Ferreira, Professora Doutora, Prof. Doutora;

Título do projeto de investigação: Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico;

Os Objetivos Específicos passam por: 1) Identificar a efetividade do cumprimento das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;2) Identificar situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;3) Identificar as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;4) Calcular a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;

Pretendo realizar no Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, o estudo de investigação em epígrafe, vindo por este meio, solicitar a V. Ex.^a na qualidade de Investigador, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE respeitante a estudos de investigação, à qual endereçamos pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 12/03/2017

Diogo Francisco Araújo Mota

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira

ANEXOS IV - PROJECTO



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA | ESPINHO

Comissão de Ética

Tipo de trabalho:

Projeto de investigação/Monografia

Âmbito:

Académico

1. Identificação da investigação/trabalho

a - Nome do investigador principal:

Diogo Francisco Araújo Mota

b - Nome do orientador (se aplicável):

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira

c – Título da investigação/trabalho

Adesão dos Profissionais de Saúde ao “ Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico;

d – Serviço(s) onde será realizada a investigação/trabalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho – Bloco Operatório

e – Existem outros locais, nacionais ou não, onde a mesma investigação/trabalho será efetuada?

SIM

NÃO

f – Tempo previsto para o decurso da investigação/trabalho

Está prevista a observação durante 1 semana e aplicação do questionário aos Profissionais de Saúde, numa semana posterior.

g – Objetivos da investigação/trabalho

Objetivo Geral: Avaliar a conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções.

Objetivos Específicos:

- a) Identificar a efetividade do cumprimento das práticas de prevenção e controlo da infeção, pela implementação de um feixe de intervenções da ILC da DGS;
- b) Reconhecer situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionadas com o feixe de intervenções da ILC;
- c) Identificar as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção inerentes ao feixe de intervenções da ILC;
- d) Calcular a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionadas com o feixe de intervenções da ILC;

h – População em estudo (critérios de inclusão/exclusão)

Enfermeiros

i – Tipo de amostragem

Não casual por conveniência

j – Variáveis consideradas (se aplicável)

Variável Independente: Profissionais de saúde (Enfermeiros)

Variável Dependente: Adesão ao “feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico;

k – Método de colheita de dados (questionário, entrevistas ...)

Questionário e Grelha de observação do feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, normalizado pela DGS;

l- Quem colhe os dados?

Investigador: Diogo Francisco Araújo Mota

2. Riscos/Benefícios

a - A investigação/trabalho envolve:

Doentes Acompanhantes/família Profissionais
Outros Quais? _____

b – Que benefícios poderão advir para os participantes?

1º Consciencialização das boas práticas de controlo de infeção;
2º Contribuição para uma prática segura;
3º Mudança de atitude;
4º Diminuição da Incidência da ILC;

c – Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?

Nenhum, uma vez que o questionário será preenchido pelos inquiridos de forma voluntária e anónima.

3. Confidencialidade e anonimato

Ao longo do desenvolvimento da investigação/trabalho e para apresentação de resultados estão garantidos a confidencialidade e o anonimato?

SIM NÃO

4. Consentimento

a – Está prevista a obtenção do Consentimento Informado Livre e Esclarecido?

SIM NÃO NÃO Aplicável

b – Está contemplada uma informação escrita, para o participante, esclarecedora dos objetivos, riscos e benefícios decorrentes desta investigação/trabalho, assim como a garantia da sua total liberdade para decidir participar sem prejuízo decorrente da decisão de não participar?

SIM NÃO NÃO Aplicável

c – A investigação/trabalho envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente)?

NÃO NÃO Aplicável
SIM Quais? _____

d – Que razões justificam este envolvimento?

Interesse e motivação pela área de Controlo de Infecção, qualidade de cuidados e diminuição das taxas de incidência de infeção;

e – Como pretende obter o consentimento?

Não se aplica

5. Propriedade dos dados

a – Exigindo a investigação/trabalho a constituição de uma base de dados, está pedido o parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (Lei nº 67/98 de 25 de Outubro)?

SIM NÃO NÃO Aplicável

b – Está prevista a publicação dos resultados da investigação/trabalho?

SIM NÃO

6. Aspectos financeiros

a – A investigação/ trabalho proposto envolve custos acrescidos para o doente?

NÃO NÃO Aplicável
SIM Quem suportará os custos? _____

b – A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para a instituição?

NÃO NÃO Aplicável
SIM Quem suportará os custos? _____

c – Esta investigação/trabalho é financiado?

NÃO NÃO Aplicável
SIM Por quem? _____

7. Conflito de interesses

SIM NÃO

8. Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo-assinado, _____, na qualidade de Investigador Principal/autor, declaro por minha honra que as informações prestadas neste documento são verdadeiras.

NOTA: Quando aplicável anexar exemplar do Consentimento Informado, do (s) instrumento (s) de colheita de dados.

Porto, ___/___/___

O Investigador Principal/Autor

ANEXOS V – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Adesão dos profissionais de saúde ao “ Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Enquadramento: Este estudo insere-se na Unidade Curricular Projeto de Graduação/Monografia do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, ano letivo 2016/2017 da Universidade Fernando Pessoa/Faculdade das Ciências da Saúde, porto.

O respetivo trabalho de investigação está a ser orientado pela Prof. Doutora Margarida Ferreira. Pretendemos realizar o nosso estudo no CHVNG/Espinho, no Bloco Operatório de forma a estimar a conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC, normalizada pela DGS.

Este Trabalho de investigação tem como objetivo Geral avaliar a conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções.

Os Objetivos Específicos passam por:

- ✓ Identificar a efetividade do cumprimento das práticas de prevenção e controlo da infeção pela implementação de um feixe de intervenções da ILC;
- ✓ Identificar situações de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

- ✓ Identificar as causas de não conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;
- ✓ Calcular a taxa de adesão/conformidade das práticas de prevenção e controlo da infeção relacionada com o feixe de intervenções da ILC;

Explicação do estudo: Trata-se de um estudo Descritivo exploratório, transversal e quantitativo. A população do nosso estudo será constituída pelos enfermeiros do CHVNG/Espinho. A amostra não casual de conveniência, irá incidir nos referidos profissionais do Bloco Operatório, que se encontrarem escalados para o turno em que a observação ou o questionário se realizarem. Para a colheita de dados iremos utilizar um questionário/ Grelha de observação, que consiste na Norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico”, instrumento de Auditoria da DGS.

O questionário será preenchido pelos profissionais que estiverem escalados para realizar o turno manhã/tarde nos dias em que estiver planeada a colheita de dados. A observação será concretizada pela presença do investigador no referido serviço durante 2 ou 3 turnos a combinar com o respetivo chefe de serviço. Posteriormente os dados serão tratados recorrendo a estatística descritiva.

Condições e financiamento: Não se aplica

Confidencialidade e anonimato: O presente trabalho será apenas para apresentação na Universidade Fernando Pessoa no âmbito da unidade curricular **Projeto de Graduação** e prometo cumprir todos os requisitos éticos e deontológicos consignados nas boas práticas da investigação, salvaguardando todos os direitos fundamentais dos profissionais implicados. Os questionários e a grelha de observação serão anónimos e os dados serão tratados de forma confidencial, nunca esquecendo a liberdade de participação dos inquiridos.

Pedir consentimento para publicação do estudo: Neste momento a realização deste trabalho tem como objetivo desenvolver conhecimentos no âmbito de investigação, articulando a teoria com a prática e obter a avaliação a Unidade Curricular Projeto de Graduação.

Agradecimentos:

Identificação Investigador

Nome: Diogo Francisco Araújo Mota

N.º Cédula Profissional: Não se aplica

Nº de aluno: **29300**

Assinatura:

Identificação da pessoa que pede o consentimento (preencher se for diferente do investigador)

Nome: Diogo Francisco Araújo Mota

N.º Cédula Profissional: Não se aplica

Nº de aluno: **29300**

Assinatura:

Adesão dos profissionais de saúde ao “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____ Processo Clínico n.º

Assinatura: _____ Data: __ / __
/ _____

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE ... PÁGINA/S, É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA**