

Tiago Filipe Magalhães Miranda

Prevenções Básicas de Infecção e Controlo
Vivências dos alunos do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem no ensino clínico de
Urgência

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Tiago Filipe Magalhães Miranda

Prevenções Básicas de Infecção e Controlo
Vivências dos alunos do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem no ensino clínico de
Urgência

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Tiago Filipe Magalhães Miranda

Prevenções Básicas de Infecção e Controlo
Vivências dos alunos do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem no ensino clínico de
Urgência

(Tiago Filipe Magalhães Miranda)

“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
Licenciatura em Enfermagem”

SUMÁRIO

As infecções hospitalares são uma problemática, que se arrasta há muitos anos, e que estará sempre no dia-a-dia dos enfermeiros, visto que está sempre presente quando a realização dos cuidados prestados ao doente.

No serviço de Urgência, é preciso cuidar do outro numa situação de doença súbita, e este cuidado tem que ser realizado num curto espaço de tempo, podendo levar a prevenção de infecção a um segundo plano. Contudo a prevenção de infecção deve estar iminente aos cuidados com o intuito de não agravar o estado de saúde que já por si se encontra deficitário aquando do recurso ao serviço de urgência.

Assim, temos como principal objectivo avaliar as técnicas executadas pelos alunos do 4º Ano que realizaram ensino clínico de Urgência, e identificar técnicas de prevenções básicas de infecção e controlo pelos alunos, utilizadas durante o estágio.

A componente teórica deste trabalho é o resultado duma pesquisa bibliográfica intensa e que se encontra exposta num texto que pretende dar ao leitor a ideia de todos os pontos que considerei fundamentais para a compreensão da problemática em estudo.

Para a realização deste estudo, foi escolhida uma amostra de 40 alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem.

Da análise dos questionários aplicados ocorre dois grandes temas, as vivências dos alunos em ensino clínico e as técnicas utilizadas pelos mesmos.

Os resultados obtidos demonstram que, a maioria dos elementos da amostra estudada poderá não estar desperta para algumas problemáticas relacionadas com a prevenção e controlo da infecção hospitalar pois ainda são verificados erros graves a nível da prestação de cuidados, por parte da amostra. O estudo revelou uma necessidade de motivar e de sensibilizar os alunos em relação á problemática das Infecções Hospitalares, havendo uma maior necessidade de formação.

ABSTRACT

Hospital infections are an issue that has dragged on for many years and will always be in day-to-day lives of nurses, as is always present when the conduct of care to the patient.

In emergency service, we must care for others in a situation of sudden illness, and this caution has to be done in a short time and may lead to prevention of infection to the background. However the prevention of infection must be imminent to care in order not to aggravate the health status which in itself is deficient when resorting to the emergency department.

Thus, we aim to evaluate the techniques performed by the students of 4th year clinical training who performed emergency and identify basic techniques of prevention and control of infection by the students used during the internship.

The theoretical component of this work is the result of a literature search and intense it is exposed in a text that aims to give the reader an idea of all the points that I considered essential to understanding the problem under study.

For this study, was selected a sample of 40 students of 4th year of Nursing Degree. Analysis of the questionnaires came two major themes, the experiences of students in clinical training and techniques they use.

The results show that most elements of the sample may not be awake for some issues related to the prevention and control of nosocomial infection because serious errors are still observed at the level of care on the part of the sample. The survey showed a need to motivate and sensitize students about the problem of hospital infections, with a greater need for training.

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia aos meus pais, pois sem eles este sonho, não seria realidade, e sem eles nunca chegaria ao final da minha licenciatura. A eles devo todo o amor, fidelidade e confidencialidade. Não tenho outra palavra senão um muito Obrigado de coração.

Não podia deixar de dedicar também ao meu irmão, por me ter aturado quatro anos, que sempre foi incansável comigo, no apoio, nos conselhos, e no meu crescimento. Esteve sempre presente quando eu precisava. Um muito obrigado também para ele.

AGRADECIMENTOS

Na realização desta monografia, e na caminhada inicial, até à conclusão da minha licenciatura em Enfermagem, tive a oportunidade de reunir contributos de várias pessoas.

De tal forma estes contributos, deram-me força, confiança e ainda mais vontade de me tornar a pessoa que sou hoje.

Não poderia, terminar este longo percurso académico, sem agradecer à minha namorada e amiga Joana, o meu sincero obrigado com muito carinho, pois sempre me apoiou, fazendo parte da minha alegria, nos meus melhores momentos, e ajudando-me nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos de curso Rui Lopes, Armando Jorge e Rui Letra, que estiveram do meu lado durante estes quatro anos, o meu obrigado e felicidades académicas para todos.

Ao meu amigo Luís Barros, que me acompanhou durante os bons momentos, e que indirectamente, fez parte também deste percurso académico. O meu obrigado também para ele.

À minha orientadora, Enfermeira e Professora Patrícia Araújo, pelo apoio, colaboração, simpatia e disponibilidade prestada, pois sem ela não seria possível a execução deste trabalho, o meu sincero obrigado.

E a todos aqueles que fazem, e fizeram parte do meu percurso de vida.

ÍNDICE

PÁGINA

0. INTRODUÇÃO.....	18
I. FASE CONCEPTUAL.....	22
1. Serviço de Urgência.....	22
2. Definição de Infecção.....	23
3. Papel do Enfermeiro.....	26
4. Infecções Urinárias.....	28
5. Infecções Respiratórias.....	29
6. Prevenção da Infecção no Serviço de Urgência.....	32
6.1 Lavagem das Mãos.....	34
6.2 Uso de Luvas.....	37
6.3 Agentes Anti – Microbianos.....	38
6.4 Prática de uma Punção Segura.....	39
II. FASE METODOLÓGICA.....	41
1. Problema de Investigação.....	41

2. Questão de Investigação.....	43
3. Desenho de Investigação.....	44
4. População.....	45
5. Amostra e Processo de Amostragem.....	45
6. Variáveis.....	46
7. Instrumento de colheita de dados.....	46
8. Pré – Teste.....	47
9. Tratamento e Análise dos dados.....	48
10. Considerações éticas.....	48
III. FASE EMPÍRICA.....	51
1. Apresentação e Análise dos Resultados.....	51
1.1 Caracterização da Amostra.....	51
1.2 Indicadores de Estrutura/Protecção Individual.....	51
2. Discussão de Resultados.....	79
IV. CONCLUSÃO.....	85
V. BIBLIOGRAFIA.....	88

ANEXO:

ANEXO I – Instrumento de Colheita de dados

ANEXO II – Cronograma

ÍNDICE DE QUADROS

PÁGINA

Quadro nº1 – Classificação de Spaulding.....	34
Quadro nº2 – Agentes Antimicrobianos.....	39
Quadro nº3 – Género.....	52
Quadro nº4 – Idade.....	52
Quadro nº5 – Realização do ensino clínico.....	52
Quadro nº6 – Tipo de Urgência onde foi realizado ensino clínico.....	53
Quadro nº7 – Existência de torneira accionada por célula fotoelétrica.....	53
Quadro nº8 – Existência de torneira accionada pelo cotovelo.....	53
Quadro nº9 – Existência de torneira accionada pelo pé.....	54
Quadro nº10 – Existência de torneira accionada manualmente.....	54
Quadro nº11 – Existência de suporte para toalhetes.....	54
Quadro nº12 – Existência de doseador de sabão.....	55
Quadro nº13 – Existência de doseador anti-séptico.....	55
Quadro nº14 – Existência de solução alcoólica para desinfeção das mãos.....	55

Quadro nº15 – Verificação se o equipamento estava limpo e arrumado.....	55
Quadro nº16 – Verificação se havia reutilização de material de uso único.....	56
Quadro nº17 – Verificação se o equipamento era descontaminado após uma utilização.....	56
Quadro nº18 – Verificação se as superfícies eram desinfectadas após a sua utilização.....	56
Quadro nº19 – Existência de contentores grupo I e II.....	57
Quadro nº20 – Existência de contentores grupo III.....	57
Quadro nº21 – Existência de contentores grupo IV.....	57
Quadro nº22 – Existência de contentores para cortantes e perfurantes.....	58
Quadro nº23 – Antes da utilização do material de oxigenoterapia, verificou a existência de copos de humidificação não esterilizados.....	58
Quadro nº24 – Se existiam, estes eram substituídos entre cada doente.....	58
Quadro nº25 – Antes da utilização de material de oxigenoterapia, verificou a existência de humidificadores de água estéril do tipo “Aquapak®”.....	59
Quadro nº26 – Se existiam, humidificadores de água estéril do tipo “Aquapak®”, estes eram substituídos entre cada doente.....	59
Quadro nº27 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se era feita a desinfecção do aspirador.....	59

- Quadro nº28** – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se era substituída tubuladora entre cada doente.....60
- Quadro nº29** – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se era desinfectado o reservatório das secreções.....60
- Quadro nº30** – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a sonda de aspiração era substituída entre cada intervenção ao doente.....60
- Quadro nº31** – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a cânula de Yankuer era substituída entre cada intervenção ao doente.....61
- Quadro nº32** – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se o tubo de guedel era substituído entre cada intervenção ao doente.....61
- Quadro nº33** – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a terminação em Y era substituída entre cada doente.....62
- Quadro nº34** – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a água bidestilada, para lavagem da sonda, se era substituída entre cada doente.....62
- Quadro nº35** – Verificou se a braçadeira de TA era desinfectada entre cada doente...62
- Quadro nº36** – Verificou se o oxímetro era desinfectado entre cada doente.....63
- Quadro nº37** – Verificou se os cabos de monitorização electrocardiográfica eram desinfectados entre cada doente.....63
- Quadro nº38** – Verificou se o desfibrilador era desinfectado entre cada utilização.....63
- Quadro nº39** – Verificou se o ventilador era desinfectado entre cada utilização.....64

Quadro nº40 – Verificou se era substituído material de desfibrilação entre cada utilização.....	64
Quadro nº41 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da cateterização venosa.	64
Quadro nº42 – Executou técnica de lavagem das mãos antes cooperação na entubação endotraqueal.....	65
Quadro nº43 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da entubação nasogástrica.....	65
Quadro nº44 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da entubação orogástrica.....	65
Quadro nº45 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da aspiração de secreções.....	66
Quadro nº46 – Executou técnica de lavagem das mãos após contacto com mucosas e pele não íntegra.....	66
Quadro nº47 – Executou técnica de lavagem das mãos após contacto com fluidos corporais.....	67
Quadro nº48 – Executou técnica de lavagem das mãos ou substituiu-a por desinfecção alcoólica.....	67
Quadro nº49 – Executou técnica de lavagem das mãos conforme a norma aprendida e tempos preconizados.....	68
Quadro nº50 – Utilizou luvas esterilizadas para técnicas assépticas.....	68
Quadro nº51 – Utilizou luvas limpas para técnicas não assépticas.....	69

Quadro nº52 – Utilizou luvas de “palhaço” em vez de luvas limpas.....	69
Quadro nº53 – Utilizou luvas e substituiu-as de doente para doente.....	69
Quadro nº54 – Utilizou luvas e substituiu-as entre cada procedimento ao doente.....	70
Quadro nº55 – Utilizou luvas e retirou-as após os procedimentos.....	70
Quadro nº56 – Utilizou luvas e não tocou com as luvas “suja” em superfícies ou objectos.....	71
Quadro nº57 – Utilizou luvas limpas na aspiração nasal.....	71
Quadro nº58 – Utilizou luvas e esterilizadas na aspiração orotraqueal.....	72
Quadro nº59 – Utilizou luvas esterilizadas na aspiração por traqueostomia.....	72
Quadro nº60 – Utilizou luvas esterilizadas na aspiração por tubo endotraqueal.....	73
Quadro nº61 – Colocou as luvas junto ao doente.....	73
Quadro nº62 – Colocou as luvas na sala de trabalho.....	73
Quadro nº63 – Aquando da cateterização venosa periférica fez preparação da pele com anti – séptico.....	74
Quadro nº64 – Aquando da cateterização venosa periférica utilizou luvas.....	74
Quadro nº65 – Aquando da cateterização venosa periférica utilizou compressas esterilizadas na desinfeção da pele.....	75

Quadro nº66 – Aquando da cateterização venosa periférica teve sempre junto do restante material contentor de cortantes e perfurantes.....	75
Quadro nº67 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas usou material com dispositivo de segurança.....	76
Quadro nº68 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas recapsulou as agulhas ou objectos corto – perfurantes.....	76
Quadro nº69 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas colocou corto – perfurantes no contentor logo após a utilização.....	77
Quadro nº70 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas separou as agulhas contaminadas da seringa.....	77
Quadro nº71 – Na técnica de Algaliação, que anti – séptico utilizou na maioria das vezes, para desinfeção do meato urinário.....	78
Quadro nº72 – Na Cateterização Venosa, que anti – séptico utilizou na maioria das vezes para desinfeção da pele.....	78
Quadro nº73 – Na Punção Venosa, que anti – séptico utilizou na maioria das vezes para desinfeção da pele.....	79
Quadro nº74 – Para a colheita de Hemoculturas, que anti – séptico utilizou na maioria das vezes para desinfeção da pele.....	79

0. INTRODUÇÃO

A tomada de consciência sobre as infecções adquiridas no hospital, como um problema de saúde pública, que se adquire no meio hospitalar e se representa no meio familiar / comunidade, é cada vez mais evidenciado.

O tema abordado neste estudo é: “Prevenções Básicas de Infecção e Controlo”. Assim quando o tema foi escolhido, foi considerado, um tema pertinente visto que há ainda muitos erros que se cometem, principalmente no Serviço de Urgência. Tive a oportunidade de constatar, no meu ensino clínico, que muitas das indicações estipuladas no serviço, a nível da prevenção da infecção eram passadas para segundo plano, principalmente quando estávamos na presença de um doente crítico.

Partindo deste pressuposto foram elaborados os seguintes objectivos sobre o tema: identificar técnicas de Prevenções Básicas de Infecção pelos alunos do 4º ano de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, durante o ensino clínico de Urgência; avaliar técnicas executadas por parte dos alunos do 4º ano de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa sobre o controlo da infecção no Serviço de Urgência.

Trata-se de um estudo descritivo – exploratório, de abordagem quantitativa, a uma amostra de alunos que estavam presentes numa sala de aula, na faculdade de ciências da saúde, da Universidade Fernando Pessoa, como método de colheita de dados, foi aplicado um questionário no mês de Junho de 2010.

Os objectivos pessoais e académicos são: desenvolver conhecimentos em relação a como prevenir a infecção nosocomial no serviço de urgência, verificar se os alunos do 4º ano da licenciatura estão despertos para prevenções básicas de infecção e controlo, desenvolver capacidades para a realização de trabalhos de investigação, e reflectir sobre a importância que a investigação tem na enfermagem.

Os resultados que obtivemos tentam dar resposta às questões de investigação levantadas pelo investigador. Muitos sucintamente, podemos então referir, que as prevenções básicas de Infecção e controlo, até à data, não têm sido uma das prioridades do serviço

de urgência. Em relação aos indicadores de estrutura dos serviços de urgência, tal como é do conhecimento geral, existe um grande crescimento, de forma a oferecerem condições de higiene ou equipamentos, criando condições ideais de forma a diminuir a propagação da infecção, sendo que ainda há muito trabalho pela frente, visto que ainda não temos, em todos os locais, todos os equipamentos necessários para diminuir na totalidade a propagação da infecção. Em relação aos indicadores de protecção individual, facilmente se constata que no serviço de urgência, muitas das vezes a lavagem das mãos não é realizada correctamente, e também, por vezes, não se substitui a lavagem das mãos pela desinfecção alcoólica. A norma asséptica nas diversas técnicas invasivas é, sistematicamente, quebrada (o que se associa à não lavagem das mãos e o uso inadequado de luvas), e não podemos ignorar o impacto da pneumonia nosocomial associada a doentes ventilados. O risco de picada e corte está sempre presente no serviço de urgência, pelo que o uso de dispositivos de segurança anti – picada, é mandatório para uma prática segura.

A infecção nosocomial poderá ser um indicador da não qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, e induz a uma morbilidade e mortalidade acrescida, acarretando a custos económicos acrescidos, mas também custos humanos e sociais, sendo os últimos difíceis de quantificar.

A problemática da infecção hospitalar em Portugal não é recente, sendo necessárias a aquisição de novas políticas e estratégias para lhe fazer face. Embora um fosso nos separe em relação à prevenção e controle da infecção, a difusão de conhecimentos, ideias e informação nesta pequena “aldeia” global tem contribuído para a atenuar. Hoje, todavia, somos detentores de conhecimentos técnicos e científicos adequados para evitar a infecção nosocomial e que se baseiam, na maioria das vezes, no cumprimento de normas ao alcance de todos os profissionais.

A infecção nosocomial é hoje definida segundo o conselho da Europa de 1984 (*cit in*: Leonor, 2003, p.17) como:

Toda a doença devido a microrganismos, clínica ou microbiologicamente reconhecida, que afecta tanto o doente pelo facto da sua admissão no hospital ou dos cuidados que aí recebeu, enquanto hospitalizado, ou

em tratamento de ambulatório, como ainda o pessoal hospitalar, devido à sua actividade, quer os sintomas da doença apareçam ou não durante o tempo em que o interessado estiver no hospital

Este conceito envolve a infecção contraída no hospital, pelos doentes, assim como por todo o pessoal que envolve a prestação de cuidados.

Um dos serviços que presta cuidados imediatos à comunidade é o serviço de urgência. Com frequência, vítimas de acidentes ou de doença súbita, geralmente em estado crítico, são atendidos no Serviço de Urgência por equipas com formação específica em suporte avançado de vida / trauma.

Os princípios de reanimação, que são tratados em ambiente hospitalar, criam dificuldades acrescidas às equipas de emergência, relacionadas com o índice de gravidade da doença, e com o número de doentes que entram no serviço de urgência. Os procedimentos utilizados para a abordagem inicial de algumas dessas vítimas são, geralmente, complexos e invasivos. Contudo numa fase de transporte de um doente crítico de hospital para hospital, numa ambulância, torna-se imprescindível também realizar alguns procedimentos terapêuticos.

Neste contexto, é lícito questionar se a intervenção dos alunos de enfermagem do 4º Ano, que realizaram ensino clínico no Serviço de Urgência, aumenta ou diminui o risco de infecção nosocomial nos procedimentos que executam, e se as políticas de prevenção e controle da infecção universais, serão aplicáveis à realidade ou não no Serviço de Urgência.

Tendo presente as temáticas abordadas durante a licenciatura em enfermagem, e a disciplina de Projecto de Graduação, e atendendo à realidade observada no serviço de urgência, achamos pertinente abordar as questões da infecção nosocomial, sendo que por vezes as prevenções básicas da infecção não são cumpridas no serviço de urgência.

Este trabalho divide-se em duas partes. Sendo que na primeira parte, com base na experiência a nível do ensino clínico de urgência e na pesquisa (bibliografia e sites de *Internet*), procura-se dar uma resposta a temas que melhoram o conhecimento e

compreensão dos aspectos teóricos relacionados com as” Prevenções Básicas de Infecção e Controlo”. Contudo foram relacionados os assuntos considerados relevantes para a análise desta temática, procurando dar-lhe uma sequência lógica. Estes assuntos estão distribuídos através da caracterização do serviço de urgência, a definição de Infecção, o papel do enfermeiro no controlo e na prevenção da infecção, na infecção Urinária e Respiratória, na prevenção da infecção no serviço de urgência, a lavagem das mãos, e o uso de luvas, alguns agentes microbianos, e por fim a prática de uma punção segura.

I. FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual ou enquadramento teórico desempenha um papel importantíssimo para o delinear das estruturas que servem de suporte para a investigação, permitindo mostrar ao investigador os conhecimentos existentes e directamente relacionados com o tema em estudo, possibilitando o estabelecimento de um quadro de referência. Este quadro que visa a organização do processo de suporte, permite a definição e delimitação do tema em estudo.

O suporte teórico resulta na revisão da literatura existente, que se revela pertinente na investigação a efectuar. Segundo Fortin (1999, p.74)

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao indivíduo a matéria essencial à conceptualização da investigação.

Outro aspecto que torna a fundamentação teórica fundamental para o investigador é o facto desta se impor “ (...) em todo o processo de investigação, pois (...) deve também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados” Fortin (1999, p.74).

1. Serviço de Urgência

Rocha (2001), diz-nos, que o serviço de urgência tem por finalidade o atendimento imediato ao utente cuja permanência não deve ultrapassar as 24 horas.

No Serviço de Urgência nem sempre é possível obedecer a praticas padronizadas e sistemáticas, podendo ocorrer a não obediência às normas de assepsia nos procedimentos necessários para garantir as funções vitais do doente, levando muitas vezes à ocorrência de infecções hospitalares (Rocha, 2001).

No serviço de urgência, o aspecto mais marcante e por vezes preocupante, é o grande contacto directos com sangue, e demais fluidos, alguns dos quais potencialmente contaminados, o que constitui um grande factor de risco para contrair doenças infecto – contagiosas, como a SIDA, Hepatite B, etc.

Segundo Vaz et al. (2000, p.14), “o objectivo do enfermeiro quanto ao doente crítico, é a execução de cuidados de enfermagem contínuos e de elevada qualidade, permanecendo atento às necessidades do doente”.

Como afirma Lopes (1989, p.4),

O atendimento de emergência representa um trabalho de equipa. Somente será eficiente quando todos os seus membros forem capazes de actuar de modo global. Para isso é necessário haver um grande treino e espírito de cooperação.

Este é um aspecto importantíssimo visto que quando existe uma cooperação entre todos os elementos da equipa, cada um assume um “procedimento”, e este não irá executar o procedimento de outro elemento, não havendo transmissão de microrganismos de um local para outro, e também numa situação de emergência, quando todos os procedimentos têm de ser rápidos, cada elemento está concentrado no procedimento que está a realizar e sabe como proceder naquele procedimento, para não propagar a infecção. Assim sendo podemos diminuir a infecção nosocomial.

Rocha (2001), refere que a abordagem do doente no serviço de urgência visa desde logo com o controlo da situação crítica até à indicação para internamento.

2. Definição de Infecção

Numa perspectiva histórica, e visto que a problemática das Infecções Hospitalares, não é recente segundo Sousa (2003, p.15):

É reconhecida, desde há longos anos, a relação entre microrganismos e determinadas doenças, admitindo-se a sua transmissibilidade pessoa a pessoa (...) é histórico o isolamento de leprosos das populações

saudáveis e o abandono de cidades a fim de as populações escaparem à peste negra e a outras doenças infecciosas.

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.7) define uma infecção como, “ (...) adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infecção”, e que

Ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infecções adquiridas no hospital que se detectam após a alta, assim como infecções ocupacionais nos profissionais de saúde.

Segundo o mesmo autor: as infecções “ (...) que ocorrem mais de 48 horas após admissão são, geralmente, consideradas nosocomiais”.

Estas infecções são mais frequentes, numa ferida cirúrgica, nas vias urinárias e nas vias respiratórias. Sendo que os doentes que as possuem têm um agravamento da incapacidade funcional, que por sua vez provoca um agravamento do stress emocional, e que podem mesmo levar a uma diminuição significativa da qualidade de vida.

Conforme o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007, p.7) cita “Os internamentos prolongados não só aumentam os custos directos dos doentes ou dos pagadores como também os custos indirectos devidos a perda de produtividade”.

Durante o tempo de hospitalização o doente está exposto frequentemente a microrganismos, que podem ser vírus, bactérias, fungos e parasitas. Estes podem ser transmitidos por outra pessoa (infecção cruzada), pela própria flora residente que o doente possui (infecção endógena), ou através de objectos (infecção ambiental). Mas também a susceptibilidade do doente a factores que influenciam as infecções nosocomiais, não termina pois há uma grande possibilidade de este contrair através de intubações/ventilações, cateterizações, aspiração de secreções, entre outras.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.15) a infecção endógena é caracterizada por “bactérias presentes na flora normal, que causam infecção

através da transmissão a outros locais fora do seu habitat natural”. Como exemplo temos “ (...) vias urinárias, lesão de um tecido (ferida) ou terapêutica antibiótica inapropriada que facilita o crescimento excessivo (fungos) ”.

Infecção exógena ou cruzada transmite-se de doente para doente:

- (...) por contacto directo entre eles (mãos, gotículas de saliva ou de outros fluidos corporais);
- (...) pelo ar (gotículas ou poeiras contaminadas com as bactérias do doente);
- (...) através de profissionais contaminados durante os cuidados ao doente (mãos, roupa, nariz, garganta), que se torna portador transitório ou permanente, transmitindo subsequentemente as bactérias a outros doentes através do contacto directo, na prestação de cuidados;
- (...) através de objectos contaminados pelo doente (incluindo equipamento), pelas mãos dos profissionais, das visitas ou por outra fonte ambiental (água, alimentos).

Segundo Timby (2001, p.428), “A transmissão refere-se à maneira pela qual os microrganismos infecciosos movimentam-se de uma fonte para outra”.

Para Sheely (2001, p.647), “A transmissão é a interacção entre um agente infeccioso e um hospedeiro predisposto”.

Segundo Gueler (1993, p.514): “o importante é reconhecer que as pessoas podem servir de fontes para a sua própria doença ou transmitir a outras pessoas sem estarem doentes”.

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.9) diz-nos, que no serviço de urgência pode haver um aumento das infecções nosocomiais se existirem determinadas condicionantes, tais como

- o aumento do número e da concentração de pessoas;
- alterações mais frequentes da imunidade (idade, doenças, terapêuticas);

- novos microrganismos;
- uma maior resistência bacteriana aos antibióticos.

Para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.11),

Uma taxa elevada de infecções nosocomiais evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis, (...) os doentes internados estão frequentemente imunodeprimidos, são submetidos a exames e terapêuticas invasivas e as práticas de prestação de cuidados aos doentes, assim como o ambiente hospitalar podem facilitar a transmissão de microrganismos entre doentes.

3. Papel do Enfermeiro

Todo o controlo e a vigilância do cumprimento das normas de higiene dos serviços, depende, e muito, da equipa de enfermagem, pois estes são os profissionais que mais tempo permanecem junto do doente, e que realizam inúmeros procedimentos ao doente. Contudo, é de grande importância que os alunos de enfermagem, que executam ensinamentos clínicos nos serviços de urgência, estejam sensibilizados por esta problemática das Infecções Hospitalares, porque estes devem ter formação adequada para a prevenção de infecções nos cuidados prestados e serão também responsáveis pela supervisão da desinfecção de materiais e superfícies executados por outros profissionais de saúde. Os alunos estagiários, irão ser futuros profissionais e tem, como duas metas, a melhoria da qualidade dos cuidados e a redução dos custos no tratamento das infecções hospitalares.

Segundo João Quintela (2003, p.4),

todos os profissionais que trabalham na área da saúde devem ter a preocupação de não serem veículos de transmissão da Infecção Nosocomial. Antes pelo contrário, devem ser sujeitos activos na sua prevenção e controlo.

Para Sousa (2003, p.28),

A formação contínua é assumidamente um factor importante no desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, assim como das organizações, ajudando-os também adaptarem-se às inovações que advém do mundo em permanente mudança, em perseguição de uma qualidade dos serviços prestados.

Segundo Gueler (1993), para que isto não aconteça à enfermagem, esta terá de estar informada sobre os tipos de infecção possíveis, os métodos mais comuns de propagação bem como os factores que predispõem um utente a adquirir uma infecção hospitalar. Também é importante que a equipa de enfermagem saiba reconhecer que tipo de utente esta presente no serviço, com possível risco de infecção, e qual a prevenção e controlo terá de executar, além das prevenções básicas, para diminuir a repercussão de uma determinada infecção.

Segundo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.22) o Enfermeiro tem como papel fundamental:

- participar na comissão de controlo de infecção (...);
- promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das técnicas de enfermagem e a constante revisão das políticas de assepsia nos procedimentos de enfermagem, com a aprovação da comissão de controlo de infecção (...);
- desenvolver programas de formação para enfermeiros (...);
- supervisionar a implementação de técnicas para a prevenção em áreas especializadas, como o bloco operatório, a unidade de cuidados intensivos, a maternidade e a unidade de neonatologia (...);
- monitorizar a aderência dos enfermeiros às políticas instituídas (...);
- manter a higiene no serviço, de acordo com as políticas do hospital e as boas práticas de enfermagem (...);
- monitorizar as técnicas de asséptica, incluindo a lavagem das mãos e a utilização do isolamento (...);

Prevenções Básicas de Infecção e Controlo

- notificar, prontamente, o médico assistente de qualquer evidencia de infecção, nos doentes sob o seu cuidado (...);
- iniciar o isolamento e pedir colheita de amostras para cultura, em qualquer, doente com sinais de doenças transmissível, quando o médico não esteja imediatamente disponível (...);
- limitar a exposição dos doentes a infecções provenientes das visitas, dos profissionais, de outros doentes ou de equipamento utilizado para diagnostico ou tratamento (...);
- manter provisões adequadas e seguras de equipamento, fármaco e material para os cuidados dos doentes (...);
- identificar infecções nosocomiais (...);
- investigar o tipo de infecção e o microrganismo causal (...);
- participar na formação dos profissionais (...);
- participar na investigação de surtos (...);
- desenvolver políticas de controlo de infecção e rever, e aprovar, politicas para os cuidados dos doentes, que sejam relevantes para o controlo de infecção (...);
- assegurar o cumprimento dos regulamentos locais e nacionais (...);
- fazer a ligação com a saúde pública ou outras instituições, quando apropriado (...).

4. Infecção Urinária

A infecção urinária é o tipo de infecção mais frequente, de todas as infecções nosocomiais, sendo que a maior parte destas infecções está associada à técnica da algaliação. Segundo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.58) estas representam 80% das mesmas. Enquanto Elaine Pina (1996) nos dizia que estas representavam 33% das infecções nosocomiais.

Os enfermeiros são os responsáveis pelo cuidar de indivíduos que se encontram algaliados. Desta forma todos os cuidados inerentes à colocação, manutenção do sistema de drenagem e por fim da remoção, são da responsabilidade do enfermeiro. Segundo Bolander (1994), muitos aspectos dos cuidados integram intervenções de enfermagem interdependentes e muitas delas são dirigidas à prevenção e diminuição de possíveis complicações.

Outro factor importante é a desinfecção do meato urinário, sendo que segundo Elaine Pina (1996), este deve ser com água e sabão, ou cloreto de sódio a 0,9%, seguida de secagem do local, e se possível evitar a irrigação com antimicrobianos, já que não constitui medida de prevenção da infecção.

Para o caso de haver uma desconexão acidental, ou propositada do sistema, Paulino et al. (1998) diz-nos que deve ser feita a desinfecção com álcool a 70% da terminação da algália com o saco colector, através de técnica asséptica.

5. Infecção respiratória

Este tipo de infecção ocorre em diferentes grupos, tanto em doentes que necessitam da utilização do ventilador, como em doentes traqueostomizados ou simplesmente alectuados para diminuir este tipo de infecções e segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.62) deve-se:

- fazer a desinfecção e tomar os cuidados adequados para limitar a contaminação, durante a utilização dos tubos, ventiladores e humidificadores;
- abolir a mudança por rotina de tubos respiratórios;
- fazer aspiração traqueal estéril;
- aspirar de forma estéril com a frequência adequada;
- limpar e desinfetar adequadamente os ventiladores e outros dispositivos.

Segundo Thelan, et al. (1994), os enfermeiros tem que seguir determinados passos para a aspiração traqueal.

O material necessário é:

- Uma sonda de aspiração (com 1/3 do lúmen do traqueostoma);
- Luvas esterilizadas;
- Soro fisiológico de 10 ml;
- Frascos de Soro Fisiológico de 100 ml;
- Mascara de Protecção;
- Fonte de O₂ com peça em Y;
- Aspirador.

E esta deve ser executada de determinada forma:

1. Explicar ao doente todos os procedimentos, sempre que possível.
2. Posicionar o doente em *semi-fowler* com hiperextensão do pescoço, se for um doente politraumatizado não executar este procedimento.
3. Lavar as mãos.
4. Ligar a fonte de aspiração com pressão inferior ou igual a 120 mmHg, de forma a não haver traumatismo.

5. Abrir o invólucro da sonda de aspiração e conectar a terminação em Y.
6. Pegar na sonda de aspiração com luvas esterilizadas.
7. Introduzir algumas gotas de soro fisiológico se as secreções estiverem espessas.
8. Inserir a sonda de aspiração, sem estar em aspiração, rodando suavemente com movimentos de 360°, e aspirar num período não superior a 10 segundos.
9. Ventilar o doente com O₂, nos intervalos da aspiração.
10. Nos intervalos deve-se introduzir a sonda num frasco de Soro Fisiológico estéril e aspirar, de forma a “limpar” a sonda de aspiração.
11. Quando terminar de aspirar, lavar a sonda com Soro Fisiológico e rejeita-la em seguida, juntamente com a sonda. Não deixar a sonda na enfermaria para uma futura possível aspiração.

Contudo a aspiração nasal deve ser executada da mesma forma, como se realiza a técnica de aspiração traqueal, mas não utilizando luvas esterilizadas, pois trata-se de uma técnica limpa.

Os humidificadores não estéreis, devem ser utilizados para um doente, se não estiverem a ser utilizados, devem estar secos, sem água, pois se estiverem cheios é um ótimo meio de proliferação de microrganismos. Não descorando a questão do tratamento de água, esta tem que ser estéril, visto que se não for devidamente tratada, pode também conter microrganismos. (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007).

6. Prevenção da Infecção no Serviço de Urgência

Numa prevenção da infecção no serviço de urgência, é necessário executar medidas de controlo, que representam o padrão dos cuidados que deve ser aplicado por rotina a todos os doentes, a fim de reduzir o contágio de microrganismos patogénicos entre doentes e profissionais de saúde. No esquecendo também as medidas de controlo nos procedimentos e terapêuticas invasivas que são essenciais e muito frequentes nos doentes do serviço de urgência. No entanto, quando é necessário a execução de técnicas de suporte avançado de vida, estas vão provocar uma quebra nos mecanismos de protecção do indivíduo, e as defesas naturais podem ser seriamente comprometidas. Como exemplo temos a colocação de sondas nasogástricas que alteram os mecanismos fisiológicos ao obstruir o fluir das secreções dos seios peri-nasais. (Bennett et al., 1992) Outra questão que comporta um grande risco de contrair infecções nosocomiais por parte dos doentes é a inserção de cateteres vasculares, pois estes estabelecem um acesso directo entre o meio externo e o meio intravascular.

A depressão imunitária que está relacionada com o estado do doente e sua gravidade clínica, provoca por vezes uma necessidade de realizar procedimentos invasivos de urgência, e algumas das normas elementares de assepsia podem ser remetidas para segundo plano, principalmente quando o estado do doente agrava seriamente e necessita de cuidados emergentes.

A infecção nosocomial associada ao serviço de urgência, está, geralmente relacionada com procedimentos invasivos que envolvam a técnica asséptica, em relação à gravidade do estado do doente, e com necessidade de executar/realizar procedimentos emergentes/urgentes (Bennett et al. 1992).

Os procedimentos mais importantes no controlo da infecção, são as prevenções básicas, sendo que estas, tem um importante papel na diminuição das infecções.

A prevenção das infecções nosocomiais requer o seguimento de componentes essenciais, e segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.47) estas passam por:

Prevenções Básicas de Infecção e Controlo

- limitar a transmissão de microrganismos entre doentes durante os cuidados directos que lhes são administrados, através da lavagem das mãos e da utilização de luvas, da prática asséptica adequada, de estratégias de isolamento, de práticas de esterilização e desinfecção e tratamento de roupas;
- limitar o risco de infecção endógena minimizando os procedimentos invasivos e promovendo a utilização correcta de antibióticos.

Para prevenir infecções, é necessário, utilizar precauções padrão, que são aplicadas a todos os doentes internados, seja qual for o seu diagnóstico / suspeita de diagnóstico, ou patologia crónica do doente. São estratégias primárias, utilizadas, para um controlo da infecção hospitalar com sucesso. Estas precauções são utilizadas com o contacto com sangue e todos os fluidos orgânicos do doente, sejam secreções, excreções, sudorese, à pele não íntegra e as mucosas.

Precauções básicas para todos os doentes, segundo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.66) são:

- lavar as mãos logo após o contacto com material infeccioso;
- utilizar a técnica “no touch” (sem tocar directamente) sempre que possível;
- utilizar luvas para contactos com sangue, líquidos orgânicos, secreções, excreções mucosas e objectos contaminados;
- lavar as mãos imediatamente após a remoção das luvas;
- manusear os cortos – perfurantes com extremo cuidado;
- remover os derrames infecciosos na primeira oportunidade;
- assegurar que todo o equipamento, materiais e roupa contaminada, são eliminados ou descontaminados após cada utilização;

- assegurar que o circuito de resíduos se faz em segurança.

Para ser realizada um adequado reprocessamento do material devemos fazer uma diferenciação entre desinfecção e esterilização. A desinfecção consiste em eliminar os microrganismos patogénicos, excepto esporos, e a esterilização consiste na eliminação completa de todas as formas de vida microbiana (Manual de prevenção das Infecção das Infecções Hospitalares, 2009).

Quadro nº 1 – Classificação de Spaulding.

Artigos	Definição	Processo
Críticos	Entram em contacto com tecido estéril ou sistema vascular	Esterilização
Semi – críticos	Entram em contacto com mucosas ou pele não íntegra	Desinfecção
Não críticos	Entram em contacto com pele íntegra	Desinfecção ou Limpeza

Fonte: Manual para Prevenção das Infecções Hospitalares (2009, p.57).

Seguindo este quadro material como ambú, máscaras, nebulizadores, máscara de silicone, humidificadores não estéreis, tubuladora, devem ser esterilizados. Sendo que a maior parte destes materiais são, neste momento, de uso único. O ambú não deve ser esterilizado, visto que este fica gravemente danificado. Utilizando-se um filtro, que impede a entrada de para dentro do ambú de microrganismos. Então o ambú deve ser somente desinfectado. Material como braçadeiras de TA, oxímetro, desbifrilador, cabos de monitorização, ventilador, laringoscópio, devem sofrer só desinfecção.

6.1. Lavagem das mãos

Para se prevenir a infecção é necessário reduzir na transmissão de microrganismos de pessoa para pessoa, através de vários elementos.

Desta forma a lavagem das mãos tem sido salientada, ao longo dos anos como sendo um factor de importância major na redução de infecções nosocomiais.

As mãos dos profissionais de saúde são consideradas, segundo Torrado (2005, p.45) a principal via de transmissão dos microrganismos, tornando-se um meio transitório, sendo um elo de ligação entre o foco da infecção e os novos meios de colonização.

Ayton (1991, p.19) sugere que as mãos devem ser lavadas após contacto directo com doentes, antes de manobras assépticas e após a remoção das luvas.

Elaine Pina (1996) enumera algumas situações em que a lavagem das mãos é essencial, tais como: objectos provavelmente contaminados (especialmente os molhados e os húmidos) ou em contacto próximo com o doente; qualquer tipo de contacto com o doente ou material orgânico e qualquer local infectado.

A comissão Controlo Infecção (2004), refere algumas indicações para a lavagem das mãos:

- após manusear sangue, fluidos corporais, excreções, secreções ou qualquer objecto contaminado, quer tenham sido ou utilizadas luvas de protecção;
- entre procedimentos no mesmo doente (para impedir a contaminação cruzada entre locais anatómicos diferentes do mesmo individuo);
- deve utilizar-se um sabão simples nas lavagens ligeiras das mãos;
- a utilização de sabão com antisséptico deve ser feita em situações específicas (controlo de custos ou de infecções endémicas, nas precauções de isolamento de contacto...).

Para que seja feita uma adequada lavagem das mãos, será necessário segundo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007 p.48) de:

- água corrente: lavatórios grandes que requeiram pouca manutenção, com sistemas anti-salpicos e torneiras mãos-livres;
- produtos: sabão ou antisséptico, dependendo do procedimento;

- meios de secagem das mãos sem contaminação (toalhetes de papel).

E segundo a mesma fonte, os desinfetantes específicos para as mãos, como soluções alcoólicas ou gel, anti-séptico, e emoliente, devem ser aplicados nas mãos que estão aparentemente limpas.

Segundo Guideline for Isolation Precautions (2007), existem algumas indicações para o uso específico de água e sabão, aquando da lavagem das mãos:

- Sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com fluidos corporais;
- Ao iniciar o turno;
- Antes e após a realização de actos pessoais (alimentação, pentear...);
- Antes da preparação da terapêutica.

E segundo a mesma fonte recomenda o uso de solução alcoólica:

- Antes e após qualquer contacto com o doente;
- Aquando a transferência do doente;
- Antes de calçar luvas;
- Após contacto com materiais ou equipamentos contaminados.

Também é imprescindível que todos os profissionais, tanto os alunos como os enfermeiros, devem manter uma boa higiene pessoal, apresentando unhas curtas e limpas, e o cabelo deve ser curto ou atado.

6.2. Uso de Luvas

Existem luvas de procedimento (limpas) e luvas esterilizadas, que segundo a Comissão de Controlo de Infecção (2010) o que as diferencia é,

as luvas estéreis devem ser usadas em procedimentos que envolvam assépsia (técnicas assépticas) e as luvas não estéreis (limpas) para procedimentos em que apenas se pretende protecção dos profissionais.

Segundo estas afirmações podemos concluir que as luvas estéreis são utilizadas em procedimentos como, entubação endotraqueal, como a colocação de um cateter central, como colheita de hemoculturas, algaliação. E que as luvas limpas ou de procedimento, devem ser usadas na cateterização venosa periférica, punção venosa, manipulação do circuito de algaliação, colheita de urina, entubação nasogástrica, prevenção das mãos aquando o contacto com sangue, urina, fezes, expectoração, na administração de terapêutica por via endovenosa, rectal, tópica, oral e intramuscular.

No entanto, é preciso ter em conta que o uso de luvas de protecção não dispensa uma correcta lavagem das mãos. Assim a lavagem das mãos deve ser executada antes e depois da utilização de luvas.

Machado et al. (2001, p.4) afirmou que: “ (...) estas devem ser utilizadas sempre que haja contacto com sangue ou outros fluidos corporais...”

Após o contacto com o doente, ou com material orgânico, as luvas devem ser removidas e colocadas em recipientes próprios e a lavagem das mãos deve ser igualmente realizada. As luvas nunca devem ser lavadas nem reutilizadas, visto que se trata de material de uso único.

De acordo com a comissão controlo infecção (2004) o uso de luvas (limpas ou esterilizadas, dependendo do respectivo procedimento), é obrigatório, quando prevê contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos. As luvas de protecção não devem ser usadas como uma segunda pele, nem utilizadas para vários procedimentos, somente para um. Depois de colocadas, as luvas não devem ser mantidas por mais de 30

minutos, nem quando estas se rompem, sendo que se acontecer devem ser retiradas, as mãos devem ser lavadas novamente e colocadas novas luvas.

Uma vez que os microrganismos proliferam nas mãos dentro de um ambiente húmido criado pelo uso de luvas e que frequentemente são danificadas durante os procedimentos, calçar luvas não substitui a necessidade e o dever de lavar as mãos.

As luvas são recomendadas em diversas situações:

- Para reduzir a incidência de contaminação das mãos com material infectado (na prevenções básicas).
- Para reduzir o risco de as pessoas transmitirem a sua flora microbiana para os doentes (procedimentos invasivos).

6.3. Agentes Antimicrobianos

Como nos refere Timby (2001, p.429),

Os agentes antimicrobianos são substâncias químicas que limitam as quantidades de microrganismos infecciosos, destruindo ou suprimindo o seu crescimento. Alguns antimicrobianos são utilizados para a limpeza de equipamentos, superfícies dos móveis e dos objectos inanimados. Outros são aplicados directamente na pele (...).

Quadro nº2 – Agentes antimicrobianos, adaptado de Timby (2001, p.429):

Tipo	Mecanismo	Exemplo	Uso
Sabão	Reduz a tensão superficial do óleo sobre a pele que mantém os microrganismos, facilita a remoção durante o enxaguamento com água corrente	Softaskin®	Higiene
Álcool	A uma concentração de 70%, prejudica as estruturas de proteínas e lipídios na membrana celular interna de alguns microrganismos	Álcool a 70%	Limpeza da Pele e instrumentos
Iodo	Danifica a membrana interna de alguns microrganismos e interrompe as suas funções enzimáticas	Iodopovidona	Limpeza da pele
Sterillium®	Reduz a flora transitória das mãos em 30 Segundos	Sterillium®	Desinfecção alcoólica das mãos
Cutasept®	Desinfecção da pele, bactericida e fungicida	Cutasept®	Desinfecção da pele antes de punções, injeções, cateterismo.

6.4. Prática de uma punção segura

Para a prevenção de infecção entre doentes através de punções e segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007, p.50), deve-se:

- evitar injeções desnecessárias;
- utilizar agulha e seringa estéreis;
- utilizar agulha e seringa descartáveis, se possível;

- seguir praticas seguras na recolha de corto – perfurantes.

Contudo podem haver infecções no local de inserção dos cateteres, por isso, e segundo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.62) deve-se:

- lavar as mãos, utilizando a lavagem higiénica das mãos ou fricção com solução anti – séptica, antes de qualquer tipo de cuidado ao cateter;
- lavar e desinfectar o local de inserção com uma solução anti – séptica;
- não mudar os sistemas mais frequentemente do que os cateteres (...);
- não é, normalmente necessária a mudança de penso;
- se ocorrer infecção local ou flebite, o cateter deve ser imediatamente retirado.

Além destes cuidados não devemos descuidar o risco de picada aquando do mau manuseamento e do transporte das agulhas. Este risco aumenta quando o enfermeiro não tem junto do restante material o contentor de cortantes e perfurantes, quando manipula indevidamente o mandril depois da punção, e também quando há desconexão da agulha da seringa, ou a recapsulagem da agulha.

II. FASE METODOLÓGICA

Na fase metodológica “(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p.40).

Todas as decisões metodológicas tomadas pelo investigador são de enorme importância para a investigação “ (...) para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação” (Fortin, 1999, p.40).

A investigação aplicada à Enfermagem, visa a produção de uma estabilidade científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão como uma ciência. No sentido de procurar uma base científica para a boa prática de enfermagem, a investigação deriva da determinação da metodologia, tendo em consideração o domínio do estudo a realizar.

Segundo o mesmo pensamento,

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1990, p.48).

1. Problema de investigação

A definição do problema de investigação assume primordial importância, uma vez que é devido a este, que o processo de investigação adopta o seu ponto de partida, com o intuito de suprimir, fornecendo instrumentos úteis à compreensão e ao aperfeiçoamento da situação problemática.

O problema de investigação para Fortin (1999, p.374) é um “ Enunciado formal do objectivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar uma resposta.”

Segundo Fortin (1999), para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente um domínio ou um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar e lhe dará uma significação.

Seguindo esta lógica da mesma autora, o problema deve ser actual, isto é, apropriado para dar resposta as questões do dia-a-dia, pertinente para a prática de Enfermagem, e ter como potencial a aquisição de novos conhecimentos.

Para a realização desta investigação houve um problema de investigação que despertou um maior interesse, sendo ele: “Prevenções Básicas da Infecção e Controlo.”

A observação e a experiência pessoal de cada um de nós, constituem campos da prática clínica que mais questões levantam, sugerindo assim importantes domínios a descobrir. Na realidade muitas das vezes nos nossos ensinamentos clínicos perguntamo-nos o porquê de determinada situação, ou quais os factores que a provocaram, e quais são as suas repercussões e como iremos resolvê-las.

Por todas estas causas, é que as vivências dos alunos face às Infecções Hospitalares, foram o domínio escolhido. De facto o tema, respeitado por uns e ignorado por outros, sendo controverso, suscita atitudes diversas em todos os profissionais de saúde.

Na opinião do investigador, sendo a enfermagem uma ciência, perfeccionista, lidar todos os dias com infecções hospitalares, que podem levar a prejuízos incalculáveis, tanto a nível pessoal (doente e/ou cuidador), como a nível institucional, nada melhor que os alunos que vivenciaram um processo de ensino clínico, analisarem/reflectirem o que se fez de correcto e de errado, e o que se pode alterar numa futura vida profissional.

De acordo com todos estes pressupostos, definiu-se para este estudo, o seguinte problema de investigação: **Prevenções Básicas de Infecção e Controlo, vivências dos alunos do 4ºAno da Licenciatura em Enfermagem, durante o ensino clínico de Urgência.**

O problema para a investigação assume uma grandeza, que abrange todo o tipo de pessoas. Contudo, aquando da realização desta pesquisa e para que esta seja credível e rigorosa, é necessário especificá-la, através de alguns objectivos, que orientam na direcção correcta.

Sendo assim, o investigador para o presente estudo definiu os seguintes objectivos:

- Identificar técnicas de Prevenções Básicas de Infecção pelos alunos do 4ºAno de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, durante o ensino clínico de Urgência.
- Avaliar técnicas executadas por parte dos alunos do 4ºAno de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa sobre o controlo da infecção no serviço de Urgência.

De acordo com Fortin (1999, P.40) “O objectivo é mais geral e as questões ou as hipóteses vêm precisar o objectivo”.

2. Questões de Investigação

Segundo Fortin (1999, p.101) “ A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

Face ao exposto, e tendo em conta o enunciado do problema, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as técnicas de Prevenção Básica de Infecção utilizadas pelos alunos do 4ºAno de enfermagem durante o ensino clínico de Urgência?
- Como executaram as técnicas de prevenção e controlo infecção os alunos do 4º Ano de Enfermagem, durante o ensino clínico de Urgência?

3. Desenho da Investigação

O desenho da investigação engloba, a tomada de decisões importantes relativamente ao seguimento de cada tipo de investigação, tentando sempre ser o mais perfeito, e desta forma reduzindo as ameaças a sua validade.

São variados os elementos que contribuem para o estabelecer de um desenho de investigação apropriado, de forma a poder responder a questões levantadas pela problemática da investigação, nomeadamente,

(...) o ou os meios onde o estudo será realizado; a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlar variáveis estranhas; os instrumentos de colheita dos dados; o tratamento dos dados (Fortin, 1999, p.132).

Trata-se de um estudo do tipo descritivo – exploratório, visto que, “ (...) visa denominar, classificar, descrever, uma população ou conceptualizar uma situação” Fortin (1999, pp.137-138). Com este estudo a descrição das variáveis induz a uma interpretação teórica a nível das Infecções Hospitalares.

Uma das vantagens deste estudo, é que, nos permite, considerar simultaneamente a caracterização da amostra e compreensão dos aspectos, relacionados com as Infecções Hospitalares revelados num contexto que foi vivenciado.

As opções metodológicas tomadas conferem-lhe um cariz evidentemente quantitativo, uma vez que permite a obtenção de maior quantidade de informação, o que é pretendido, tendo em conta o objectivo deste estudo.

Segundo Fortin (1999), o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos. Para o mesmo autor a objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.

4. População

A população segundo Fortin (1999, p.41) “ (...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Assim sendo, a população que serviu de base ao estudo, ou o universo populacional são **todos os alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem, que realizaram ensino clínico de Urgência no ano lectivo 2009/2010.**

5. Amostra e Processo de Amostragem

Segundo o problema em estudo, torna-se necessário seleccionar um subgrupo desse universo que se traduzirá, numa réplica em miniatura da população alvo.

A amostra deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada. (Fortin, 1999)

Na impossibilidade de incluir no estudo em causa todos os elementos da população em estudo (alunos de Enfermagem do 4º Ano), foi necessário recorrer à selecção de uma amostra representativa dessa população.

De acordo com este estudo, a amostra seleccionada, baseou-se na técnica de amostragem não probabilística, que consiste num “ (...) procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar amostra”. Sendo do tipo acidental, uma vez que “ (...) é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”. (Fortin, 1999, p.208)

Sendo assim, da população foram seleccionados 40 alunos do 4º ano da licenciatura de Enfermagem.

6. Variáveis

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. Fortin (1999, p.36)

Na presente investigação definem-se dois tipos de variáveis, a variável dependente e a variável independente.

Fortin (1999, p.37) refere que: “A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”.

Então, para este estudo definiu-se Prevenções Básicas da Infecção, com sendo a variável dependente, visto que esta está ou não relacionada com vários factores que representam as variáveis independentes.

A variável independente é aquela variável manipulada, medida ou seleccionada pelo investigador, com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente, ou seja, é usada para influenciar a outra variável (Fortin, 1999).

Sendo assim, para este estudo considerou-se que as variáveis independentes seriam as técnicas utilizadas, o material disponível, a protecção individual, a organização e condições físicas dos serviços, a preocupação e a atenção dos alunos, para a problemática.

7. Instrumento de colheita de dados

Num estudo de investigação, a colheita de dados é deveras importante, visto que possibilita obter os dados necessários, de forma a obter o pretendido.

No seguimento do problema de investigação, dos objectivos e das variáveis em estudo, assim como a população e a amostra utilizadas e das estratégias de análise de dados a

considerar, o investigador deve escolher um instrumento de recolha de dados mais adequado, de forma a obter os resultados esperados, num universo de técnicas possíveis.

Por isso, no presente estudo, o investigador optou por a aplicação de um questionário, como instrumento de colheita de dados, sendo que este é, um método de recolha de informações que melhor se adequa aos objectivos e às finalidades do estudo.

Então o questionário que foi aplicado pelo investigador (Anexo I), está dividido em duas partes. A parte I, serve para a definir amostra, e a parte II encontra-se dividida em duas etapas, a primeira para definir indicadores de estrutura do serviço de Urgência e a segunda serve para definir a protecção individual. Sendo que todas estas partes encontram-se antecedidas de explicações para o seu correcto preenchimento.

8. Pré – teste

O instrumento de colheita de dados tem de ser testado para verificar a validade, precisão e clareza dos mesmos.

Para a realização deste elabora-se um esboço e a partir dele, tenta-se que o enunciado de cada questão seja claro, preciso (sem ambiguidade) e sem tendencialidade. Contudo as questões foram estruturadas com o cuidado de terem uma sequência lógica, de forma a poder estimular a colaboração e a franqueza dos inquiridos.

O pré – teste consiste em testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da população ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso. (Lakatos, et al. 1990, p.29)

Por isso o questionário deve ser testado antes de ser aplicado definitivamente. Este foi aplicado numa pequena população escolhida de cerca de 10% do tamanho final da amostra. Sendo a amostra de 40 alunos, ao pré – teste responderam 4 alunos do 4º Ano da licenciatura em Enfermagem, não tendo sido incluído na amostra.

Na sua totalidade o pré – teste aplicado foi de fácil interpretação, levando assim a respostas objectivas, não sendo necessária qualquer correcção. A partir destes resultados consideramos a versão inicial do questionário definitiva, e a sua utilização como instrumento de recolha de dados.

9. Tratamento e análise dos dados

Depois de elaborada a colheita dos dados, é necessário por parte do investigador fazer a sua organização e a sua interpretação. Os dados, que não forem tratados tem uma grande probabilidade de não fazerem o respectivo sentido, e de serem confundidos em vez de serem esclarecedores, devido à grande diversidade de respostas.

Para o tratamento estatístico dos dados, procedeu-se ao processamento dos mesmos, utilizando o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0. Os dados recolhidos e analisados estão em quadros, com o objectivo de possibilitar uma visualização mais precisa dos dados.

Fortin (1999), a análise dos dados, refere-se ao conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, bem como classificar, descrever e interpretar os dados colhidos próximo dos sujeitos. Os resultados que provém dos factos observados no decurso da colheita de dados, devem ser analisados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema sobre o qual a investigação incide.

10. Considerações Éticas

Qualquer investigação realizada, provoca questões morais e éticas, no seu desenrolar, pelo que é necessário proteger todos os direitos e liberdades dos inquiridos, que participaram no estudo.

Fortin (1999, p.116) define que:

A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e as

liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética (...).

Os princípios éticos estabelecidos pelo código de ética de Nuremberga, que estão descritos por Fortin (1999) são:

- O direito à autodeterminação – este baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Por isso foi explicado aos alunos que participaram no estudo o seu direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação.
- O direito à intimidade – Faz referencia à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceitar partilhar informações íntimas e privadas. Por isso o estudo pretende ser menos invasivo possível. O aluno terá liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar.
- O direito ao Anonimato e à Confidencialidade – Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. Por isso os resultados serão apresentados de forma a que nenhum aluno tenha a possibilidade de ser identificado.
- O direito à protecção contra o Desconforto e Prejuízo – este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. Este direito por sua vez, diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo. Não estão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.
- O direito ao Tratamento Justo e Equitativo – refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.

Este direito refere-se à informação fornecida, o fim e duração da investigação, para a qual foi solicitada a participação do aluno, bem como os métodos utilizados no estudo.

Segundo estas considerações éticas a ter em conta, foi também necessário, o preenchimento de um formulário, dirigido à direcção da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, para a obtenção de um consentimento favorável, para a aplicação do instrumento de colheita de dados, conforme consta do pedido de autorização.

III.FASE EMPÍRICA

1. Apresentação e análise dos resultados

Após ter sido feita a descrição da metodologia, procedeu-se à compreensão e análise e discussão dos resultados obtidos.

Com esta fase pretendeu-se dar a conhecer todos os dados recolhidos nos 40 questionários que foram aplicados. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas, com a respectiva análise, sendo que estes seguem a ordem do questionário.

De acordo com Fortin (1999), análise dos dados, refere-se ao conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, bem como classificar, descrever e interpretar os dados colhidos próximo dos sujeitos. Os resultados que provém dos factos observados no decurso da colheita de dados, devem ser analisados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema sobre o qual a investigação incide.

Numa primeira fase descreveu-se a amostra. Numa segunda parte demonstrou-se a estrutura que os alunos tinham à disposição, e por fim verificou-se a protecção individual de cada aluno. Sendo que recorreu-se à estatística descritiva.

Segundo Fortin (1999, p. 277), estatística descritiva é:

A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos, pela medida das variáveis.

1.1 Caracterização da amostra

Nesta primeira fase, caracterizou-se amostra, através de tabelas, ao qual se seguiu a descrição imediata dos fenómenos.

Quadro 3 – Género

	n	fi %
<i>Masculino</i>	10	25,0 %
<i>Feminino</i>	30	75,0 %
Total	40	100,0 %

Com base na análise do quadro 1, constatou-se que a amostra em estudo perfazia um total de 40 alunos, sendo que esta amostra era predominantemente do género feminino, com uma frequência relativa de 75%, e os restantes 25% a pertencerem ao género masculino.

Quadro 4 – Idade

	n	fi %
21	7	17,5 %
22	16	40,0 %
23	7	17,5 %
24	6	15,0 %
26	1	2,5 %
29	1	2,5 %
30	1	2,5 %
31	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Com base nos resultados do quadro 2, chegou-se à conclusão, que os alunos se encontravam com idade compreendida entre os 21 e os 31 anos, sendo a sua moda etária de 22 anos, com frequência relativa de 40%, correspondendo a 16 alunos.

Quadro 5 – Realização do ensino clínico

	n	fi %
<i>Sim</i>	40	100,0 %

Segundo os resultados obtidos, verificou-se que, todos os elementos da amostra realizaram ensino clínico de Urgência, com uma frequência relativa de 100%.

Quadro 6 – Tipo de Urgência onde foi realizado ensino clínico

	n	fi %
<i>Urgência Básica</i>	6	15,0 %
<i>Urgência Médico – Cirúrgica</i>	17	42,5 %
<i>Urgência Polivalente</i>	16	40,0 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

No que diz respeito ao tipo de urgência onde os alunos realizaram ensino clínico, verificou-se que dos 40 estagiários, 42,5% realizaram numa Urgência Médico – Cirúrgica, 40% realizaram numa Urgência Polivalente, e 15% numa Urgência Básica. Sendo que um aluno não respondeu.

1.2 Indicadores de Estrutura / Protecção Individual

Quadro 7 – Existência de torneira accionada por célula fotoelétrica

	n	fi %
<i>Sim</i>	18	45,0 %
<i>Não</i>	20	50,0 %
<i>Não Respondeu</i>	2	5,0 %
Total	40	100,0 %

No serviço de Urgência onde os alunos realizaram ensino clínico, verificou-se que 45% dos sítios existia torneira accionada por célula fotoelétrica, em 50% dos sítios não existia, e 5% dos alunos não respondeu.

Quadro 8 – Existência de torneira accionada pelo cotovelo

	n	fi %
<i>Sim</i>	22	55,0 %
<i>Não</i>	15	37,5 %
<i>Não Respondeu</i>	3	7,5 %
Total	40	100,0 %

Pela observação do quadro, segundo os alunos, em 55% das urgências existia torneira accionada pelo cotovelo, em 37,5% não existia, e 7,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 9 – Existência de torneira accionada pelo pé

	n	fi %
<i>Sim</i>	8	20,0 %
<i>Não</i>	27	67,5 %
<i>Não Respondeu</i>	5	12,5 %
Total	40	100,0 %

Os alunos, através desta questão verificaram, que, 20% das urgências havia torneira accionada pelo pé, em 67,5% não havia, e 12,5% não responderam.

Quadro 10 – Existência de torneira accionada manualmente

	n	fi %
<i>Sim</i>	29	72,5 %
<i>Não</i>	8	20,0 %
<i>Não Respondeu</i>	3	7,5 %
Total	40	100,0 %

Verificou-se, através dos alunos, com esta questão que, em 72,5% das urgências havia torneira accionada manualmente, em 20% não havia torneira accionada manualmente e 7,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 11 – Existência de suporte para toalhetes

	n	fi %
<i>Sim</i>	38	95,0 %
<i>Não respondeu</i>	2	5,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à existência de suporte para toalhetes, os alunos, verificaram, que em 95% dos locais existia, e houve 2 alunos que não responderam.

Quadro 12 – Existência de doseador de sabão

	n	fi %
<i>Sim</i>	40	100,0 %

Relativamente à existência de doseador de sabão, 100% dos alunos verificaram que existia.

Quadro 13 – Existência de doseador anti-séptico

	n	fi %
<i>Sim</i>	39	97,5 %
<i>Não</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente á existência de doseador anti – séptico, os alunos, verificaram que em 97,5% dos serviços de urgência existia, e que em 2,5% não existia.

Quadro 14 – Existência de solução alcoólica para desinfeção das mãos

	n	fi %
<i>Sim</i>	40	100,0 %

Relativamente á existência de solução alcoólica para a desinfeção das mãos, os alunos, disseram que em, 100% dos locais onde se realizaram ensino clínico.

Quadro 15 – Verificação se o equipamento estava limpo e arrumado

	n	fi %
<i>Sim</i>	38	95,0 %
<i>Não</i>	2	5,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à arrumação e à limpeza do equipamento, verificaram os alunos, que em 95% dos locais o equipamento estava limpo e arrumado, sendo que não estava em 5%.

Quadro 16 – Verificação se havia reutilização de material de uso único

	n	fi %
<i>Sim</i>	8	20,0 %
<i>Não</i>	32	80,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à reutilização de material de uso único, verificaram os alunos, que em 80% dos locais de estágio não há reutilização de material de uso único, sendo que em 20% dos locais existia reutilização.

Quadro 17 – Verificação se o equipamento era descontaminado após uma utilização

	n	fi %
<i>Sim</i>	34	85,0 %
<i>Não</i>	6	15,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à descontaminação do equipamento após uma utilização, os alunos, verificaram que em 85% dos locais era feita a descontaminação, sendo que não era em 15%.

Quadro 18 – Verificação se as superfícies eram desinfectadas após a sua utilização

	n	fi %
<i>Sim</i>	25	62,5 %
<i>Não</i>	15	37,5 %
Total	40	100,0 %

Os alunos relativamente á desinfecção das superfícies verificaram que, em 62,5% dos locais eram desinfectadas após a utilização, e que em 37,5% não era.

Quadro 19 – Existência de contentores grupo I e II

	n	fi %
<i>Sim</i>	38	95,0 %
<i>Não</i>	2	5,0 %
Total	40	100,0 %

Os alunos verificaram, relativamente à existência de contentores grupo I e II, que são aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento/hospitalar não perigoso, e que em 95% dos casos existia, sendo que em 5% dos mesmos não existia.

Quadro 20 – Existência de contentores grupo III

	n	fi %
<i>Sim</i>	35	87,5 %
<i>Não</i>	5	12,5 %
Total	40	100,0 %

Os alunos, verificaram, relativamente há existência de contentores grupo III, que são aqueles que contem resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, e que em 87,5% dos serviços existia, sendo que não existia em 12,5% dos serviços.

Quadro 21 – Existência de contentores grupo IV

	n	fi %
<i>Sim</i>	19	47,5 %
<i>Não</i>	21	52,5 %
Total	40	100,0 %

Os alunos, relativamente há existência de contentores grupo IV, que contém resíduos de vários tipos de incineração obrigatória/órgãos, verificaram que só 47,5% dos locais o possuíam, sendo que em 52,5% não existia.

Quadro 22 – Existência de contentores para cortantes e perfurantes

	n	fi %
<i>Sim</i>	40	100,0 %

Relativamente a existência de contentores para cortantes e perfurantes, todos os alunos, verificaram que este estava presente em 100% dos serviços de urgência.

Quadro 23 – Antes da utilização do material de oxigenoterapia, verificou a existência de copos de humidificação não esterilizados

	n	Fi %
<i>Sim</i>	36	90,0 %
<i>Não</i>	4	10,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à existência de copos de humidificação, verificaram os alunos, que estes existiam em 90% dos serviços de urgência, sendo que não existiam em 10% dos serviços.

Quadro 24 – Se existiam, estes eram substituídos entre cada doente

	n	fi %
<i>Sim</i>	23	65,0 %
<i>Não</i>	10	27,5 %
<i>Não Respondeu</i>	3	7,5 %
Total	36	100,0 %

Relativamente à substituição dos copos de humidificação entre cada doente, os alunos, verificaram que em 65% dos serviços de urgência estes eram substituídos, sendo que em 27,5% dos serviços não eram ou não foi observado por parte dos alunos, 7,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 25 – Antes da utilização de material de oxigenoterapia, verificou a existência de humidificadores de água estéril do tipo “Aquapak®”

	n	fi %
<i>Sim</i>	33	82,5 %
<i>Não</i>	7	17,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à existência de humidificadores de água estéril, os alunos, verificaram que em 82,5% havia, não havendo ou não observado em somente 17,5% dos serviços de urgência.

Quadro 26 – Se existiam, humidificadores de água estéril do tipo “Aquapak®”, estes eram substituídos entre cada doente

	n	fi %
<i>Sim</i>	14	42,5 %
<i>Não</i>	15	45,0 %
<i>Não Respondeu</i>	4	12,5 %
Total	33	100,0 %

Relativamente à substituição dos humidificadores de água estéril, os alunos, verificaram, que só em 42,5% dos locais é que eram substituídos, e que em 45% dos locais não era substituídos ou não foi observado por parte dos alunos, cerca de 12,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 27 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se era feita a desinfecção do aspirador

	n	fi %
<i>Sim</i>	25	62,5 %
<i>Não</i>	15	37,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à realização da desinfecção do aspirador de secreções, os alunos, verificaram, que em 62,5% dos serviços de urgência esta era feita, sendo que nos restantes locais não era executada ou não foi observado pelos alunos, 37,5%.

Quadro 28 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se era substituída tubuladora entre cada doente

	n	fi %
<i>Sim</i>	29	72,5 %
<i>Não</i>	11	27,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à substituição da tubuladora entre cada doente, os alunos, verificaram que esta era substituída em 72,5%, não sendo substituída/observada em 27,5% dos locais onde se realizou ensino clínico.

Quadro 29 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se era desinfectado o reservatório das secreções

	n	fi %
<i>Sim</i>	30	75,0 %
<i>Não</i>	10	25,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à desinfecção do reservatório das secreções, os alunos, verificaram que em 75% dos locais a desinfecção era realizada, sendo que em 25% não era.

Quadro 30 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a sonda de aspiração era substituída entre cada intervenção ao doente.

	n	fi %
<i>Sim</i>	34	85,0 %
<i>Não</i>	6	15,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à substituição da sonda de aspiração por cada intervenção no doente, verificaram os alunos, que em 85% dos locais esta era substituída, sendo que em 15% não era substituída/observada.

Quadro 31 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a cânula de Yankuer era substituída entre cada intervenção ao doente.

	n	fi %
<i>Sim</i>	19	47,5 %
<i>Não</i>	18	45,0 %
<i>Não Respondeu</i>	3	7,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à substituição da cânula de Yankuer entre cada intervenção ao doente, verificaram os alunos, que em 47,5% dos locais esta era substituída, e que em 45% não era, sendo que 7,5% não respondeu.

Quadro 32 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se o tubo de Guedel era substituído entre cada intervenção ao doente.

	n	fi %
<i>Sim</i>	21	52,5 %
<i>Não</i>	18	45,0 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à substituição do tubo de Guedel, a cada intervenção no doente, verificaram os alunos, que em 52,5% dos locais era substituído, e que em 45% mantinha-se o mesmo, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 33 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a terminação em Y era substituída entre cada doente.

	n	fi %
<i>Sim</i>	29	72,5 %
<i>Não</i>	11	27,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à substituição da terminação em Y entre cada doente, os alunos, verificaram que em 72,5% era substituída, sendo que em 27,5% dos locais mantém-se a mesma.

Quadro 34 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções, verificou se a água bidestilada, para lavagem da sonda, se era substituída entre cada doente.

	n	fi %
<i>Sim</i>	32	80,0 %
<i>Não</i>	7	17,5 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à substituição da água bidestilada entre cada doente, os alunos, verificaram que em 80% dos locais era substituída e que em 17,5% dos locais, mantinha-se a mesma, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 35 – Verificou se a braçadeira de TA era desinfectada entre cada doente

	n	fi %
<i>Sim</i>	12	30,0 %
<i>Não</i>	28	70,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à desinfectação da braçadeira de TA entre cada doente, verificou-se que só em 30% dos locais é que era efectuada, sendo que nos restantes 70% não era verificada.

Quadro 36 – Verificou se o oxímetro era desinfectado entre cada doente

	n	fi %
<i>Sim</i>	17	42,5 %
<i>Não</i>	22	55,0 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à desinfecção do oxímetro entre cada doente, verificaram os alunos, que em 42,5% dos locais era verificada, mas nos restantes 55% não era verificada, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 37 – Verificou se os cabos de monitorização electrocardiográfica eram desinfectados entre cada doente

	n	fi %
<i>Sim</i>	20	50,0 %
<i>Não</i>	20	50,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à desinfecção dos cabos de monitorização electrocardiográfica, verificaram os alunos, que em 50% dos locais era verificada e em 50% dos locais não era verificada.

Quadro 38 – Verificou se o desfibrilador era desinfectado entre cada utilização

	n	fi %
<i>Sim</i>	37	92,5 %
<i>Não</i>	3	7,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à desinfecção do desfibrilador entre cada utilização, averiguaram os alunos, que em 92,5% dos serviços de urgência era verificada, sendo que em 7,5% não o era.

Quadro 39 – Verificou se o ventilador era desinfectado entre cada utilização

	n	fi %
<i>Sim</i>	38	95,0 %
<i>Não</i>	1	2,5 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à desinfeção do ventilador nos serviços de urgência, os alunos, verificaram que em 95% dos serviços era verificada, sendo que em 2,5% não o era, e 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 40 – Verificou se era substituído material de desfibrilação entre cada utilização

	n	fi %
<i>Sim</i>	35	87,5 %
<i>Não</i>	4	10,0 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à substituição do material de desfibrilação, os alunos, verificaram que 87,5% dos locais se verificava a sua substituição e que em 10% dos locais não se verificou, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 41 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da cateterização venosa

	n	fi %
<i>Por Vezes</i>	4	10,0 %
<i>Frequentemente</i>	13	32,5 %
<i>Sempre</i>	23	57,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos antes da cateterização venosa, verificou-se que 57,5% dos alunos executava-a sempre antes da cateterização venosa, que 32,5% executava-a frequentemente, e 10% executava-a por vezes.

Quadro 42 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da cooperação, na entubação endotraqueal

	n	fi %
<i>Nunca</i>	4	10,0 %
<i>Por Vezes</i>	2	5,0 %
<i>Frequentemente</i>	7	17,5 %
<i>Sempre</i>	24	60,0 %
<i>Não Respondeu</i>	3	7,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos antes da entubação endotraqueal, verificou-se que 60% dos alunos a executava sempre, que 17,5% a executava frequentemente, que 5% a executava por vezes, e que 10 % nunca a executava, sendo que 7,5% não respondeu.

Quadro 43 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da entubação nasogástrica

	n	fi %
<i>Por Vezes</i>	2	5,0 %
<i>Frequentemente</i>	13	32,5 %
<i>Sempre</i>	25	62,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica da lavagem das mãos antes da entubação nasogástrica, verificou-se que 62,5% dos alunos executava-a sempre, que 32,5% a executava frequentemente, e que 5% a executava por vezes.

Quadro 44 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da entubação orogástrica

	n	fi %
<i>Por Vezes</i>	2	5,0 %
<i>Frequentemente</i>	13	32,5 %
<i>Sempre</i>	23	57,5 %
<i>Não Respondeu</i>	2	5,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos antes da entubação orogástrica, verificou-se que 57,5% dos alunos a executavam sempre, que 32,5% a executava frequentemente, e que 5% a executava por vezes, sendo que 5% não respondeu.

Quadro 45 – Executou técnica de lavagem das mãos antes da aspiração de secreções

	n	fi %
<i>Por Vezes</i>	6	15,0 %
<i>Frequentemente</i>	16	40,0 %
<i>Sempre</i>	18	45,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos antes da aspiração de secreções, verificou-se que 45% dos alunos a executava sempre, que 40% a executava frequentemente, e que 15% a executava por vezes.

Quadro 46 – Executou técnica de lavagem das mãos após contacto com mucosas e pele não íntegra

	n	fi %
<i>Frequentemente</i>	10	25,0 %
<i>Sempre</i>	30	75,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos depois do contacto com mucosas e pele não íntegra, verificou-se que 75% dos alunos, a executava sempre, e que 25% a executava frequentemente.

Quadro 47 – Executou técnica de lavagem das mãos após contacto com fluidos corporais

	n	fi %
<i>Frequentemente</i>	2	5,0 %
<i>Sempre</i>	38	95,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos pelos alunos após o contacto com fluidos corporais verificou-se que, 95% a executava sempre, e que 5% a executava frequentemente.

Quadro 48 – Executou técnica de lavagem das mãos ou substituiu-a por desinfecção alcoólica

	n	fi %
<i>Nunca</i>	3	7,5 %
<i>Por Vezes</i>	18	45,0 %
<i>Frequentemente</i>	7	17,5 %
<i>Sempre</i>	11	27,5 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos ou a sua substituição por desinfecção alcoólica, por parte dos alunos, verificou-se que, 27,5% a substituíam sempre, que 17,5% a substituíam frequentemente, que 45% a substituíam por vezes, e que 7,5% nunca a substituíam, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 49 – Executou técnica de lavagem das mãos conforme a norma aprendida e tempos preconizados

	n	fi %
<i>Nunca</i>	2	5,0 %
<i>Por Vezes</i>	4	10,0 %
<i>Frequentemente</i>	14	35,0 %
<i>Sempre</i>	19	47,5 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à execução da técnica de lavagem das mãos conforme a norma aprendida e tempos preconizados por parte dos alunos, verificou-se que, 47,5% a executava sempre conforme a norma aprendida e tempos preconizados, que 35% a executava frequentemente conforme a norma aprendida e tempos preconizados, que 10% a executava por vezes conforme a norma aprendida e tempos preconizados, e que 5% nunca a executava conforme a norma aprendida e tempos preconizados, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 50 – Utilizou luvas esterilizadas para técnicas assépticas

	n	fi %
<i>Nunca</i>	1	2,5 %
<i>Por Vezes</i>	1	2,5 %
<i>Frequentemente</i>	3	7,5 %
<i>Sempre</i>	35	87,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas esterilizadas por parte dos alunos em técnicas assépticas, verificou-se que, 87,5% utilizou-as sempre, que 7,5% utilizou-as frequentemente, que 2,5% utilizou-as por vezes, e que 2,5% nunca as utilizou.

Quadro 51 – Utilizou luvas limpas para técnicas não assépticas

	n	fi %
<i>Nunca</i>	1	2,5 %
<i>Por Vezes</i>	2	5,0 %
<i>Frequentemente</i>	9	22,5 %
<i>Sempre</i>	28	70,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas limpas para a execução de técnicas não assépticas, por parte dos alunos, verificou-se que, 70% utilizou-as sempre, que 22,5% as utilizou frequentemente, que 5% por vezes as utilizou, e que 2,5% nunca as utilizou.

Quadro 52 – Utilizou luvas de “palhaço” em vez de luvas limpas

	n	fi %
<i>Nunca</i>	23	57,5 %
<i>Por Vezes</i>	14	35,0 %
<i>Frequentemente</i>	2	5,0 %
<i>Sempre</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas de “palhaço” para substituir luvas limpas, por parte dos alunos, verificou-se que, 2,5% utilizou sempre luvas de “palhaço” em vez de luvas limpas, que 5% utilizou frequentemente luvas de “palhaço” em vez de luvas limpas, que 35% utilizou por vezes luvas de “palhaço” em vez de luvas limpas, e que 57,5% nunca utilizou luvas de “palhaço” em vez de luvas limpas.

Quadro 53 – Utilizou luvas e substituiu-as de doente para doente

	n	fi %
<i>Frequentemente</i>	1	2,5 %
<i>Sempre</i>	39	97,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas e a sua substituição de doente para doente, verificou-se que 97,5% dos alunos a substituiu sempre, sendo que 2,5% frequentemente as substituiu.

Quadro 54 – Utilizou luvas e substituiu-as entre cada procedimento ao doente

	n	fi %
<i>Nunca</i>	2	5,0 %
<i>Por Vezes</i>	13	32,5 %
<i>Frequentemente</i>	16	40,0 %
<i>Sempre</i>	9	22,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas e à sua substituição, a cada procedimento que os alunos executaram ao doente, verificou-se que, 22,5% trocou sempre de luvas por cada procedimento que executava ao mesmo doente, que 40% trocava frequentemente de luvas quando executava cada procedimento ao doente, que 32,5% por vezes trocava de luvas entre cada procedimento ao doente, e que 5% dos alunos nunca trocava de luvas entre cada procedimento ao doente.

Quadro 55 – Utilizou luvas e retirou-as após os procedimentos

	n	fi %
<i>Nunca</i>	1	2,5 %
<i>Por Vezes</i>	2	5,0 %
<i>Frequentemente</i>	2	5,0 %
<i>Sempre</i>	35	87,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas e à retirada das luvas após os procedimentos executados pelos alunos, verificou-se que, 87,5% dos alunos retirou-as sempre aquando cada procedimento, que 5% retirou-as sempre e por vezes, e que 2,5% nunca as retirou.

Quadro 56 – Utilizou luvas e não tocou com as luvas “suja” em superfícies ou objectos

	n	fi %
<i>Nunca</i>	4	10,0 %
<i>Por Vezes</i>	17	42,5 %
<i>Frequentemente</i>	12	30,0 %
<i>Sempre</i>	7	17,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas e ao não tocar com as luvas “suja” em superfícies ou objectos por parte dos alunos, verificou-se que 17,5% dos alunos tocou sempre, que 30% frequentemente não tocou, que 42,5% por vezes não tocou, e que 10% nunca tocou.

Quadro 57 – Utilizou luvas limpas na aspiração nasal

	n	fi %
<i>Nunca</i>	5	12,5 %
<i>Por Vezes</i>	6	15,0 %
<i>Frequentemente</i>	5	12,5 %
<i>Sempre</i>	24	60,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas limpas, por parte dos alunos, na aspiração nasal, verificou-se que 60% dos alunos utilizou sempre luvas limpas, que 12,5% utilizou frequentemente luvas limpas, que 15% utilizou por vezes luvas limpas, e que 12,5% nunca utilizou luvas limpas.

Quadro 58 – Utilizou luvas e esterilizadas na aspiração orotraqueal

	n	fi %
<i>Nunca</i>	4	10,0 %
<i>Por Vezes</i>	7	17,5 %
<i>Frequentemente</i>	12	30,0 %
<i>Sempre</i>	16	40,0 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas esterilizadas por parte dos alunos na aspiração orotraqueal, verificou-se que, 40% utilizou sempre luvas esterilizadas, que 30% utilizou frequentemente luvas esterilizadas, que 17,5% utilizou por vezes luvas esterilizadas, e que 10% nunca utilizou luvas esterilizadas, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 59 – Utilizou luvas esterilizadas na aspiração por traqueostomia

	n	fi %
<i>Nunca</i>	2	5,0 %
<i>Por Vezes</i>	5	12,5 %
<i>Frequentemente</i>	10	25,0 %
<i>Sempre</i>	22	55,0 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas esterilizadas por parte dos alunos, na aspiração por traqueostomia, verificou-se que, 55% utilizou luvas esterilizadas, que 25% dos alunos utilizou por vezes luvas esterilizadas, que 12,5% utilizou por vezes, e que 5% nunca utilizou luvas esterilizadas na aspiração por traqueostomia, sendo que 2,5% não respondeu.

Quadro 60 – Utilizou luvas esterilizadas na aspiração por tubo endotraqueal

	n	fi %
<i>Nunca</i>	2	5,0 %
<i>Por Vezes</i>	4	10,0 %
<i>Frequentemente</i>	9	22,5 %
<i>Sempre</i>	22	55,0 %
<i>Não Respondeu</i>	3	7,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas esterilizadas por parte dos alunos na aspiração por tubo endotraqueal, verificou-se que, 55% utilizou sempre luvas esterilizadas, que 22,5% utilizou frequentemente luvas esterilizadas, que 10% utilizou por vezes, e que 5% nunca utilizou luvas esterilizadas, sendo que 7,5% não respondeu.

Quadro 61 – Colocou as luvas junto ao doente

	n	fi %
<i>Nunca</i>	15	37,5 %
<i>Por Vezes</i>	8	20,0 %
<i>Frequentemente</i>	6	15,0 %
<i>Sempre</i>	11	27,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à colocação das luvas junto ao doente por parte dos alunos, verificou-se que 27,5% colocou-as sempre junto ao doente, que 15% frequentemente as colocou junto ao doente, que 20% por vezes a colocou junto ao doente, e que 37,5% nunca as colocou junto ao doente.

Quadro 62 – Colocou as luvas na sala de trabalho

	n	fi %
<i>Nunca</i>	19	47,5 %
<i>Por Vezes</i>	8	20,0 %
<i>Frequentemente</i>	6	15,0 %
<i>Sempre</i>	7	17,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à colocação das luvas por parte dos alunos, na sala de trabalho, verificou-se que 17,5% colocou-as sempre na sala de trabalho, que 15% colocou-as frequentemente na sala de trabalho, que 20% por vezes as colocou na sala de trabalho, e que 47,5% nunca as colocou na sala de trabalho.

Quadro 63 – Aquando da cateterização venosa periférica fez preparação da pele com anti-séptico

	n	fi %
<i>Por Vezes</i>	3	7,5 %
<i>Frequentemente</i>	3	7,5 %
<i>Sempre</i>	34	85,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à preparação da pele com anti-séptico aquando a cateterização venosa, verificou-se que 85% dos alunos a fez sempre, que 7,5% a fez frequentemente, e que 7,5% fê-la por vezes.

Quadro 64 – Aquando da cateterização venosa periférica utilizou luvas

	n	fi %
<i>Por Vezes</i>	5	12,5 %
<i>Frequentemente</i>	13	32,5 %
<i>Sempre</i>	22	55,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de luvas aquando a cateterização venosa periférica por parte dos alunos, verificou-se que, 55% usou luvas sempre, que 32,5% usou luvas frequentemente, e que 12,5% por vezes usou luvas.

Quadro 65 – Aquando da cateterização venosa periférica utilizou compressas esterilizadas na desinfeção da pele

	n	fi %
<i>Nunca</i>	10	25,0 %
<i>Por Vezes</i>	10	25,0 %
<i>Frequentemente</i>	7	17,5 %
<i>Sempre</i>	13	32,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de compressas esterilizadas aquando a cateterização venosa periférica por parte dos alunos verificou-se que, 32,5% utilizou sempre, que 17,5% utilizou frequentemente, que 25% utilizou por vezes, e que 25% nunca utilizou.

Quadro 66 – Aquando da cateterização venosa periférica teve sempre junto do restante material contentor de cortantes e perfurantes

	n	fi %
<i>Nunca</i>	3	7,5 %
<i>Por Vezes</i>	7	17,5 %
<i>Frequentemente</i>	9	22,5 %
<i>Sempre</i>	21	52,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à presença de contentores cortantes e perfurantes junto do material de cateterização venosa periférica por parte dos alunos, verificou-se que em 52,5% dos alunos estava sempre presente, que 22,5% dos alunos estava frequentemente presente, que em 17,5% dos alunos estava por vezes presente, e que me 7,5% dos alunos nunca estava presente.

Quadro 67 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas usou material com dispositivo de segurança

	n	fi %
<i>Nunca</i>	2	5,0 %
<i>Por Vezes</i>	4	10,0 %
<i>Frequentemente</i>	15	37,5 %
<i>Sempre</i>	18	45,0 %
<i>Não respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente ao uso de material com dispositivo de segurança por parte dos alunos, verificou-se que, 45% usou sempre material com dispositivo de segurança, que 37,5% usou frequentemente, que 10% usou por vezes, e que 5% nunca utilizou material com dispositivo de segurança, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 68 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas recapsulou as agulhas ou objectos corto – perfurantes

	n	fi %
<i>Nunca</i>	20	50,0 %
<i>Por Vezes</i>	7	17,5 %
<i>Frequentemente</i>	8	20,0 %
<i>Sempre</i>	4	10,0 %
<i>Não responde</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente aos alunos recapsularem as agulhas ou objectos corto – perfurantes, verificou-se que 10% recapsulou sempre, que 20% frequentemente recapsulou, que 17,5% por vezes recapsulou, e que 50% nunca recapsulou, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 69 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas colocou corto – perfurantes no contentor logo após a utilização

	n	fi %
<i>Por Vezes</i>	4	10,0 %
<i>Frequentemente</i>	7	17,5 %
<i>Sempre</i>	28	70,0 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à colocação de corto – perfurantes, logo após a sua utilização por parte dos alunos, no respectivo contentor, verificou-se que 70% colocou sempre, que 17,5% colocou frequentemente, e que 10% colocou por vezes, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 70 – Para prevenção a exposição a sangue e picadas separou as agulhas contaminadas da seringa

	n	fi %
<i>Nunca</i>	4	10,0 %
<i>Por vezes</i>	2	5,0 %
<i>Frequentemente</i>	10	25,0 %
<i>Sempre</i>	23	57,5 %
<i>Não Respondeu</i>	1	2,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente aos alunos fazerem a separação das agulhas contaminadas da seringa, verificou-se que, em 57,5% houve sempre separação, que em 25% houve frequentemente separação, que em 5% houve por vezes separação, e que em 10% nunca houve separação das agulhas da seringa, sendo que 2,5% dos alunos não respondeu.

Quadro 71 – Na técnica de Algaliação, que anti-séptico utilizou na maioria das vezes, para desinfeção do meato urinário

	n	fi %
<i>Iodopovidona</i>	19	47,5 %
<i>Cutasept®</i>	2	5,0 %
<i>Sterillium®</i>	2	5,0 %
<i>Outros</i>	17	42,5 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à técnica de Algaliação executada pelos alunos, verificou-se que 47,5% dos alunos utilizava Iodopovidona para a desinfeção do meato urinário, que 5% utilizava Cutasept, que 5% utilizava Sterillium, e que 42,5% utilizava outros produtos.

Quadro 72 – Na Cateterização Venosa, que anti-séptico utilizou na maioria das vezes para desinfeção da pele

	n	fi %
<i>Cutasept®</i>	24	60,0 %
<i>Álcool</i>	6	15,0 %
<i>Sterillium®</i>	4	10,0 %
<i>Cutasept® e Álcool</i>	6	15,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à cateterização venosa executada pelos alunos, para desinfeção da pele, verificou-se que 60% utilizava Cutasept®, que 15% utilizava Álcool, que 10% utilizava Sterillium®, e que 15% utilizava umas vezes Cutasept® e outras vezes Álcool.

Quadro 73 – Na Punção Venosa, que anti-séptico utilizou na maioria das vezes para desinfeção da pele

	n	fi %
<i>Iodopovidona</i>	1	2,5 %
<i>Cutasept®</i>	24	60,0 %
<i>Álcool</i>	5	12,5 %
<i>Sterillium®</i>	4	10,0 %
<i>Cutasept® e Álcool</i>	6	15,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à punção venosa, por parte dos alunos, verificou-se que 2,5% utilizava Iodopovidona para desinfeção da pele, que 60% utilizava Cutasept®, que 12,5% utilizava Álcool, que 10% utilizava Sterillium®, e que 15% tanto usava Cutasept® e Álcool.

Quadro 74 – Para colheita de Hemoculturas, que anti-séptico utilizou na maioria das vezes para desinfeção da pele

	n	fi %
<i>Iodopovidona</i>	16	40,0 %
<i>Cutasept®</i>	10	25,0 %
<i>Álcool</i>	9	22,5 %
<i>Sterillium®</i>	3	7,5 %
<i>Cutasept® e Álcool</i>	2	5,0 %
Total	40	100,0 %

Relativamente à colheita de Hemoculturas, 40% dos alunos utilizava Iodopovidona, para desinfeção da pele, 25% dos alunos utilizava Cutasept®, 22,5% dos alunos utilizava Álcool, 7,5% dos alunos utilizava Sterillium®, e 5% dos alunos utilizava tanto Cutasept® como Álcool

2. Discussão dos resultados

Depois da apresentação dos resultados, surge a necessidade de interpretar toda a informação obtida, razão pela qual é apresentada uma discussão dos resultados,

confrontando os dados deste estudo com a opinião dos autores, e determinando as implicações dos resultados para a prática dos cuidados de enfermagem.

Segundo Fortin (1999, p.330)

Os resultados provem de factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto, (...) uma forma corrente de apresentar os resultados consiste em enunciar a questão de investigação ou a hipótese e a seguir apresentar os resultados obtidos com as diversas análises utilizadas.

Pretendeu-se então analisar os resultados que o investigador considerou mais pertinentes de forma a responder às questões de investigação inicialmente propostas.

Verificou-se então que a amostra deste estudo é constituída por 40 alunos do 4º Ano da licenciatura em Enfermagem, com idades compreendidas entre os 21 e os 31 anos. A moda situa-se nos 22 anos, sendo a maioria do género feminino (75%). Relativamente ao tipo de urgência onde executaram ensino clínico, é de salientar que 42,5% realizou estágio numa urgência Médico – Cirúrgica, e que 40% realizou numa urgência Polivalente, sendo os restantes 15% relativos a uma urgência Básica.

Relativamente aos indicadores de estrutura presente no local onde os alunos realizaram ensino clínico, verificou-se, que existia em 45% dos locais torneira accionada por célula fotoeléctrica, que em 67,5% existia torneira accionada pelo pé, que em 95% existia suporte para toalhetes, doseador anti – séptico em 97,5% dos locais, e em 100% dos locais doseador de sabão. Estes valores vão de encontro com o que está documentado segundo o Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007 na p. 48 que nos diz que devem existir nos locais “ (...) torneiras “mãos-livres””, “produtos: sabão ou anti – séptico (...)” e “meios de secagem das mãos sem contaminação (toalhetes de papel)”.

A problemática das infecções respiratórias refere-se a todos os doentes que necessitam de ventilador, humidificadores, e aspirador de secreções, visto isto, 62,5% dos alunos repararam que existia, desinfecção do aspirador de secreções, que era substituída tubuladora em 72,5% dos locais, que em 75% dos locais era desinfectado o reservatório

das secreções, que em 95% dos locais era realizada a desinfecção do ventilador entre cada utilização. Estes valores podem representar que, 37,5% dos alunos não verificou se era feita a desinfecção do aspirador de secreções, que 27,5% dos alunos não verificou que era substituída a tubuladora, que 25% dos alunos não verificou se era desinfetado o reservatório das secreções, e que 5% dos alunos não verificou se era realizada a desinfecção do ventilador. Ou se estes alunos reparam-se com tal situação e não comunicaram ao enfermeiro orientador, visto que eles ainda eram estagiários, pois uma das funções do enfermeiro é o controlo da infecção hospitalar, através da verificação das normas de controlo de infecção que são executadas por outros profissionais de saúde. Os valores que obtivemos no sentido da execução da desinfecção não vão de encontro, com o Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007, na p. 62, deve-se “ (...) desinfetar adequadamente os ventiladores e outros dispositivos” e “fazer a desinfecção, e tomar os cuidados adequados para limitar a contaminação, durante a utilização de tubos, ventiladores e humidificadores”.

Perguntou-se aos alunos se estes utilizavam luvas esterilizadas aquando da aspiração de secreções por traqueostomia, e verificou-se que 55% dos alunos as utilizavam sempre. Segundo isto verificamos que os restantes 45%, não as usavam sempre. Por isso estes não vão de encontro com o que diz o Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007 na p. 62, que a aspiração por traqueostomia deve ser estéril, e com a frequência necessária. Então podemos inferir três caminhos prováveis: se estes 45% dos alunos não teriam sensibilidade para a importância da esterilidade das luvas para tal técnica, se estes não tinham o material necessário no serviço ou a própria emergência da situação não permitiu o acesso a luvas esterilizadas em tempo útil.

As infecções urinárias estão também associadas às infecções hospitalares, mais prevalentes, segundo alguns autores. Devendo-se à técnica de algáliação, caracterizando cerca de 80% das infecções nosocomiais, segundo Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007. Sendo assim verificamos que 47,5% dos alunos utilizou Iodopovidona para a desinfecção do meato urinário, que vai contra Elaine Pina (1996), que nos diz que a esta deve ser realizada com água e sabão.

As precauções básicas remetem para uma diminuição das infecções hospitalares, estas são utilizadas quando há contacto com fluidos orgânicos do doente, sejam secreções, excreções, sudorese, pele não íntegra e mucosas. Por isso o investigador perguntou aos alunos, se executavam a técnica de lavagem das mãos após o contacto com pele não íntegra e mucosas, e verificou que 75% a executava sempre, e também verificou que 95% executava a lavagem das mãos após o contacto com fluidos corporais, sendo assim estas questões vão de encontro ao que nos diz o Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007, na pp. 66, que deve-se “ lavar as mãos logo após o contacto com material infeccioso”. De acordo também com a comissão de controlo de Infecção (2004), que nos diz que se deve lavar as mãos “após manusear sangue, fluidos corporais, excreções, secreções ou qualquer objecto contaminado (...)”. Podemos então inferir se os restantes 25% dos alunos que deveriam ter lavado as mãos sempre após o contacto com a pele não íntegra, mas não o fizeram, se a substituíram pela desinfecção alcoólica das mãos, ou se não lavaram nem desinfectaram as mãos com desinfecção alcoólica.

Conforme a indicação para o uso de luvas, a comissão de controlo de infecção em 2004, diz-nos que estas não devem ser usadas como uma segunda pele, e devem ser utilizadas apenas para um único procedimento. Então verificamos que os 97,5% dos alunos as trocavam sempre de doente para doente, que só 22,5% é que as trocava sempre entre cada procedimento ao mesmo doente. Sendo que estes dados são preocupantes, na medida em que se usam as mesmas luvas para múltiplos procedimentos, representando cerca de 77,5% dos alunos, isto poderá levar a um aumento do número de infecções cruzadas, que por sua vez poderá levar à colonização de microrganismos que se poderão tornar multiresistentes.

Para a prática de uma cateterização venosa segura, verificamos que 85% fez preparação sempre com anti – séptico, sendo que vai de encontro do que nos diz o Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007, na p. 62, que se deve “ lavar e desinfectar o local de inserção com uma solução anti-séptica”. Sendo que 60% dos alunos utilizaram Cutasept® como anti-séptico, e 10% utilizou Sterillium® para a desinfecção da pele, estes valores levam-nos a perguntar o porquê destes 10%, se o Sterillium® era de maior acessibilidade ou se não existia no serviço outro tipo de anti – séptico. Tendo este como função apenas a desinfecção higiénica das mãos.

A utilização de um contentor de cortantes e perfurantes, sempre junto do restante material, aquando da inserção de um cateter, verificou-se que só 52,5% dos alunos é que o tinha consigo, sendo que segundo Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007, na p. 50, deve-se “ seguir práticas seguras na recolha de corto – perfurantes”, isto significa que deve ser colocado o mandril logo após a cateterização no contentor de cortantes e perfurantes, e não coloca-lo no tabuleiro ou percorrer um trajecto com ele na mão sendo que estes aumenta o risco de contaminação dos objectos e pode por vezes ocorrer picadas acidentais. Contudo podemos inferir que os restantes 47,5% dos alunos não possuíam contentores de cortantes ou perfurantes, porque este não havia em quantidades necessárias no serviço, porque os alunos se esqueciam não conseguindo organizar todo o material para executar a técnica correctamente, ou se a rapidez de intervenção aquando a chegada do doente não o permitia.

A utilização do material de oxigenoterapia, é importante na prevenção da pneumonia nosocomial, e este pode ser transmitida através de copos de humidificação, contudo os alunos verificaram que em 90% dos serviços, ainda existia copos de humidificação, que vai contra outra questão que era a presença de humidificadores de água estéril. A presença de copos de humidificação é diferente de humidificadores de água estéril, e segundo os mesmos alunos também existia em 82,5% dos locais. Podemos então inferir duas situações, ou nos serviços ainda havia a presença dos dois tipos de humidificadores, e estavam os dois tipos em utilização ou os alunos não sabem a diferença entre uns e outros ou a questão que o investigador colocou não estava devidamente explícita.

Relativamente à substituição do material de aspiração de secreções, verificamos através dos alunos, que em 85% dos serviços era substituída a sonda de aspiração entre cada intervenção ao doente, e que a cânula de Yankuer só era substituída de 47,5% dos serviços. Sendo que em 15% dos locais não era substituída a sonda de aspiração e que em 52,5% dos locais não era substituída cânula de *Yankuer*. Sendo que só era substituída em 80% dos locais a água bidestilada, para lavagem das sondas, entre cada doente. O que vai contra o que nos diz *Thelan* (1994), que as sondas e a água bidestilada, devem ser rejeitadas após uma intervenção ao doente. Podemos inferir duas situações, que os alunos executaram a técnica incorrectamente, e não rejeitaram as

sondas após uma intervenção ao doente juntamente com a água bidestilada, ou poderia ser norma dos serviços, a não rejeição das sondas e da água bidestilada.

Segundo a cateterização venosa periférica, perguntamos aos alunos se estes utilizavam sempre compressas esterilizadas na desinfecção da pele, e verificamos que só 32,5% é que utilizava sempre. Sendo assim, 67,5% dos alunos não utilizava sempre, o que quer dizer que a o local da cateterização não ficava estéril como devia, pois por muito bom que seja o anti-séptico que utilizaram vão corromper o processo correcto, e a probabilidade de entrar microrganismos para o espaço intracelular é muito grande, Podemos inferir se os alunos teriam se seguir uma norma do serviço, que os impedisse de realizar a técnica correctamente.

IV. CONCLUSÃO

O tema abordado: “Prevenções Básicas da Infecção e Controlo”, foi realizado porque as actividades ligadas à prevenção básica da infecção e controle, tem sido uma área do conhecimento em constante evolução nos últimos 35 anos. Os esforços para reduzir o risco de infecção hospitalar, baseados na vigilância epidemiológica, na pesquisa e na formação profissional, têm balanceado com um número crescente de doentes imunodeprimidos, com o surgimento das resistências aos antibióticos, com as “super-infecções” e com a necessidade crescente de se proceder a técnicas invasivas.

O serviço de urgência, além de muitos outros desafios coloca um, como importante, que é a necessidade de salvar vidas, algumas vezes em situações de extrema complexidade, mas onde todos os segundos são preciosos, e a necessidade de, simultaneamente atender às recomendações reconhecidas como eficazes na redução da infecção hospitalar, torna-se difícil.

Contudo no Serviço de Urgência, não é apenas a vítima que corre risco de contrair infecções, mas também os elementos das equipas, umas vezes porque adoptam comportamentos de risco, outras porque simplesmente exercem uma actividade de risco. As principais questões deste projecto de investigação foram “Quais as técnicas de Prevenção Básica de Infecção utilizadas pelos alunos do 4ºAno de enfermagem durante o ensino clínico de Urgência e como executaram as técnicas de prevenção e controlo infecção os alunos do 4º Ano de Enfermagem, durante o ensino clínico de Urgência”. Foi a partir destas questões, que o investigador criou os seguintes objectivos: Identificar técnicas de Prevenções Básicas de Infecção pelos alunos do 4º ano de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, durante o ensino clínico de Urgência, e Avaliar Técnicas executados por parte dos alunos do 4º ano de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa sobre o controlo da infecção no Serviço de Urgência. Estes objectivos foram testados aquando a aplicação do questionário.

Com a elaboração do trabalho, que foi apresentado, proporcionou ao investigador por em prática um vasto aglomerado de conhecimentos recolhidos ao longo do curso de licenciatura em Enfermagem, nos vários ensinos clínicos, mas com uma referencia mais

acentuada no ensino clínico de Urgência. Como também a concepção de trabalhos científicos. Durante a realização desta investigação os conhecimentos do investigador sobre metodologia científica e como realizar tratamento de dados, foram aumentados. Assim pode o investigador dizer que os objectivos pessoais e académicos foram atingidos na sua plenitude.

Trata-se de um estudo descritivo – exploratório, de abordagem quantitativa, tendo o questionário sido aplicado numa sala de aula da faculdade de ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no mês de Junho de 2010.

O facto de haver uma vasta bibliografia sobre o tema em estudo, dificultou um pouco o investigador no sentido, de seleccionar as questões mais pertinentes. A inexperiência do investigador, acerca da realização de uma investigação, foi também uma barreira.

Em relação aos indicadores de estrutura dos serviços de urgência, tal como é do conhecimento geral, existe um grande crescimento, de forma a oferecerem condições de higiene ou equipamentos, criando condições ideais de forma a diminuir a propagação da infecção, sendo que ainda há muito trabalho pela frente, visto que ainda não temos, em todos os locais, todos os equipamentos necessários para diminuir na totalidade a propagação da infecção.

Em relação aos indicadores de protecção individual, facilmente se constata que no serviço de urgência, por vezes não se lavam as mãos com a frequência indicada, e por vezes não se substitui a lavagem das mãos pela desinfecção alcoólica. Não existe uma política relativamente ao uso de luvas, podendo-se dizer que “usa-se luvas para tudo e para nada”, não se respeitando por vezes as indicações básicas para a sua utilização.

A norma asséptica nas diversas técnicas invasivas é, sistematicamente, quebrada (o que se associa à não lavagem das mãos e o uso inadequado de luvas), e não podemos ignorar o impacto da pneumonia nosocomial associada a doentes ventilados.

O risco de picada e corte está sempre presente no serviço de urgência, pelo que o uso de dispositivos de segurança anti-picada, é mandatário para uma prática segura.

Contudo, um aspecto importante é a não percepção, por parte de alguns alunos, de muitas técnicas de prevenção e controlo da infecção, no que respeita à desinfeção do material, uma vez que não sendo eles a realiza-las, tem que ter um papel activo na supervisão das mesmas.

V. BIBLIOGRAFIA

Ayton. M. (1991). *Controlo da infecção*. Revisita Nursing, Ferreira & Bento, Lda.

Bennett. J. et alii. (1992). *Hospital Infection*. Bóston, Little Brown and Company.

Bolander. V. (1994). *Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiologia*, de Sorensen e Luckmann. Lusodidacta, 3ª Edição.

CCI. (2004). *Precauções de isolamento*. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

CCI. (2010). *Recomendações para as precauções de isolamento, precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão*. Hospital de São Sebastião.

Fortin. M. (1999). *Processo de Investigação – da concepção á realização*. Loures. Lusociência.

Gueler. R. (1993). *Grande tratado de Enfermagem*. 12ª Edição. São Paulo. Santos – Maltese.

Guideline for Isolation Precautions. (2007). Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov>>. [Consultado em 04/02/2010].

HUSP. (2009). Manual para Prevenção das Infecções Hospitalares. [Em linha]. Disponível em <<http://www.hu.usp.br>>. [Consultado em 04/02/2010].

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital*. Portugal, Ministério da Saúde.

Lakatos. E. et alii. (1990). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo. Atlas.

Leonor. L. (2003). Infecção Nasocomial. [Em linha]. Disponível em <<http://www.repositorio-aberto.up.pt>>. [Consultado em 05/02/2010].

Lopes. M. (1989). *Emergências Médicas*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara. 5ª Edição.

Machado. et alii. (2001). Projecto directrizes. Prevenção da Infecção Hospitalar. [Em linha]. Disponível em <<http://www.projectodirectrizes.com>>. [Consultado em 04/04/2010].

Paulino. C. et alii. (1998). *Técnicas e Procedimentos em Enfermagem*. Coimbra. Formasau Formação e Saúde Lda., Edições Sinais Vitais, 1ª Edição.

Pina. E. et alii. (1996). *Recomendações para prevenção e controlo das infecções nasocomiais nas instituições de saúde*. Projecto Controlo de Infecção.

Plus. M. (2007). Cutasept – Desinfecção da pele antes de injeções, punções. [Em linha]. Disponível em <<http://www.medicalplus-pt.com>> [Consultado em 06/07/2010].

Plus. M. (2007). Sterillium – Antisséptico de Base alcoólica para as mãos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.medicalplus-pt.com>>. [Consultado em 06/07/2010].

Quintela. J. (2003). *Prevenção e controlo da infecção – só de mãos dadas*. Revista Nursing, nº180. Edirevistas

Rocha. L. (2001). *Manual de Infecção Hospitalar – Prevenção e controlo da infecção hospitalar em unidade de emergência*. Brazil. Rio de Janeiro. 2ª Edição.

Sheely. S. (2001). *Enfermagem de Urgência, da teoria à prática*. 4ª Edição. Lisboa. Lusociência.

Sousa. M. (2003). *A formação continua em enfermagem*. Revista Nursing nº175. Lisboa, Edirevistas

Thelan. L. et alii. (1994). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. 2ª Edição, Lisboa. Lusodidactica. Cap.23 e 24.

Timby. B. (2001). *Conceitos e Habilidades Fundamentais no atendimento de Enfermagem*. Brasil. Artmed.

Torrado. A. et alii. (2005). *Prevenção da Infecção Hospitalar*. Revista Nursing nº 201, Lisboa. Edirevistas.

Vaz. C. (2000). *Cuidar no serviço de Urgência*. Revista Nursing, nº148. Lisboa. Edirevistas.

.

ANEXO I

Instrumento de Colheita de dados

Questionário:

Tiago Filipe Magalhães Miranda, a frequentar o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, na Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar um trabalho de Investigação com o título: “Prevenções Básicas de Infecção e Controlo: vivências dos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, durante o ensino clínico de Urgência”, que tem como objectivos:

- Identificar técnicas de Prevenções Básicas de Infecção pelos alunos do 4º ano de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, durante o ensino clínico de Urgência.
- Avaliar Técnicas executados por parte dos alunos do 4º ano de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa sobre o controlo da infecção no Serviço de Urgência.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, pelo que não deverá escrever o seu nome, ou qualquer outro dado que o identifique em nenhuma parte do questionário.

Em média, o tempo gasto no preenchimento do questionário não deverá ultrapassar os 10 minutos.

Antecipadamente, agradeço a sua colaboração.

O aluno

(Tiago Filipe Magalhães Miranda)

Parte I

1 – Género: Masculino Feminino

2 – Idade: _____ Anos

3 – Já Realizou o ensino clínico de Urgência e Emergência II? Sim Não

(Nota: Se não realizou Ensino Clínico, o seu questionário termina aqui.)

4 – O ensino clínico de Urgência e Emergência II foi realizado:

- Urgência Básica
- Urgência Médico – Cirúrgica
- Urgência Polivalente

Parte II

A tomada de consciência sobre as infeções adquiridas no meio hospitalar, como um problema de saúde pública, que depois se repercute na comunidade, e que exige, cada vez mais, uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta mais eficiente por parte dos profissionais onde se inclui o Enfermeiro. Assinale com um X a **opção que considerar mais apropriada**, nos respectivos quadrados.

Indicadores de estrutura (Serviço de Urgência)

1 – No estabelecimento onde realizou o ensino clínico de urgência existia:

	Sim	Não
- Torneira accionada por célula fotoelétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Torneira accionada por cotovelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Torneira accionada pelo pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Torneira accionada manualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suporte para Toalhetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Doseador de Sabão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Doseador Anti-séptico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Solução alcoólica para desinfeção das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – Verificou no estabelecimento onde estava a realizar o ensino clínico de urgência, se:

- | | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - O equipamento estava limpo e arrumado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Havia reutilização de material de uso único | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - O equipamento era descontaminado após uma utilização | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - As superfícies eram desinfetadas após a sua utilização | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 – Verificou a existência de recipientes para triagem de resíduos no estabelecimento onde fez o ensino clínico de urgência:

- | | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Contentores grupo I e II (aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento/hospitais não perigosos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Contentores grupo III (resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Contentores grupo IV (resíduos de vários tipos de incineração obrigatória/órgãos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Contentor para cortantes e perfurantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 – Antes da utilização do material de Oxigenoterapia verificou, no estabelecimento onde fez o ensino clínico de urgência se:

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Eram utilizados copos de humidificação não esterilizados: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Se sim , estes eram substituídos entre cada doente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Eram utilizados humidificadores de água estéril, do tipo “Aquapak®” | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Se sim , substituído “Aquapak®” entre cada doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 – Antes da utilização do material de aspiração de secreções verificou, no estabelecimento onde fez o ensino clínico de urgência se:

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Era feita desinfecção do aspirador entre cada doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Era substituída tubuladura do aspirador entre cada doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Era desinfectado o reservatório de secreções entre cada doente
- Era substituída sonda de aspiração entre cada intervenção no doente
- Era substituída cânula de yankuer entre cada intervenção
- Era substituído cada tubo de guedel entre cada intervenção ao doente
- Era substituída terminação em Y entre cada doente
- Era substituída água bidestilada, para lavagem de sonda de aspiração, entre cada doente

6 – No material de monitorização em uso no estabelecimento onde fez o ensino clínico de urgência, era feita:

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - A desinfecção da braçadeira de TA entre cada doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - A desinfecção do oxímetro entre cada doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - A desinfecção dos cabos de monitorização electrocardiográfica entre cada doente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 – No material de desfibrilação em uso no estabelecimento onde fez o ensino clínico de urgência, era feita:

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - A desinfecção do desfibrilador entre cada utilização | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - A desinfecção do ventilador entre cada utilização | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Substituição do material de desfibrilação entre cada utilização | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Protecção Individual

1 – Executou técnica de lavagem das mãos, no estabelecimento onde realizou ensino clínico de urgência:

	Nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre
- Antes da cateterização Venosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Antes da cooperação na entubação endotraqueal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Antes da entubação nasogástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Antes da entubação orogástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Antes da aspiração de secreções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Após contacto com mucosas e pele não integra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Após contacto com fluidos corporais (sangue, secreções...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ou substituiu-a por desinfecção alcoólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Conforme norma aprendida e tempos preconizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – Utilizou luvas, no estabelecimento onde realizou ensino clínico de urgência:

	Nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre
- Esterilizadas para técnicas assépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Limpas para técnicas não assépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De “palhaço”, em vez de luvas limpas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- E substituiu-as de doente para doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- E substitui-as entre cada procedimento ao mesmo doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- E retirou-as após os procedimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- E não tocou com as luvas “suja” em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

superfícies ou objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Limpas na aspiração nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Esterilizadas na aspiração orotraqueal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Esterilizadas na aspiração por traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Esterilizadas na aspiração por tubo endotraqueal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colocou as luvas junto ao doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colocou as luvas na sala de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 – Aquando a realização da cateterização venosa periférica:

	Nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre
- Fez a preparação da pele com antisséptico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Usou luvas na cateterização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Utilizou compressas esterilizadas na desinfeção da pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Teve sempre junto do restante material contendor de cortantes e perfurantes aquando a punção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – Para prevenir a exposição a sangue e picadas:

	Nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre
- Usou material com dispositivo de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Recapsulou as agulhas ou objectos corto – perfurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colocou corto – perfurantes no contendor logo após utilização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Separou as agulhas contaminadas da seringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - Na execução das técnicas abaixo descritas, que tipo de anti-séptico utilizou (na maioria das vezes) durante o ensino clínico de urgência – **Coloque um X**

	Iodopovidona	Cutasept®	Álcool	Sterillium®	Outros
Algáliação (desinfecção do meato Urinário)					
Cateterização Venosa (desinfecção da pele)					
Punção venosa (desinfecção da pele)					
Colheita de Hemoculturas (desinfecção da pele)					

ANEXO II

Cronograma

Cronograma de Investigação de Miranda, T.F.M (2009/2010) Prevenções Básicas de Infecção e Controlo – Vivências dos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem no ensino Clínico de Urgência – UFP-FCS Porto

	Ano de 2009				Ano de 2010							
	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	JUL.	
Definição da temática a abordar	###											
Pesquisa Bibliográfica	***	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###
Definição dos Objectivos				*** ###								
Metodologia – Plano de estudos								***	###			
Aplicação do pré – teste									***	###		
Colheita de dados									***	###		
Tratamento e análise dos dados										***	###	
Resultados										*** ###		
Discussão dos resultados										*** ###		
Conclusão										***	###	
Entrega Monografia										***	###	
Defesa Monografia											***	

Legenda: *** - Actividades planeadas ### - Actividades realizadas

