

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

Mais uma caminhada da minha vida está a ser concluída, feita com dedicação, esmero e esforço. Mas para que tivesse chegado a bom porto, necessitei da colaboração e apoio de muitas pessoas, pois ninguém se consegue construir sozinho. Assim, agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, me ajudaram a tornar possível a concretização de mais um sonho pessoal e profissional, de que é prova este trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela orientação e supervisão deste trabalho, assim como o apoio, interesse, dedicação e disponibilidade dispensada, em todo o percurso deste processo de investigação.

A todos os enfermeiros que participaram neste trabalho, disponibilizando-se a preencher os questionários e a realizar as entrevistas, cuja colaboração foi imprescindível.

Ao meu filho, minha força de viver, pelo seu sorriso, carinhos e alegria, o que me dava alento para continuar a caminhar.

Ao meu marido, pelo seu companheirismo, amor e dedicação.

Aos meus pais, por todo o percurso realizado até aqui, sem eles nada disto seria possível, pelos seus conselhos e amor incondicional.

A todos o meu sincero MUITO OBRIGADA!

Resumo

Introdução: As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados. As principais medidas de prevenção e controlo assentam no cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção que são compostas por 10 itens que englobam: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Objetivos: Com o primeiro estudo, objetiva-se conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país, no espaço temporal de 2014-2017; Verificar qual a prevalência de infeções apresentadas pelos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país desde 2014-2017. Com o estudo 2, procurou-se conhecer a perceção dos profissionais de saúde em torno das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Métodos: Triangulação metodológica que engloba um estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo correlacional, analítico realizado numa amostra de 518 utentes da Unidade de Cuidados Continuados, cujos dados foram recolhidos a partir dos registos de enfermagem de cada utente, referentes ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017, e outro de natureza qualitativa de características fenomenológicas realizado com uma amostra de 15 profissionais de saúde, sendo todos do género feminino.

Resultados: Do estudo 1 verificou-se que o ano com registo de mais casos de infeções foi o de 2016, com 8 casos (61,5%) de infeções das vias respiratórias e 4 casos (30,8%) de infeções do trato urinário. No ano de 2015 há registo de 3 casos (42,9%) com infeções das vias respiratórias e 3 casos com infeções do trato urinário (42,9%). Os resultados obtidos no estudo 2 revelam que na categoria 1, referente à prevenção das IACS, a subcategoria mais referenciada foi a adoção de boas práticas (n=8). Na categoria 2, através da qual se procurou saber a razão apontada pelas profissionais de saúde acerca de porque ocorrem as IACS, a subcategoria mais referenciada foi o não cumprimento de boas práticas (n=13). Na categoria 3, relativa às principais medidas de controlo das IACS, as subcategorias mais mencionadas foram a higienização das mãos (n=13) e o uso de EPI's (n=12). Na categoria 4, no âmbito do que representam as IACS na prática profissional, as subcategorias mais aludidas foram representar um perigo de apanhar doenças (utentes/funcionários) (n=5) e ter ou não boa qualidade na prestação de cuidados (n=3). Na categoria 5, que se refere ao momento em que as entrevistadas tiveram orientação sobre as medidas de prevenção das IACS, a maioria relatou a formação externa (n=11). Na categoria 6, que diz respeito à opinião das entrevistadas acerca do que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS, as subcategorias mais referenciadas foram a proposta de mais formação (n=5) e a não reutilização de sacos (transporte de roupa suja) (=5).

Conclusão: Os resultados evidenciam o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as IACS contribuirá para a adesão de boas práticas, o que requer uma tomada de consciência de todos os profissionais de saúde e também por parte dos órgãos de gestão, para que se implemente uma cultura de segurança do doente, sugerindo uma maior aposta na formação e sensibilização de todos os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Prevalência de infeções, Unidade de cuidados Continuados, Infeções associadas aos cuidados de saúde

Abstract

Introduction: Healthcare-associated infections are a health problem due to the high morbidity and mortality associated with them. The main prevention and control measures are based on compliance with the Basic Infection Control Precautions, which are comprised of 10 items that include: patient placement, hand hygiene, respiratory labeling, use of personal protective equipment, decontamination of clinical equipment, control environment, safe handling of clothing, safe waste collection, safe injecting practices and exposure to microbial agents in the workplace.

Objectives: With the first study, the objective is to know the sociodemographic and clinical profile of users of a Continuous Care Unit in the central part of the country, in the 2014-2017 timeline; Check the prevalence of infections presented by users of a Continuing Care Unit in the central area of the country since 2014-2017. With study 2, we sought to know the perception of health professionals about infections associated with health care.

Methods: Methodological triangulation encompassing a quantitative descriptive correlational analytical study conducted on a sample of 518 users of the Continuing Care Unit, whose data were collected from the nursing records of each user, for the period of January 2014. December 2017, and another of a qualitative nature of phenomenological characteristics carried out with a sample of 15 health professionals, all of them female.

Results: From study 1 it was found that the year with the highest number of cases of infections was 2016, with 8 cases (61.5%) of airway infections and 4 cases (30.8%) of tract infections. urinary. In 2015 there were 3 cases (42.9%) with airway infections and 3 cases with urinary tract infections (42.9%). The results obtained in study 2 reveal that in category 1, referring to the prevention of HAI, the most referenced subcategory was the adoption of good practices (n=8). In category 2, through which we sought to know the reason given by health professionals about why HAIs occur, the most referenced subcategory was non-compliance with good practices (n=13). In category 3, concerning the main control measures of the HAIs, the most mentioned subcategories were hand hygiene (n=13) and the use of PPE (n=12). In category 4, within the framework of what IACS represents in professional practice, the most alluded subcategories were to represent a danger of getting diseases (clients/employees) (n=5) and whether or not they had good quality care (n=3). In category 5, which refers to the moment when the interviewees had guidance on the prevention measures of HAIs, most reported external training (n=11). In category 6, which refers to the interviewees' opinion about what should be changed to meet the conditions for the prevention of HAI, the most referenced subcategories were the proposal for more training (n=5) and the non-reuse of bags (transport of dirty clothes) (= 5).

Conclusion: The results show the knowledge of health professionals about the IACS will contribute to the adherence of good practices, which requires the awareness of all health professionals and also by the management bodies, to implement a culture. patient safety, suggesting a greater focus on the training and awareness of all health professionals.

Keywords: Infection prevalence, Continuing Care Unit, Healthcare-associated infections are a health.

Sumário

Pág.

Introdução.....	19
1.ª Parte – Fundamentação Teórica	23
1. Infeção associada aos cuidados de saúde.....	25
1.1. Precauções básicas de controlo de infeção.....	33
2. Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente	41
2ª Parte - Estudo empírico	45
Estudo 1 - Prevalência das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Continuados.....	47
1. Metodologia	49
1.1 Métodos	50
1.2. Participantes	51
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	51
1.3. Instrumentos	52
1.4. Procedimentos formais e éticos.....	52
1.5. Procedimentos estatísticos.....	52
2. Resultados.....	55
3. Discussão dos resultados.....	61
Estudo 2 – Percepção profissionais de saúde sobre as IACS.....	67
1. Métodos.....	69
1.1. Participantes	70
1.2. Instrumento de recolha de dados	72
1.3. Procedimentos éticos	72
1.4. Método de análise	73
2. Apresentação e discussão dos resultados	75
Conclusões.....	85
Limitações do estudo, sugestões e implicações para a prática	87
Referências bibliográficas.....	89
Anexos	99
Anexo I – Autorizações	
Anexo II – Guião da entrevista	
Anexo III – Transcrição das entrevistas	

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas da idade em função do género.....	51
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do género	52
Tabela 3 - Coeficiente de variação e classificação do grau de dispersão.....	53
Tabela 4 – Variáveis clínicas em função do género	56
Tabela 5 - Estatísticas do tempo de permanência na Unidade em função do género	57
Tabela 6 – Situação de fragilidade.....	57
Tabela 7 – Necessidade de cuidados paliativos.....	57
Tabela 8 - Estatísticas do n.º de medicamentos à entrada na Unidade em função do género	58
Tabela 9 - Estatísticas do n.º de medicamentos à saída da Unidade em função do género	58
Tabela 10 – Alta	58
Tabela 11 - Infecções apresentadas pelos utentes desde 2014-2017	59
Tabela 12 - Estatísticas da idade	70
Tabela 13 – Habilitações académicas	71
Tabela 14 – Habilitações profissionais	71
Tabela 15 - Estatísticas dos anos de experiência profissional	71
Tabela 16 - Estatísticas dos anos de exercício profissional na Unidade	72

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Opinião sobre em que consiste a prevenção das IACS	75
Figura 2. Razão pela qual ocorrem as IACS	76
Figura 3. Principais medidas de controlo das IACS	78
Figura 4. Que representam as IACS na prática profissional.....	80
Figura 5. Em que momento teve orientação sobre as medidas de prevenção das IACS .	81
Figura 6. O que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS	82

Lista de Abreviatura e Siglas

CCI - Comissão de Controlo da Infeção

DGS - Direção-Geral da Saúde

EPI - Equipamento de proteção Individual

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) referem-se a situações clínicas que resultam de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos ou das suas toxinas, sem evidência de que a infeção está presente ou em fase de incubação, no momento do internamento. Estas podem ser originadas por agentes infecciosos endógenos ou exógenos. As IACS endógenas resultam de fontes do organismo, por norma, colonizado por microorganismos, como, por exemplo, pele, nariz, boca, trato gastrointestinal; as exógenas são causadas por fontes externas ao doente, sendo exemplos, o ambiente profissionais de saúde, as visitas, o equipamento e os dispositivos médicos (Direção Geral da Saúde, DGS, 2009).

Integrada no desenvolvimento de uma política de qualidade nas unidades de saúde, a prevenção e controlo das IACS constitui uma componente estruturante da qualidade em saúde no contexto da segurança do doente. É neste sentido que as instituições governamentais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a DGS, têm desenvolvido e divulgado um conjunto de recomendações de boas práticas, as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), que devem ser um hábito entre os profissionais de saúde, e a adesão à sua prática um desafio a ser atingido (Lima, Tavares, Freitas, Espíndula & Prado, 2011).

As IACs podem acontecer em qualquer instituição de saúde, incluindo em Unidades de Cuidados Continuados, representando uma causa significativa de aumento da morbidade e mortalidade, prolongando os internamentos e, conseqüentemente, agravando os custos em saúde. Por outro lado, fazem acentuar a pressão geradora de resistência dos microorganismos devido ao maior uso de antibióticos, inviabilizando a qualidade dos cuidados, assumindo-se, assim, como a principal ameaça à segurança dos doentes (DGS, 2017). A sua prevenção assume-se como parte essencial da estratégia global de segurança do doente e da gestão do risco, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança dos próprios profissionais de saúde. As IACS e o aumento da resistência dos microorganismos aos antimicrobianos (RAM) assumem-se como “problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade” (DGS, 2017, p. 5).

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento significativo da longevidade, contudo, nem sempre essa longevidade faz com a qualidade de vida seja desejável. “Os períodos terminais, caracterizados por uma diminuição das defesas do organismo, são

frequentemente passados em internamento” (DGS, 2016, p. 6). Por conseguinte e ainda em conformidade com o mesmo organismo, “encontram-se reunidas num mesmo ambiente um conjunto de pessoas especialmente suscetíveis”, resultando na criação de “situação favorável à aquisição e transmissão de infeções”, sobretudo em meio hospitalar. Contudo, estas também podem ser transmitidas noutros ambientes onde se prestam cuidados de saúde, sendo exemplo os cuidados continuados.

É neste sentido que se delineou realizar o presente estudo, bem como em decorrência de se exercer funções numa Unidade de Cuidados Continuados, onde há uma preocupação constante com a segurança do doente e dos próprios profissionais de saúde. É que a cultura de segurança e a segurança do doente assumem-se como os alicerces da prestação de cuidados de excelência, nos quais todos os cuidados de saúde se inspiram (Kear & Ulrich, 2015). O acesso a cuidados de qualidade é um direito do utente “sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, p. 3882). Pode mesmo dizer-se que a segurança é um fator essencial para a credibilidade dos cidadãos no sistema de saúde e no Sistema Nacional de Saúde, em particular (Faria, Moreira & Pinto, 2014). Por conseguinte, o controlo e a prevenção das IACS são uma prerrogativa da importância da segurança pela visibilidade do problema, para os doentes e para os profissionais de saúde, para os gestores e responsáveis políticos, bem como para a sociedade em geral, pelo impacto clínico, económico e social que têm.

É neste enquadramento que surge o tema do estudo – “Prevalência das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Continuados”.

Para melhor compreender esta problemática, delineamos uma estratégia que resultou da combinação de dois estudos, vulgo triangulação metodológica. Um de natureza quantitativa do tipo descritivo correlacional, analítico com enfoque retrospectivo a que designamos por estudo 1 e outro de natureza qualitativa de características fenomenológicas, designado estudo 2.

Do primeiro estudo - Estudo 1 - Prevalência das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Continuados, emerge como questão de investigação:

- Quais as infeções apresentadas pelos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país desde 2014-2017?

Para dar resposta a esta questão, equacionamos os seguintes objetivos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país, no espaço temporal de 2014-2017;

- Verificar qual a prevalência de infeções apresentadas pelos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país desde 2014-2017.

O segundo estudo procura complementar o primeiro, dado que se pretende ir um pouco além e conhecer a perceção dos profissionais de saúde em torno das IACS. Dele surgem como questões de investigação:

- Qual a opinião dos profissionais de saúde acerca da prevenção das IACS?
- Qual a razão apontada pelos profissionais de saúde acerca de por que ocorrem as IACS?
- Quais as principais medidas de controlo das IACS?
- O que representam as IACS na prática profissional?
- Em que momento os profissionais de saúde tiveram orientação sobre as medidas de prevenção das IACS?
- Qual a opinião dos profissionais de saúde acerca do que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS?

Na sequência destas questões de investigação definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a opinião dos profissionais de saúde acerca da prevenção das IACS;
- Averiguar as razões subjacentes à ocorrência das IACS;
- Verificar quais as principais medidas de controlo das IACS;
- Conhecer o que representam as IACS na prática profissional;
- Averiguar, em que momento, os profissionais de saúde tiveram orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das IACS;
- Percecionar o que deveria ser mudado no serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das IACS.

O presente estudo está organizado em duas partes fundamentais em que cada uma está organizada em capítulos. A primeira parte, na qual se inserem dois capítulos corresponde a um enquadramento teórico que se assume como a estrutura de base que sustenta a investigação. No capítulo 1 consta a revisão bibliográfica sobre as IACS e precauções básicas de controlo de infeção. Segue-se o capítulo 2, onde é exposta uma abordagem às IACS e segurança do doente. A segunda parte diz respeito ao estudo empírico o qual se divide em estudo 1 e estudo 2. Onde se abordam os aspetos metodológicos, onde é descrito o tipo de estudo, os participantes e sua caracterização, os

instrumentos de recolha e análise de dados e as medidas estatísticas utilizadas na análise do estudo 1 e a análise de conteúdo no estudo 2. Cada estudo contém a apresentação e discussão dos resultados. O trabalho termina com a síntese integrativa e, por último, apresentam-se as considerações finais do trabalho onde constam as limitações do estudo.

2.

1.^a Parte – Fundamentação Teórica

1. Infeção associada aos cuidados de saúde

A IACS pode ser definida como “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p.4). Referem-se a situações clínicas que resultam de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos ou das suas toxinas, sem evidência de que a infeção está presente ou em fase de incubação, no momento do internamento. Estas podem ser originadas por agentes infecciosos endógenos ou exógenos. As IACS endógenas resultam de fontes do organismo, por norma, colonizado por microorganismos, como, por exemplo, pele, nariz, boca, trato gastrointestinal; as exógenas são causadas por fontes externas ao doente, sendo exemplos, o ambiente profissionais de saúde, as visitas, o equipamento e os dispositivos médicos (DGS, 2009).

Os agentes infecciosos propagam-se ao ser humano ou animais através duma série de passos conhecidos por “cadeia de infeção”. Os seis elos da cadeia de infeção são: o agente infeccioso, o reservatório, a porta de saída, o modo ou via de transmissão, a porta de entrada e o hospedeiro suscetível. Só pode ocorrer infeção quando todos os passos da cadeia estiverem presentes pois ao ser quebrado um dos elos da cadeia, interrompe-se o ciclo (Manual de Controlo da Infeção, Administração Regional de Saúde do Norte, 2013).

Segundo Ferreira (2011), a relação encontrada entre os microrganismos do ambiente hospitalar e as infeções hospitalares baseia-se na interação entre o doente, o espaço físico, os equipamentos e os artigos envolvidos na prestação de cuidados e na presença inevitável de microrganismos, tanto no próprio doente como em tudo o que o rodeia.

A OMS reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (DGS, 2007).

A DGS (2007) reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde.

A IACS assume cada vez maior importância em Portugal e no Mundo, pois elevando-se a esperança de vida à custa de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e havendo um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, o risco de infeção também aumenta. Estudos internacionais demonstram que cerca de um terço das infeções adquiridas durante a prestação de cuidados são certamente evitáveis (PNCI, 2008).

O impacto da IACS verifica-se a vários níveis; nomeadamente, agravam a incapacidade funcional, o sofrimento, o stresse emocional do doente, a qualidade de vida, sendo mesmo uma das principais causas de morte, onde os custos económicos são consideráveis (Lima, Tavares, Freitas, Espíndula & Prado, 2011).

As IACS incluem-se, hoje, entre as complicações mais frequentes da hospitalização. Constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados. Trata-se de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados, pelo que a prevenção é fundamental, devendo ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente (Pina, Silva & Ferreira, 2010).

Nem todas as IACS são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida com o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção (Curtis, 2008). Estas exacerbam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentam a mortalidade, bem como aumentam os custos relacionados com a saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2015). Acentuam a pressão geradora de RAM pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos. No relatório global sobre a vigilância das RAM, a Organização Mundial de Saúde, em 2015, refere mesmo que este é um problema de saúde pública (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017).

As IACS são um problema atual da maior relevância, não só pela implicação direta na morbimortalidade dos doentes, como também pelo grande impacto socioeconómico que lhes é atribuído. Por serem potencialmente preveníveis, o conhecimento da etiopatogenia e do padrão de resistência dos agentes destas infeções em diferentes contextos clínicos ajudará, certamente, à planificação das melhores estratégias de segurança, profilaxia e tratamento. No ano de 2016 assistiu-se, a nível mundial, a um aumento da consciência para os problemas das IACS, culminando com a reunião de alto nível no âmbito da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que colocou este tema como uma das maiores ameaças à saúde das populações, justificando dotação de meios compatíveis (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017).

As IACs incluem-se, hoje, entre as complicações mais frequentes da hospitalização. Constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados. Trata-se de uma problemática para a qual existem métodos de estudo

validados, pelo que a prevenção é fundamental, devendo ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente (Pina, Silva & Ferreira, 2010).

Nem todas as IACs são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida com o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção (Curtis, 2008). Estas exacerbam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentam a mortalidade, bem como aumentam os custos relacionados com a saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2015). Acentuam a pressão geradora de RAM pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos. No relatório global sobre a vigilância das RAM, a Organização Mundial de Saúde, em 2015, refere mesmo que este é um problema de saúde pública (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017).

As IACS são um problema atual da maior relevância, não só pela implicação direta na morbimortalidade dos doentes, como também pelo grande impacto socioeconómico que lhes é atribuído. Por serem potencialmente preveníveis, o conhecimento da etiopatogenia e do padrão de resistência dos agentes destas infeções em diferentes contextos clínicos ajudará, certamente, à planificação das melhores estratégias de segurança, profilaxia e tratamento. No ano de 2016 assistiu-se, a nível mundial, a um aumento da consciência para os problemas das IACS, culminando com a reunião de alto nível no âmbito da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que colocou este tema como uma das maiores ameaças à saúde das populações, justificando dotação de meios compatíveis (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017).

Na década de 2000, de acordo com Ferreira (2011, p. 19), embora os avanços na prevenção e controlo da infeção hospitalar, houve um aumento da sua ocorrência, tendo diversos fatores explicado este fenómeno mundial, nomeadamente,

“o desenvolvimento económico e tecnológico, o aumento da esperança média de vida, o elevado número de doentes internados com maior risco de adquirirem uma infeção, o maior uso de procedimentos diagnóstico e terapêuticos invasivos e, ainda, o uso indiscriminado de antibióticos, provocando alterações na epidemiologia hospitalar que favorece a emergência de cepas multirresistentes. Perante este cenário, hoje, as CCI investem e intensificam a VE, monitorizando estes microrganismos, promovendo uma rápida adoção das medidas de prevenção e controlo”.

A dimensão exata do peso das IACS para os sistemas de saúde, de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018, p. 44),

“é difícil de caracterizar e quantificar, dada a dificuldade de agregação de dados confiáveis e comparáveis à escala global. Os países de médio e baixo rendimento carecem, frequentemente, de sistemas adequados de vigilância epidemiológica. Os países que os têm debatem-se, por vezes, com a complexidade e falta de critérios padronizados para o diagnóstico de infeções”.

De acordo com o mesmo organismo, a emergência e o progressivo aumento, nos últimos anos, “da prestação de cuidados de saúde em regime de ambulatório e em unidades de doentes crónicos fora dos hospitais”, resultaram numa maior complexidade em relação análise da extensão epidemiológica das IACS. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018, p. 45) estima que “a proporção de doentes que vem da comunidade mas que teve exposição prévia recente aos cuidados de saúde e da qual resultará o episódio infeccioso, possa ascender aos 50%”.

Vários são os fatores que resultam significativamente para a grandeza deste problema de saúde pública à escala global:

- “(i) hospedeiros mais susceptíveis à infeção porque mais idosos e com elevados índices de comorbilidade;
- (ii) emergência de agentes multirresistentes aos antimicrobianos;
- (iii) elevada complexidade de cuidados de saúde prestados que acontecem, frequentemente, em unidades de cuidados intensivos e/ou com recursos a técnicas e dispositivos invasivos,
- (iv) infraestruturas, recursos humanos, materiais e processos organizacionais que dificultam o controlo das infeções nos vários cenários de prestação de cuidados;
- (v) maior circulação de doentes entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente, unidades de cuidados continuados e unidades hospitalares” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018, p. 45).

Patrício (2017, p. 1) afirma

“que o ideal seria que as pessoas não adoecessem; adoecendo, que fossem tratadas sem necessidade de hospitalização; hospitalizadas, que tivessem alta o mais rápido possível, pois, como reconhecem os especialistas, o hospital é um local insalubre por vocação”.

No panorama nacional, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930 pela Direção Geral de Saúde e, posteriormente em 1979, pela Direção Geral dos Hospitais. Foi recomendado o controlo da infeção em todas as unidades de saúde, pela circular normativa N.º 8/86 de 25.03.86. Depois em 1993, a circular normativa N.º 4/93 de 10.02.93 da Direção Geral dos Hospitais, difundiu a necessidade da criação das CCI para tentar minimizar os índices de infeção hospitalar mas só em 1996 e de acordo com o estabelecido no artigo 1º do Despacho do Diretor-Geral da Saúde, de 23.08.96, publicado no Diário da

República nº 246, de 23.10.96, II Série, é criada efetivamente a CCI, que tem como objetivos: prevenir, detetar e controlar as infeções nos estabelecimentos de saúde, promovendo ações neste âmbito, em articulação com os vários departamentos, serviços, unidades e demais órgãos técnicos.

A 14 de maio de Maio de 1999, pelo despacho do diretor geral de saúde foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção (PNCI) que foi divulgado pela circular Informativa da Direção Geral de Saúde N.º20/GAB/DG de 30.07.99 com o objetivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção de infeção através da identificação e modificação das práticas de risco. Este programa que veio substituir o Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998) foi de seguida transferido para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

O PNCI insere-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e resulta do relatório da Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infeções Nosocomiais, criada por despacho do Alto-Comissário da Saúde, de 30 de Setembro de 2005. A 10 de Outubro de 2006, através do Despacho n.º 256/2006, o PNCI foi transferido para a Direcção-Geral da Saúde (DGS), tendo ficado integrado na Divisão da Segurança Clínica, da Direcção da Qualidade Clínica, e centra-se na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde. Com o intuito de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde reformulou o PNCI, passando a denominar-se de Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, que através de uma sistematização de registos, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde, tem como objetivo conhecer a realidade nacional e promover a longo prazo a diminuição da incidência da IACS (DGS, 2007).

Em 2007 pelo despacho nº14 178, publicado em diário da república 2ª série, nº 127 de 4 de Julho é aprovado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) por considerar que a Infeção associada aos cuidados de saúde é um problema de extrema relevância pois a sua ocorrência leva a uma consequente aumento da morbilidade e mortalidade, aumento dos dias de internamento e necessidade de recorrer a terapêuticas mais agressivas e dispendiosas.

Em 2013 pelo despacho nº 2902 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 38, de 22 de fevereiro foi determinada a criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) por considerar que existe evidência que Portugal é um dos Países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, que a nossa prática

de prescrição antibiótica apresenta distorções passíveis de correção, que a taxa de resistência a antimicrobianos é preocupante, e a perceção de que todos estes problemas estão intimamente relacionados e têm de ser abordados de forma global e integrada. Este programa tem como objetivos gerais a redução da taxa de infeção associada aos cuidados da saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Para atingir estes objetivos são criados os grupos de coordenação regional e local do PPCIRA, substituindo os primeiros os Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infeção e os segundos as Comissões de Controlo de Infeção.

Pelo despacho nº 3844 – A/2016 publicado em Diário da República, 2ª série – Nº 52 – 15 de março de 2016 o XXI Governo Constitucional identificou a necessidade de combater as IACS por serem responsáveis de custos que ascendem a cerca de 300 milhões de euros anuais, só na componente de infeções hospitalares. A PPCIRA tem como intervenções principais a campanha de precauções básicas de controlo de infeção, o programa de apoio à prescrição antibiótica e a vigilância epidemiológica de IACS, de consumo antimicrobianos e de resistência a antimicrobianos. Para este processo de vigilância epidemiológica são necessários dados e indicadores pois só o conhecimento por parte das unidades de saúde desses dados relativos a infeções associadas aos cuidados de saúde prestados, resistência bacterianas e consumo de antibióticos permite a definição e implementação de ações de melhoria. Assim foi determinada a criação de um grupo de trabalho interinstitucional, que integra a Direção-Geral de Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P., o IINFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Conforme a DGS (2017), a taxa de infeção é avaliada periodicamente com base em estudos de prevalência que estimam o total de infeções adquiridas pelos doentes internados em determinado período de tempo. Para além dos estudos de prevalência, que divulgam a taxa de infeção num determinado momento, há estudos de incidência que mensuram continuamente e sistematicamente as taxas de infeção, sendo estes últimos os estudos mais fiáveis.

Em 2012, foi realizado um estudo de prevalência de infeção e consumo de antimicrobianos nos hospitais à escala europeia que registou que 10,5% dos doentes internados em Portugal tinham adquirido infeção em internamento, enquanto a percentagem no conjunto dos países europeus era de 6,1%. Na mesma população, em Portugal 45,3% dos doentes estavam a ser tratados com antibióticos, enquanto na Europa essa percentagem era de 35,8% (DGS, 2017).

Em 2013, um estudo análogo a nível dos cuidados continuados verificou taxas de infeção de 10,4% em Portugal e 3,4% na Europa, enquanto os doentes medicados com antibióticos correspondiam respetivamente a 9,5% e 4,4% dos participantes (DGS, 2017).

Em 2017 foram realizados outros estudos de prevalência de infeção em Hospitais e em UCCI, com valores provisórios tendencialmente favoráveis, a prevalência de IACS no PPS II, após validação, foi de 7,8%, comparativamente a 2012 que foi de 10,5%. Coordenados pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), funcionam regularmente os seguintes programas de vigilância epidemiológica da incidência de IACS em rede europeia e nacional: “1. Unidades de cuidados intensivos de adultos (HAI-Net UCI); 2. Infeção nosocomial da corrente sanguínea (VE-INCS); 3. Infeção do local cirúrgico (HAI-Net SSI); 4. Infeção adquirida em UCI neonatais (VE-UCIN)” (DGS, 2017, p. 7).

Em conformidade com a DGS (2017), nos últimos anos tem-se verificado uma tendência global de descida da incidência destas IACS monitorizadas em Portugal, sendo a evolução das taxas de incidência destas infeções mais relevantes a pneumonia associada à intubação endotraqueal em UCI de adultos em 2016 de 7,1 por 1000 dias de intubação. No que se refere à infeção associada a cateter intravascular central (CVC) em UCI de adultos, a taxa de incidência por 1000 dias de cateter foi de 0,9.

A transmissão dos microrganismos ocorre de três formas distintas: por contacto, por via aérea e por transmissão por veículos comuns. A transmissão por contacto pode ser direta, indireta ou por gotículas. Na direta há um contacto físico entre a fonte e o doente, como, por exemplo, o contacto pessoa-pessoa. A transmissão por via indireta refere-se à que ocorre através de um objeto inanimado, sendo exemplo um estetoscópio anteriormente contaminado por um doente. A transmissão por gotícula dá-se através do ar, quando a fonte e o doente estão próximos, sob a forma de espirros e tosse. A transmissão por via aérea refere-se àquela em que a disseminação de microrganismos ocorre pela suspensão no ar, sendo inalados por um hospedeiro dentro da mesma sala ou até a longa distância do doente fonte. Objetos inanimados contaminados, nomeadamente a alimentação, a água ou até os medicamentos, podem ser vetores para a transmissão de um agente microbiano aos doentes (Rocha, 2015).

O risco de transmissão de infeção pode ocorrer em qualquer momento da prestação de cuidados ao doente. A presença de dispositivos invasivos, como o cateter vesical, o cateter intravenoso, o tubo endotraqueal, entre outros, aumenta o risco de transmissão de infeção. A sobrelotação de doentes nas unidades, a impossibilidade de ter profissionais exclusivos para prestar cuidados aos doentes infetados, as transferências frequentes de

doentes para outras unidades de cuidados e a acumulação de doentes imunocomprometidos em unidade específicas, como as unidades de cuidados intensivos, são algumas das condições que facultam o desenvolvimento de infeções (DGS, 2010).

Em locais de prestação de cuidados existe um elevado número de microrganismos que habitam em reservatórios como a pele e as membranas de mucosas dos indivíduos, doentes ou não e ainda em reservatórios inanimados. O processo infeccioso pode ser despoletado pelo aumento da virulência do agente ou da sua concentração numérica. No entanto, para que a infeção surja, pressupõe-se a existência de uma ponte entre o reservatório, *habitat* desse agente e o hospedeiro. Essa ponte pode ser feita quer por contacto direto entre pessoas, quer por contacto indireto, através de alimentos, objetos inanimados e mesmo por vetores (Mohamad, Hage, Obeid, Yasmin, Halim et al., 2016).

Não se deve esquecer que o profissional de saúde, ao prestar cuidados sem higienizar as mãos entre doentes, pode ser um intermediário neste processo. A quebra da cadeia, por parte do hospedeiro, deve-se à sua suscetibilidade à infeção que pode estar relacionada com fatores não modificáveis como os de ordem psico-emocional, enquanto inibidores da resistência à infeção ou com procedimentos médicos e invasivos. Estudos recentes reforçam a ideia de que a maioria das infeções resulta de complicações naturais dos doentes, com desequilíbrios entre a sua flora microbiana e o seu sistema imunitário. Este desequilíbrio advém, para lá da doença que levou ao internamento, de procedimentos invasivos ou imunossupressores a que, correta ou incorretamente, foram submetidos. Daí se depreende que as infeções resultam de interações complexas e de múltiplos fatores causais que interagem diferentemente. Assim, algumas infeções são evitáveis, outras não, e é nos fatores evitáveis que se centra a prevenção e controlo das IACS (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2013).

Em Portugal, o PPCIRA colocou o foco na implementação de dois inquéritos de prevalência de infeção de âmbito europeu, em Hospitais de Agudos e em Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) com os respetivos estudos de validação. Estes estudos abrangeram quase a totalidade dos hospitais e das UCCI focando-se nas IACS, no consumo de antimicrobianos e nas estruturas de controlo de infeção existentes. Foram também realizadas auditorias através de inquéritos de resposta voluntária, onde todos os níveis de cuidados foram incluídos.

O Despacho n.º 3844-A-2016, de 15 de março (DGS), anunciou a política nacional de *pay per performance* na área de prevenção e controlo de infeção (Índice Nacional do PPCIRA), tendo determinado a criação de um grupo de trabalho interinstitucional, a integrar a Direcção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o INFARMED

e a ACSS, no âmbito do PPCIRA, com o objetivo de melhorar o conhecimento, por parte das unidades de saúde, dos seus dados relativos a infeções associadas aos cuidados prestados, resistências bacterianas e consumo de antibióticos, permitindo a definição e implementação e ações de melhoria.

1.1. Precauções básicas de controlo de infeção

Segundo o PPCIRA da DGS¹, as precauções básicas têm como objetivo principal a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos, de um portador são ou doente, para outro, de forma direta ou indireta, através de medidas aplicáveis a todos os intervenientes nos cuidados de saúde (doentes/profissionais/visitantes).

São recomendações de boa prática a serem adotadas por todos os profissionais, na prestação de cuidados de saúde, a todos os utentes independentemente do seu diagnóstico ou estado infeccioso.

A Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção foi promovida em maio de 2014 e justifica-se dado que o seu conjunto constitui os padrões de boas práticas nos cuidados de saúde seguros e de qualidade. A sua implementação tem eficácia comprovada na minimização do risco de infeção. O Órgão de Gestão de cada unidade de saúde é responsável por fornecer formação e treino aos profissionais sobre as PBCI. Cada profissional de saúde é responsável por adquirir conhecimento básicos sobre as PBCI, a cadeia epidemiológica da infeção e avaliação do risco, selecionar o equipamento de proteção individual (EPI) apropriado em função do contacto previsto e o risco esperado e fazer o ensino ao doente e familiares/visitantes.

Segundo a Norma nº 029/2012 de 28/12/2012, atualizada a 31/10/2013 (DGS, 2012), na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção.

A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

¹ Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (2013). Orientações Programáticas do PPCIRA. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategia-multimodal-pbci.aspx>

As PBCI são compostas por 10 itens que englobam:

Colocação de doentes:

“Na admissão do doente a unidade de saúde deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos, de forma sistemática e atualizada de acordo com a situação clínica” (Comissão de Controlo de Infeção, 2017, p. 2). Doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação. “Representa um risco acrescido de transmissão cruzada a presença de sintomas respiratórios; diarreia, traqueostomia e estado confusional num doente que deambula” (Comissão de Controlo de Infeção, 2017, p. 2).

Higiene das mãos:

“É considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados” (Comissão de Controlo de Infeção, 2017, p. 3). Primeiramente, as unhas têm de ser mantidas limpas e curtas, “sem verniz, sem extensões ou outros artefactos; os adornos devem ser removidos; os cortes e abrasões devem estar cobertos com penso impermeável; expor os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas)” (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p. 3).

A higiene das mãos tem de ser realizada previamente ao contacto com o doente, antes da realização de procedimentos limpos/antissépticos, depois do risco de exposição a fluidos orgânicos, depois do contacto com o doente ou com a unidade onde este se encontra, após ter-se retirado o equipamento de proteção individual. Na higienização das mãos têm de ser usadas

“soluções antissépticas de base alcoólica com emoliente da pele, que devem estar disponíveis em local próximo de cada doente. Se as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica e, no caso de procedimentos a doentes com infeções gastrointestinais, as mãos devem ser lavadas com água e sabão” (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, pp. 3-4).

Segundo a DGS (2017, p. 6), “a higiene das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS. A adesão das unidades de saúde à monitorização das práticas de higiene das mãos tem vindo a aumentar de forma gradual” tendo-se verificado, ainda segundo o mesmo organismo, em 2016, um aumento desta adesão, principalmente a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). A taxa de adesão dos profissionais à higiene das mãos foi, no referido ano, de 73%.

Etiqueta respiratória:

A etiqueta respiratória é constituída por medidas individuais que devem ser cumpridas pelos “doentes, visitas, profissionais de saúde, voluntários e comunidades em geral, destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas” (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p. 4). Assim, em conformidade com o mesmo organismo, têm de ser cumpridas determinadas diretrizes:

“cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir; utilizar um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente, eliminado num contentor de resíduos; em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço evitando a dispersão de partículas e a consequente contaminação das mãos; higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias; evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz” (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p. 4).

Utilização de Equipamentos de Proteção Individual:

No que se refere à utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), em conformidade com a DGS (Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p. 5), tem de se facultar proteção apropriada aos profissionais de saúde, conforme o risco relacionado com o procedimento a realizar. Como tal, a norma preconiza que:

“as luvas devem ser adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam, usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos, removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o uso em cada doente e/ou após o procedimento e substituídas, se há perfuração ou rutura”.

No que respeita à adesão à monitorização do uso das luvas, e em conformidade com a DGS (2017), esta teve início em 2016 pelos profissionais de saúde nas diversas unidades de saúde, tendo-se registado uma adesão de 74 instituições, das quais, 39,0% correspondem a hospitais públicos. Quanto ao nível de cumprimento dos três padrões de uso de luvas (seleção/ colocação, uso/substituição e remoção das luvas), nos hospitais públicos aderentes, evidencia-se um IGQ de 80,7%.

Ainda em conformidade com a DGS (Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, pp. 5-6),

“Os aventais devem ser utilizados durante os procedimentos que envolvam contacto direto com o doente, utilizados para proteção dos uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação, substituídos no final do procedimento e entre doentes”.

As batas de manga comprida devem ser usadas quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos, substituídas no final do procedimento e entre doentes.

A proteção ocular/facial deve ser usada quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face, e, sempre durante procedimentos geradores de aerossóis; Os óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada.

A máscara cirúrgica deve ser usada quando há risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória, bem ajustada a face (cobrindo totalmente a boca e nariz) e adequada à finalidade.

O calçado deve ser antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé, a fim de evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos ou lesão com material corto perfurante.

A cobertura do cabelo deve ser bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo; utilizada nas áreas protegidas e durante procedimentos assépticos; utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos”.

Descontaminação do equipamento clínico:

No se se refere ao equipamento clínico usado nos doentes, este “pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e agentes infecciosos” e, indiretamente, pode resultar na transmissão cruzada, tendo como veículo de transmissão as mãos dos profissionais de saúde ao longo dos procedimentos. O equipamento clínico deve, assim, ser adequadamente descontaminado para que não ocorra o risco de infeção (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p.7).

Deste modo, ainda em conformidade com a DGS (Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p7),

“a descontaminação do equipamento reutilizável deve ser efetuada após contaminação com sangue e fluidos orgânicos; após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos, como parte do procedimento de limpeza; antes da inspeção, manutenção e reparação. O equipamento clínico é classificado como: de uso único – usar uma vez e eliminar; de uso num único doente – pode ser reutilizado no mesmo doente; reutilizável – destinado a ser usado mais do que uma vez e/ou em mais do que um doente, devendo ser descontaminado obrigatoriamente entre doentes, e entre utilizações no mesmo doente”.

Controlo ambiental:

As áreas que são compartilhadas por diferentes doentes, como, por exemplo, as enfermarias, as salas de tratamento ou de exames complementares de diagnóstico, estão suscetíveis de contaminação por substâncias orgânicas ao longo da prestação de cuidados. Por conseguinte, devem seguir-se as práticas seguras, estabelecidas pela DGS (Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, pp.7-8):

“os gestores dos serviços asseguram que a área clínica é segura para a prática de cuidados, o que inclui a limpeza e manutenção ambiental; os profissionais devem ter conhecimento dos horários e frequência da limpeza, e, conhecer as suas responsabilidades específicas no processo; o derrame de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco, pelo que deve ser removido logo que possível, de forma segura, por profissionais treinados para o efeito, e de acordo com as normas instituídas; o ambiente de prestação de cuidados deve estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza, encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação, ser limpo regularmente de acordo com as especificações”.

Manuseamento seguro da roupa:

No que se refere ao manuseamento da roupa, deve ter-se em conta que a roupa usada pode estar contaminada, o que requer um manuseamento cuidado para que esta não contamine o ambiente, a farda do profissional de saúde e a roupa limpa, que deve ser arrumada numa área própria, preferencialmente em armários fechados (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p.8). Assim, o mesmo organismo recomenda que

“Os sacos de roupa suja não devem ser cheios a mais de 2/3 da sua capacidade, a fim de serem corretamente encerrados. Devem ser colocados num local apropriado e fechado, ao abrigo do calor, bem ventilado e inacessível a crianças e animais. Toda a roupa suja deve ser considerada como contaminada, ser depositada de imediato após a remoção, em contentor que deverá estar disponível junto do local de produção” (p. 8).

Recolha segura de resíduos:

A Norma da DGS recomenda que os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde têm de ser “triados e eliminados junto ao local de produção, e separados imediatamente de acordo com os grupos a que pertencem”. Após terem sido acondicionados no saco e/ou contentor, estes não devem ser manipulados. “Os sacos de recolha de resíduos” e “os contentores de corte perfurantes, não devem ser cheios até mais

de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento seguro”. “Os contentores (reutilizáveis e com saco a forrar o seu interior) para recolha de resíduos junto ao local de produção, devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos e devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos” (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p.9).

Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis:

Em relação à preparação e administração de injetáveis, em conformidade com a DGS (Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p.9), tem de se usar técnica asséptica a fim de

“evitar a contaminação do material de injeção estéril; não administrar medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas; usar sempre que possível embalagens de dose única para medicamentos injetáveis; se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, devem estar estéreis”.

Exposição a agentes microbianos no local de trabalho:

Um dos riscos mais relevantes aos quais os profissionais de saúde estão sujeitos consiste no risco de exposição aos agentes microbianos que são transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p.9). Por conseguinte, o mesmo organismo preconiza que

“Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa. Considera-se exposição significativa traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados, exposição de feridas ou outras lesões da pele e exposição de mucosas a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco” (p.9).

As Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) previnem a transmissão cruzada procedente de fontes de infeção conhecidas ou não, incluindo “o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes” (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p.10). O princípio que está implícito às PBCI assenta no pressuposto de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (DGS, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, p.10).

1.4. Fatores de adesão às normas das Precauções Básicas do Controlo da Infecção

Tendo-se como ponto de partida uma pesquisa avançada de artigos na plataforma B-on e Google académico, utilizando os termos “Controlo”, “Prevenção”, “Precauções” “Infecção” e “Profissionais de Saúde”, constatou-se que os fatores que influenciam na adesão dos profissionais de saúde às PBCI são: fatores individuais - conscientização, perceção do risco, perceção da eficácia das medidas de proteção, crenças e valores, conhecimento, subjetividade, relações interpessoais; fatores relacionados com o trabalho - carga de trabalho, obstáculos do trabalho; e fatores organizacionais - disponibilidade de EPI, estrutura física, supervisão, ações gerenciais (Cunha, Camponogara, Freitas, Pinno, Dias & Cesar, 2017).

De acordo com o estudo de Porto e Marziale (2016), onde se analisaram os motivos e as consequências da baixa adesão às PBCI pela equipa de enfermagem, ficou demonstrado que os motivos da baixa adesão evidenciados se relacionam com as práticas deficitárias de educação permanente, comportamentos de risco de trabalhadores, fornecimento de material e equipamentos de proteção inadequados e condições de trabalho inadequadas. As consequências são os acidentes e as doenças do trabalho. Os estudos de intervenção são escassos e limitam-se à educação dos profissionais.

O PPCIRA implementou, em 2014, uma Estratégia Multimodal para promoção das PBCI, agregando a Estratégia Multimodal de Promoção da Higiene das Mãos, ao conjunto das PBCI (Fernandes, Silva, Palos et al., 2016). No sentido de dar continuidade à promoção da higiene das mãos e abordar as restantes PBCI, de uma forma padronizada, consistente e que pudesse ajudar os Grupos de Coordenação Local do PPCIRA e todos os profissionais de saúde a identificar as inconformidades neste conjunto das boas práticas e introduzir estratégias de intervenção para melhoria. A “Campanha das PBCI” e insere-se na vigilância epidemiológica de processos e de estruturas (Fernandes et al., 2016).

Contudo, as PBCI só serão realmente eficazes se associado à sua implementação, existir um maior empenho para motivar e treinar os profissionais tendo em conta, que a resolução do problema não está centralizada em recomendações inatingíveis para prevenção e controlo de infeções, mas no somatório de cada atitude profissional realizada de forma consciente, participativa e responsável (Lima, Tavares, Freitas et al., 2011).

A “prática baseada na evidência” tem surgido como uma fórmula para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Não obstante, é sempre necessário que o

enfermeiro seja claro e cuidadoso na sua aplicação, ou seja, o profissional deve parar para refletir sobre o impacto dos seus cuidados em nome da saúde e o porquê. Pode considerar-se que uma prática reflexiva é uma componente chave dos cuidados de saúde baseados na evidência, o verdadeiro carácter para uma boa prática profissional (e.g., a adesão às PBCI para a prevenção e controlo de infeção), implicando a reflexão sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes (Craig & Smith, 2004).

2. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente

As Unidades de Cuidados Continuados enfrentam um desafio peculiar no que se refere à prestação de cuidados de saúde, porque “os doentes vulneráveis convivem em estreita proximidade e partilham contactos sociais comuns”. A frequência de IACs entre os utentes de cuidados continuados é comparável às taxas observadas nas unidades de cuidados de agudos, como inferido pelo estudo piloto realizado, em 2010, em Portugal².

A segurança e a qualidade num sistema de saúde têm uma expressão individual e sistémica: a pessoa submete-se a cuidados progressivamente mais tecnológicos, invasivos e fragmentados numa organização que pretende garantir que o ganho em complexidade não se traduza simultaneamente em maior risco e lesão. São geralmente difíceis de quantificar, são necessárias medidas objetivas e úteis que permitam a monitorização, pelas equipas de saúde, dos ganhos obtidos na implementação de planos de melhoria da prática clínica (Lage & Sousa, 2013).

Segundo Donabedian (2003), cuidado de qualidade é aquele que maximiza o bem-estar da pessoa, após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo do cuidado. Considera a melhoria da qualidade uma abordagem para avaliar e melhorar continuamente o processo de produção de serviços de saúde, a fim de responder adequadamente às necessidades das pessoas.

Assim, a qualidade dos cuidados de saúde deve ser encarada como o elemento chave de toda a organização, a longo prazo mantém a continuidade de qualquer organização, determinando a garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e permanência. A segurança do doente nos cuidados de saúde é cada vez mais tida em conta nas organizações de saúde, é preocupação de todos os profissionais da área da saúde e das organizações. Afigura-se como um elemento estruturante mudável da Qualidade em Saúde (DGS, 2015).

Os serviços de saúde ao adotarem, nas práticas, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), incorporam metodologias de gestão de risco e segurança como indicadores específicos para a contínua qualidade dos cuidados prestados. Há que reduzir os riscos nos cuidados de saúde e promover ambiente seguro para profissionais e doentes pois são passos fundamentais em sistemas de cuidados que ajudam a prevenir e a atenuar os erros (Algahtani, 2015).

² Estudo Nacional de Prevalência de Infecção em Cuidados Continuados. Acedido em <https://www2.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/3711>

A qualidade apresenta-se como fator fundamental da segurança do doente e como preocupação e prioridade no setor da saúde. As ações desenvolvidas para garantir cuidados seguros e a contínua qualidade aplicada à segurança dos doentes deve reconhecer os riscos, avaliá-los e categoriza-los, identificando as ações de melhoria a prestar. Para haver sucesso é necessário o envolvimento e dedicação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde, o que coopera para a precaução das IACs.

Em conformidade com o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 (p. 3882-(2),

“Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Neste tipo de ambiente, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada. A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional”.

O Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 (p. 3882-(2), para o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, preconiza ainda que

“a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a segurança dos doentes, evitando incidentes, que podem ser repetidos, graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de capacidade dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos”.

Para a operacionalização de um Programa de Gestão de Risco existem quatro pilares fundamentais: o Sistema de Relato de Incidentes (SRI), Identificação e Avaliação do Risco, Monitorização de Indicadores de Segurança do Doente e a Auditoria como Instrumento de Melhoria Contínua (Ramos & Trindade, 2011).

Os tipos de incidentes e as consequências para os doentes são categorias consideradas, na estrutura conceitual, clinicamente significativas e reconhecíveis para identificação e recuperação de incidentes (WHO 2014).

Portanto, para que se possa garantir a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados, de modo a que não coloquem em risco o cuidado centrado na pessoa/comunidade, tem de se priorizar a pessoa, reforçando o processo de cuidar, certificado pela boa comunicação interprofissional, bem como através de uma adequada e

efetiva comunicação com a pessoa/família/pessoas significativas recetora dos cuidados. A prestação de atenção integral dos cuidados oferecidos à pessoa é primordial para a prevenção de erros.

2ª Parte - Estudo empírico

**Estudo 1 - Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde numa
Unidade de Cuidados Continuados**

1. Metodologia

As IACS são infeções que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde, desenvolvidas numa instituição de saúde. O *Center for Disease Control and Prevention*, como referenciado por Haque, Sartelli, McKimm e Bakar (2018), refere que quase 1,7 milhão de doentes hospitalizados adquirem anualmente IACS enquanto estão internados e que mais de 98.000 de doentes (um em cada 17) morrem em decorrências das mesmas.

Assim, só com uma atitude da prevenção e conhecimento das boas práticas se pode atuar no campo do controlo da infeção e na melhoria dos cuidados de saúde, no caso concreto em Unidades de Cuidados Integrados. A adesão ao uso de equipamentos de proteção está intimamente relacionada à perceção que os profissionais têm acerca dos riscos a que estão expostos e da suscetibilidade a esses riscos. Mas, o facto de os profissionais terem conhecimento sobre os riscos, no ambiente de trabalho, nem sempre garante a adesão ao uso de medidas protetoras. Em geral, esse conhecimento não se transforma numa atitude segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, o que evidencia a necessidade de ações mais efetivas para mudar essa realidade (Neves, 2017).

Neste estudo pretendemos para além de investigar a prevalência das IACS numa Unidade de Cuidados Continuados, pesquisa-se também a perceção dos enfermeiros em torno desta problemática. Para tal, delineámos uma estratégia metodológica da qual surgiu a combinação de dois estudos com uma abordagem multimétodo, isto é, por um lado, desenvolvemos um *survey* do tipo descritivo correlacional a que designámos por estudo 1, que permitirá pesquisar a prevalência de infeções apresentadas pelos utentes desde 2014-2017 e nos situa dentro da problemática das infeções nas unidades de cuidados continuados; por outro lado, tem uma natureza qualitativa, apelidada de estudo 2 de características fenomenológicas que permitirá saber qual a perceção dos profissionais de saúde acerca das IACS numa Unidade de Cuidados Continuados. O intuito desta abordagem é produzir um retrato do fenómeno estudado que seja mais completo do que o alcançado por um único método.

O projeto de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e ao Provedor da Santa Casa de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro de Portugal emitiram pareceres favoráveis à realização do estudo com a garantia de que cumpre os requisitos éticos referentes à confidencialidade e autonomia dos participantes.

Optámos por descrever a metodologia utilizada separadamente em cada estudo.

Estudo 1 – Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Continuados

Neste capítulo descreve-se o material e os métodos, ou seja, o percurso da investigação: as questões de investigação e os objectivos, o tipo de estudo, as variáveis, a amostra, os instrumentos e os procedimentos éticos e formais e os procedimentos estatísticos.

1.1 Métodos

As IACS são uma ameaça potencialmente séria para os utentes de Unidades de Cuidados Continuados, particularmente para os idosos. Tendo em conta esta realidade, foi criado o projeto europeu HALT (*Healthcare-associated infections in long-term care facilities*) em 2008. São várias as razões pelas quais as IACS são ainda mais alarmantes no século XXI. Isso inclui as Unidades de Cuidados Continuados com um elevado número de utentes e cujo sistema imunológico geralmente é debilitante. Por norma, as IACS ocorrem em pacientes adultos e idosos. As infeções das vias respiratórias e do trato urinário. São, por norma, as mais comuns (Heudorf, Boehlcke & Schade (2012).

Mediante estes pressupostos, delineou-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as infeções apresentadas pelos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país desde 2014-2017?

Delinearam-se como objetivos para este estudo:

- Traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país, no espaço temporal de 2014-2017;

- Verificar qual a prevalência de infeções apresentadas pelos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país desde 2014-2017.

Para a consecução das questões e objetivos de investigação formulados, optou-se por um tipo de investigação que tem as características de um estudo descritivo e retrospectivo, uma vez que foi realizado através do levantamento de dados presentes nos registos de enfermagem de cada utente de uma unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país, referentes ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017.

1.2. Participantes

O número de registados no período acima referido foi de 518 cujas características sociodemográficas se apresentam seguidamente.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Os resultados obtidos em relação à idade revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 37 anos e uma máxima de 101 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 79,54 anos ($\pm 10,94$ anos). Para o género masculino, que representa 41,3% da totalidade da amostra, a idade mínima é 40 anos e a máxima de 99 anos, e para o género feminino, com uma representatividade de 58,7%, a mesma oscila entre 37 e os 101 anos. As mulheres, em média ($M=81,20$ anos $\pm 9,82$ anos), são mais velhas do que os homens ($M=77,20$ anos $\pm 11,99$ anos). Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas da idade em função do género

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	214	40	99	77.20	11.99	15,53	-6,86	2,43
Feminino	304	37	101	81.20	9.82	12,09	-8,10	8,43
Total	518	37	101	79.54	10.94	13.75	-11,22	5,47

Na tabela 2 encontram-se expostos os resultados da caracterização sociodemográfica da amostra em função do género, donde se extrai que a grande maioria dos utentes é idosa (76,6%), sendo 69,6% homens e 81,6% mulheres, com relevância estatisticamente significativa ($X^2=10,509$; $p=0,005$), situadas entre os homens adultos e as mulheres idosas. Estão em maioria os utentes solteiros/divorciados (56,9%), com 38,3% dos homens e 70,1% das mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=51,633$; $p=0,000$), situadas entre as mulheres solteiras/divorciadas e os homens casados ou em união de facto. Mais de metade da amostra (65,6%) possui, como habilitações académicas, até ao 1.º ciclo do ensino básico, onde 72,4% são homens e 60,9% mulheres, enquanto 30,1% não possuem habilitações académicas. Quase a totalidade da amostra (98,8%) encontra-se inactiva profissionalmente (homens 98,6% vs. mulheres 99,0%). Constata-se que 51,5% da amostra é proveniente do domicílio, onde se incluem 43,5% dos homens e 57,2% das mulheres, enquanto 48,5% provêm do hospital

(homens 56,5% vs. mulheres 25,1%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=9,547$; $p=0,002$), situadas entre os homens provenientes do hospital e as mulheres do domicílio.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº (214)	% (41.3)	nº (304)	% (58.7)	nº (518)	% (100.0)	1	2		
Idade										
Adulto	26	12.1	19	6.3	45	8.7	2.3	-2.3	10.509	0.005
Jovem idoso	39	18.2	37	12.2	76	14.7	1.9	-1.9		
Idoso	149	69.6	248	81.6	397	76.6	-3.2	3.2		
Estado civil										
Solteiro/divorciado	82	38.3	213	70.1	295	56.9	-7.2	7.2	51.633	0.000
Casado/união de facto	132	61.7	91	29.9	223	43.1	7.2	-7.2		
Habilitações académicas										
Sem habilitações	46	21.5	110	36.2	156	30.1	-3.6	3.6	14.429	0.001
Até 1º ciclo do ensino básico	155	72.4	185	60.9	340	65.6	2.7	-2.7		
≥2º ciclo	13	6.1	9	3.0	22	4.2	1.7	-1.7		
Profissão										
Ativo	3	1.4	3	1.0	6	1.2	.4	-.4	0.189	0.664
Não ativo	211	98.6	301	99.0	512	98.8	-.4	.4		
Proveniência										
Hospital	121	56.5	130	25.1	251	48.5	3.1	-3.1	9.547	0.002
Domicílio	93	43.5	174	57.2	267	51.5	-3.1	3.1		

1.3. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados foi os processos individuais dos utentes, estando estes a serem usados e outros no arquivo morto da instituição *locus* de estudo.

1.4. Procedimentos formais e éticos

Para a realização do presente estudo foi solicitada autorização ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Unidade de Cuidados Continuados, aos Diretor Clínico e à Enfermeira Coordenadora da respetiva unidade e parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo 1). O acesso aos dados pela equipa de investigação teve como compromisso: respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização dos processos individuais dos utentes.

1.5. Procedimentos estatísticos

Para a análise dos dados, utilizámos a estatística descritiva e a estatística inferencial, com recurso ao programa estatístico o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0 para Windows.

Como medidas de estatística descritiva determinamos:

- Frequências absolutas (n) e percentuais (%);
- Medidas de tendência central: média (\bar{x});
- Medidas de dispersão: desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV).

O CV calcula-se achando o quociente entre o desvio padrão e a média amostral, (Pestana & Gageiro, 2005). Os resultados obtidos são interpretados, de acordo com esses autores conforme se apresenta a seguir:

Tabela 3 - Coeficiente de variação e classificação do grau de dispersão

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0%-15%	Dispersão baixa
16%-30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

2. Resultados

Constata-se que mais de metade da amostra (68,0%) tem um tempo de permanência na Unidade de duração mínima, fazendo parte destes 68,2% dos homens e 67,8% das mulheres. Apura-se que a maioria dos utentes não se encontra na Unidade por descanso do cuidador (60,4%), contrariamente a 39,6% que estão na Unidade por descanso do cuidador, com 31,8% de homens e 45,1% de mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=9,276$; $p=0,002$), situadas entre as mulheres que estão na Unidade por descanso do cuidador e os homens que não se encontram na Unidade por descanso do cuidador. Maioritariamente, os utentes não apresentam doença crónica (85,3%), sendo 82,2% homens e 87,5% mulheres, enquanto 14,7% sofrem de doença crónica (homens 17,8% vs. mulheres 12,5%). Regista-se uma percentagem mais elevada de utentes com incontinência vesical (74,1%), fazendo parte destes 75,2% dos homens e 73,4% das mulheres. Verifica-se também que a maioria dos utentes sofre de incontinência fecal (62,5%), com 64,0% dos homens e 61,5% das mulheres nesta condição. Verifica-se uma percentagem expressiva de utentes sem sonda vesical (80,9%), com uma representatividade de 76,6% dos homens e 83,9% das mulheres. Ainda em conformidade com os dados apurados, quase a totalidade da amostra não tem sonda nasogástrica/intubação gástrica percutânea (82,6%) (homens 76,6% vs. mulheres 86,9%). Apura-se ainda que a grande maioria dos utentes não é colostomizado (98,3%) (homens 99,1% vs. mulheres 97,7%). Por último, constata-se que mais de metade da amostra não recorreu ao serviço de urgência durante o internamento na Unidade (80,9%), dos quais 78,5% são homens e 82,6% mulheres (cf. tabela 4).

No que se refere ao diagnóstico, constata-se que a percentagem mais elevada corresponde às doenças cérebro-cardiovasculares (40,7%), com 45,8% de homens e 37,2% de mulheres. Em 18,3% dos casos, os utentes apresentam doença do sistema osteomuscular e sistema nervoso (homens 14,5% vs. mulheres 21,1%), seguindo-se 14,9% com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais (homens 10,7% vs. mulheres 17,8%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=26,510$; $p=0,000$), situadas entre os homens com doenças aparelho respiratório e com doenças cérebro-cardiovasculares e as mulheres com transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema osteomuscular e sistema nervoso (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis clínicas em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº (214)	% (41.3)	nº (304)	% (58.7)	nº (518)	% (100.0)	1	2		
Tempo de permanência										
Duração mínima	146	68.2	206	67.8	352	68.0	0.1	-1	0.012	0.912
Duração máxima	68	28.2	98	32.2	166	32.0	-1	0.1		
Descanso do cuidador										
Sim	68	31.8	137	45.1	205	39.6	-3.0	3.0	9.276	0.002
Não	146	68.2	167	54.9	313	60.4	3.0	-3.0		
Doença Crónica										
Com doença	38	17.8	38	12.5	76	14.7	1.7	-1.7	2.772	0.096
Sem doença	176	82.2	266	87.5	442	85.3	-1.7	1.7		
Incontinência vesical										
Sim	161	75.2	223	73.4	384	74.1	0.5	-5	0.231	0.631
Não	53	24.8	81	26.6	134	25.9	-5	0.5		
Incontinência fecal										
Sim	137	64.0	187	61.5	324	62.5	0.6	-6		
Não	77	36.0	117	38.5	194	37.5	-6	0.6	0.337	0.562
Sonda Vesical										
Sim	50	23.4	49	16.1	99	19.1	2.1	-2.1	4.266	0.039
Não	164	76.6	255	83.9	419	80.9	-2.1	2.1		
Sonda nasogástrica /intubação gástrica percutânea										
Sim	50	23.4	40	13.2	90	17.4	3.0	-3.0	9.114	0.003
Não	164	76.6	264	86.8	428	82.6	-3.0	3.0		
Colostomias										
Sim	2	0.9	7	2.3	9	1.7	-1.2	1.2	1.377	0.241
Não	212	99.1	297	97.7	509	98.3	1.2	-1.2		
Recorreu serviço urgência durante internamento										
Sim	46	21.5	53	17.4	99	19.1	1.2	-1.2	1.340	0.247
Não	168	78.5	251	82.6	419	80.9	-1.2	1.2		
Diagnostico										
Neoplasias	9	4,2	21	6,9	30	5,8	-1,3	1,3		
Doenças aparelho respiratório	30	14,0	14	4,6	44	8,5	3,8	-3,8		
Transtornos mentais e comportamentais	23	10,7	54	17,8	77	14,9	-2,2	2,2		
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	2,8	17	5,6	23	4,4	-1,5	1,5		
Doenças cérebro-cardiovasculares	98	45,8	113	37,2	211	40,7	2,0	-2,0	26,510	0.000
Sistema osteomuscular e sistema nervoso	31	14,5	64	21,1	95	18,3	-1,9	1,9		
Não classificáveis	10	4,7	13	4,3	23	4,4	,2	-,2		
Aparelho renal	7	3,3	8	2,6	15	2,9	,4	-,4		

As estatísticas relativas ao tempo de permanência dos utentes na Unidade indicam, para o global da amostra, um mínimo de 2 dias e um máximo de 955 dias, correspondendo-lhe uma média de 98,34±92,82. Para os utentes do género masculino, o mínimo de dias de permanência na Unidade é 2 e o máximo 955 dias, para o género feminino, o mínimo e o máximo oscilam entre 2 a 369 dias. Os homens, em média (M=100,59±121,87), permaneceram mais tempo na Unidade do que as mulheres (M=96,76±65,51). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face ao tempo médio de permanência dos utentes na Unidade (cf. tabela 5).

Tabela 5 - Estatísticas do tempo de permanência na Unidade em função do género

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	214	2	955	100.59	121.66	120.87	30.18	98.19
Feminino	304	2	369	96.76	65.51	67.70	7.77	5.08
Total	518	2	955	98.34	92.82	96.38	46.61	189.53

Em conformidade com os dados apresentados na tabela 6, pode dizer-se que quase a totalidade dos utentes apresenta dependência nas atividades de vida diária (90,2%).

Tabela 6 – Situação de fragilidade

Situação de fragilidade	n	%
Agravamento do estado de saúde	2	.4
Dependência em AVD	467	90.2
Desnutrição	2	.4
Deterioração cognitiva	23	4.4
Não se aplica	24	4.6
Total	518	100.0

Constata-se que a grande maioria dos utentes não tem necessidade de cuidados paliativos (99,4%) (cf. tabela 7).

Tabela 7 – Necessidade de cuidados paliativos

Necessidade de cuidados paliativos	n	%
Sim	3	.6
Não	515	99.4
Total	518	100.0

Os resultados obtidos em relação ao número de medicamentos que os utentes tomavam quando entraram na Unidade revelam, para a globalidade da amostra, um mínimo 0 medicamentos e um máximo de 19 medicamentos, ao que corresponde uma média de 7,59 medicamentos (± 3.30). Para o género masculino, o mínimo de medicamentos é 0 medicamentos e o máximo 16 medicamentos, e para o género feminino, o mínimo e o máximo de medicamentos oscilam entre 0 e 19 medicamentos. Ambos os géneros revelam idêntica média ($M=7,59$ medicamentos $\pm 3,30$, respetivamente) de medicamentos que tomavam quando entraram na Unidade. Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão elevada face às médias encontradas (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Estatísticas do n.º de medicamentos à entrada na Unidade em função do género

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	214	0	16	7.59	3.30	43.47	2.42	-0.00
Feminino	304	0	19	7.59	3.30	43.37	3.12	2.48
Total	518	0	19	7.59	3.30	43.47	3.94	1.83

Os resultados obtidos em relação ao número de medicamentos que os utentes tomavam quando saíram da Unidade indicam, para a globalidade da amostra, um mínimo 0 medicamentos e um máximo de 20 medicamentos, ao que corresponde uma média de 9,08 medicamentos ($\pm 3,74$). Para o género masculino, o mínimo de medicamentos é 2 medicamentos e o máximo 20 medicamentos, e para o género feminino, o mínimo e o máximo de medicamentos oscilam entre 0 e 20 medicamentos. Os homens ($M=9,21\pm 3,78$), em média, tomam mais medicamentos do que as mulheres ($M=8,991\pm 3,71$) aquando da alta da Unidade. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às médias encontradas (cf. tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas do n.º de medicamentos à saída da Unidade em função do género

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	214	2	20	9.21	3.78	41.04	2.33	-0.51
Feminino	304	0	20	8.99	3.71	41.26	2.77	0.64
Total	518	0	20	9.08	3.74	41.18	3.62	0.00

Em conformidade com os dados apresentados na tabela 10, pode dizer-se que a maioria dos utentes (42,7%) teve alta para o domicílio, 20,5% para uma Lar, tendo 17,0% falecido e 10,6% foram transferidos.

Tabela 10 – Alta

Alta	n	%
Óbito	88	17.0
Transferido	55	10.6
Domicílio	221	42.7
Lar	106	20.5
Perda de vaga	19	3.7
Internado	29	5.6
Total	518	100.0

O ano que apresenta mais casos de infeções é 2016, com 8 casos (61,5%) de infeções das vias respiratórias e 4 casos (30,8%) de infeções do trato urinário. No ano de 2015 há registo de 3 casos (42,9%) com infeções das vias respiratórias e 3 casos com infeções do trato urinário (42,9%) (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Infeções apresentadas pelos utentes desde 2014-2017

Ano de internamento		n	%
2014	Infeções das vias respiratórias	2	66,7
	Infeções do trato urinário	1	33,3
	Total	3	100,0
2015	Infeções da pele, tecidos moles e feridas	1	14,3
	Infeções das vias respiratórias	3	42,9
	Infeções do trato urinário	3	42,9
	Total	7	100,0
2016	Infeções da pele, tecidos moles e feridas	1	7,7
	Infeções das vias respiratórias	8	61,5
	Infeções do trato urinário	4	30,8
	Total	13	100,0
2017	Infeções das vias respiratórias	3	60,0
	Infeções do trato urinário	2	40,0
	Total	5	100,0

3. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos numa amostra de 518 utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados revelam uma maioria de utentes do sexo feminino (58,7%). Para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 37 anos e uma máxima de 101 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 79,54 anos ($\pm 10,94$ anos). As mulheres, em média ($M=81,20$ anos $\pm 9,82$ anos), são mais velhas do que os homens ($M=77,20$ anos $\pm 11,99$ anos). A grande maioria dos utentes é idosa (76,6%), com predomínio dos utentes solteiros/divorciados (56,9%). Mais de metade (65,6%) possui, como habilitações académicas, até ao 1.º ciclo do ensino básico. Quase a totalidade da amostra (98,8%) encontra-se inativa profissionalmente. Verificou-se que 51,5% dos utentes são provenientes do domicílio, enquanto 48,5% provêm do hospital. Estes resultados corroboram os encontrados por Pinheiro (2016), cujo estudo realizados em duas Unidades de Cuidados Continuados (Bragança e Mirandela) também revela predomínio de utentes do sexo feminino (52,4%), com uma média de idades de 71,02 anos ($\pm 13,12$ anos), possuindo maioritariamente um baixo nível de escolaridade, o que corrobora os dados do Instituto Nacional de Estatística (PORDATA, 2019), segundo os quais, em 2018, continuava a registar-se em Portugal uma prevalência elevada de pessoas com 65 anos ou mais com baixa escolaridade. No estudo de Pinheiro (2016), a maioria dos utentes era casada (61,9%), o que difere dos resultados apurados no presente estudo, com prevalência de utentes solteiros/divorciados. De igual modo, no estudo de Figueiredo (2016), destacam-se os utentes provenientes do domicílio, seguindo-se os que vieram do hospital.

Maioritariamente, os utentes não apresentam doença crónica (85,3%). Registou-se uma percentagem mais elevada de utentes com incontinência vesical (74,1%) e incontinência fecal (62,5%). Verificou-se uma percentagem expressiva de utentes sem sonda vesical (80,9%), quase a totalidade da amostra não tem sonda nasogástrica/intubação gástrica percutânea (82,6%), não sendo a grande maioria colostomizada (98,3%), com mais de metade da amostra que não recorreu ao serviço de urgência durante o internamento na Unidade (80,9%). Em 18,3% dos casos, os utentes apresentam doença do sistema osteomuscular e sistema nervoso (homens 14,5% vs. mulheres 21,1%), seguindo-se 14,9% com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais (homens 10,7% vs. mulheres 17,8%), situadas entre os homens com doenças aparelho respiratório e com doenças cérebro-cardiovasculares e as mulheres com transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema osteomuscular e sistema nervoso. De acordo com a APFISIO (2017), um dos principais quadros clínicos de utentes de Unidades de Cuidados Continuados é a incontinência urinária e fecal e outras

disfunções vesico-esfincterianas, bem como doenças do sistema osteomuscular e sistema nervoso, transtornos mentais e comportamentais, doenças do aparelho respiratório e doenças cérebro-cardiovasculares. Tendo-se em consideração os dados epidemiológicos expressos nos Programas Nacionais Prioritários, no conjunto das doenças que têm maior impacto na população portuguesa, em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura destacam-se, entre outras, as doenças cérebro-cardiovasculares (15,4%), com a particularidade da doença isquémica do coração representar, por si só, 6,5% (DGS, 2017).

No que se refere ao diagnóstico, constatou-se que a percentagem mais elevada correspondeu às doenças cérebro-cardiovasculares (40,7%), com 45,8% de homens e 37,2% de mulheres. De acordo com o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017), à semelhança de outros países da União Europeia, em Portugal continua a registar-se uma grande disparidade na esperança de vida entre homens e mulheres, com os homens (78,1 anos) a viverem, em média, menos seis anos do que as mulheres (84,3 anos). Como causas associadas à mortalidade, as doenças cardiovasculares constituem-se como a principal causa de morte entre as mulheres, todavia, atrás do cancro no caso dos homens. Em 2014, as DCV resultaram num terço do total de mortes entre as mulheres e de pouco mais de um quarto do total de mortes nos homens (OCDE, 2017, p. 4).

Quase a totalidade dos utentes apresenta dependência nas atividades de vida diária (90,2%). Os dados apurados corroboram os alcançados por Hajek e König (2016) e por Dixe, Teixeira, Areosa, Frontin, Peralta e Querido, (2019), onde os utentes eram maioritariamente do género feminino, numa faixa etária mais representativa dos 69-80 anos, com a maioria com elevado nível de dependência nas atividades de vida diária. Nos estudos de Costa e Castro (2014) e de Pinheiro (2016), a grande parte dos utentes apresentava um nível de dependência total.

Os resultados obtidos em relação ao número de medicamentos que os utentes tomavam quando saíram da Unidade indicam, para a globalidade da amostra, um mínimo 0 medicamentos e um máximo de 20 medicamentos, ao que corresponde uma média de 9,08 medicamentos ($\pm 3,74$), um resultado que está em conformidade com o encontrado por Pinheiro (2016).

Apurou-se que o ano que apresenta mais casos de infeções é 2016, com 8 casos (61,5%) de infeções das vias respiratórias e 4 casos (30,8%) de infeções do trato urinário. No ano de 2015 há registo de 3 casos (42,9%) com infeções das vias respiratórias e 3 casos com infeções do trato urinário (42,9%). Heudorf, Boehlcke & Schade (2012) estudaram as IACS e o uso de antibióticos em 40 Unidades de Cuidados Continuados na Alemanha, e

constaram que, dos 3.732 utentes, 4,3% (n=161) apresentavam sinais ou sintomas de infeções e/ou tomavam antibióticos orais. As infeções mais comuns foram as do trato urinário (n=45; 1,2%), seguidas das infeções respiratórias (n=41; 1,1%) e pele, exceto micoses (n=25; 0,7%). A prevalência geral de uso de antibióticos orais foi de 2,4% (n=90). Os mesmos autores referem que a prevalência de IACS foi quase similar a um estudo piloto europeu realizado 2009 (5%).

Conclusões

Os resultados do estudo da *Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Continuados*, numa amostra de 518 utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados, revelam:

- maioria de utentes do sexo feminino (58,7%);
- uma idade mínima de 37 anos e uma máxima de 101 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 79,54 anos ($\pm 10,94$ anos), sendo as mulheres, em média (M=81,20 anos $\pm 9,82$ anos), mais velhas do que os homens (M=77,20 anos $\pm 11,99$ anos);
- 51,5% dos utentes são provenientes do domicílio, enquanto 48,5% provêm do hospital;
- predomínio de utentes sem doença crónica (85,3%);
- prevalência de utentes com incontinência vesical (74,1%) e incontinência fecal (62,5%);
- a maioria dos utentes não tinha sonda vesical (80,9%), sem sonda nasogástrica/intubação gástrica percutânea (82,6%) e não era colostomizada (98,3%);
- mais de metade da amostra não recorreu ao serviço de urgência durante o internamento na Unidade (80,9%);
- presença de doença do sistema osteomuscular e sistema nervoso em 18,3% dos casos; 14,9% com diagnóstico de transtornos mentais; uma percentagem de 40,7% de doenças cérebro-cardiovasculares;
- quase a totalidade dos utentes apresenta dependência nas atividades de vida diária (90,2%);
- em relação ao número de medicamentos que os utentes tomavam quando saíram da Unidade indicam, para a globalidade da amostra, um mínimo 0 medicamentos e um máximo de 20 medicamentos, ao que corresponde uma média de 9,08 medicamentos ($\pm 3,74$);
- o ano com registo de mais casos de infeções foi o de 2016, com 8 casos (61,5%) de infeções das vias respiratórias e 4 casos (30,8%) de infeções do trato urinário. No ano de 2015 há registo de 3 casos (42,9%) com infeções das vias respiratórias e 3 casos com infeções do trato urinário (42,9%).

Estes resultados levam a considerar que o controlo das IACS, sendo estas na sua maioria evitáveis, deve implicar um nível elevado de prevenção. A sua vigilância é complexa e requer o uso de critérios padronizados e adesão por parte de todos os profissionais de saúde.

Uma das componentes estruturantes e essenciais da qualidade na prestação de cuidados de saúde é a segurança do doente, existindo um conjunto de evidências e um vasto conhecimento factual sobre as implicações que a segurança dos doentes ou a sua falta tem nas instituições de saúde, os seus profissionais e, principalmente, os utentes que a elas recorrem. A qualidade deve estar na vanguarda dos cuidados de saúde, uma vez que a mesma é essencial para o processo de tomada de decisão pelos decisores políticos, gestores e profissionais, dado a pertinência de ordem social, ética, profissional e económica. Pode-se, assim, considerar-se que a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados prestados, é uma garantia do sistema de saúde português, sendo uma das componentes críticas da gestão da qualidade e dos cuidados de enfermagem a segurança dos utentes. Para alcançar tal objetivo, é imperativa a avaliação das medidas de precaução instituídas ao nível do controlo das IACS, bem como o conhecimento e a própria adesão dos profissionais de saúde às mesmas medidas protocoladas e ao uso dos equipamentos de proteção individual, como meios de se quebrar a cadeia de transmissão cruzada dos agentes inoficiosos. Deste modo, estar-se-á a dar uma maior visibilidade a este problema ao nível dos cuidados de saúde prestados em Unidades de Cuidados Continuados, tendo também em conta a escassez de estudos que contemplem esta unidade prestadora de cuidados de saúde.

Estudo 2 – Percepção profissionais de saúde sobre as IACS

1. Métodos

O presente estudo insere-se numa abordagem qualitativa com enfoque fenomenológico, uma vez que se procura conhecer as perceções dos profissionais de saúde que exercem numa Unidade de Cuidados Continuados da região centro do país acerca das IACS.

As IACS causam o agravamento do prognóstico da doença de base, resultando no tempo de internamento, associando ainda mais as doenças às que já se encontravam presentes, podendo resultar no aumentando da mortalidade. Por outro lado, aumentam os custos associados à saúde. Esta dimensão das infeções causadas pelos microrganismos multirresistentes tem superado o plano das organizações saúde (DGS, 2016), o que justifica a realização deste estudo.

Neste sentido, as questões de investigação delineadas são:

- Qual a opinião dos profissionais de saúde acerca da prevenção das IACS?
- Qual a razão apontada pelos profissionais de saúde acerca de por que ocorrem as IACS?
- Quais as principais medidas de controlo das IACS?
- O que representam as IACS na prática profissional?
- Em que momento os profissionais de saúde tiveram orientação sobre as medidas de prevenção das IACS?
- Qual a opinião dos profissionais de saúde acerca do que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS?

Decorrente das questões de investigação suprareferidas, o **objetivo principal** deste estudo consiste em:

- Conhecer a perceção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados acerca das IACS.

Na sequência do objetivo principal definiram-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Conhecer a opinião dos profissionais de saúde acerca da prevenção das IACS;
- Averiguar as razões subjacentes à ocorrência das IACS;
- Verificar quais as principais medidas de controlo das IACS;
- Conhecer o que representam as IACS na prática profissional;

- Averiguar, em que momento, os profissionais de saúde tiveram orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das IACS;

- Percecionar o que deveria ser mudado no serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das IACS.

Como já referido, este estudo é de natureza qualitativa com enfoque fenomenológico, uma vez que pretende estudar as coisas no meio natural e interpretar os fenómenos tendo em conta os significados que os participantes dão a esses fenómenos (Fortin, Côté & Filion, 2009). Na metodologia qualitativa, os participantes não se reduzem a variáveis isoladas, pelo contrário, são olhados como parte de um todo no seu contexto natural. A opção por este tipo de estudo prende-se com o facto de os dados recolhidos, designados de qualitativos, serem ricos em pormenores descritivos em relação às pessoas, locais e diálogos, sendo as questões a investigar formuladas para investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e no contexto natural (Fortin et al., 2009).

Trata-se igualmente de um estudo com enfoque fenomenológico, pois a realidade tem como principal foco as percepções dos profissionais de saúde, visando compreender e encontrar significados através das suas narrativas verbais (Freixo, 2011). Este tipo de estudo diz respeito à descrição das experiências vividas dos profissionais de saúde acerca de um conceito ou fenómeno, objectivando a estrutura fundamental e/ou os elementos invariantes do fenómeno, que, no caso concreto, se refere à percepção dos profissionais de saúde acerca das IACS.

1.1. Participantes

O presente estudo tem como participantes 15 profissionais de saúde do género feminino, com uma idade mínima de 26 anos e uma máxima de 56 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 37,40 anos ($\pm 10,14$ anos). O coeficiente de variação indicia uma dispersão moderada face às idades médias encontradas (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Estatísticas da idade

Idade	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	15	26	56	37,40	10,14	27,11	1,03	-1,00

No que se refere às habilitações académicas dos participantes, como consta da tabela x, verifica-se que a maioria (n=6; 40,0%) possui até ao 9.º ano de escolaridade,

seguindo-se os participantes com a licenciatura (n=4; 26,7%) e com o mestrado (n=3; 20,0%) (cf. tabela 13).

Tabela 13 – Habilitações académicas

Habilitações académicas	n	%
Mestrado	3	20,0
Licenciatura	4	26,7
Até 9º ano de escolaridade	6	40,0
12º ano de escolaridade	2	13,3
Total	15	100,0

Como apresentado na tabela 14, constata-se que a maioria (n=8; 53,3%) dos profissionais de saúde é técnica operacional, sendo 5 (33,3%) enfermeiros, 1 (6,7%) especialista e 1 fisioterapeuta (6,7%).

Tabela 14 – Habilitações profissionais

Habilitações profissionais	n	%
Especialista	1	6,7
Enfermeiro	5	33,3
Técnico operacional	8	53,3
Fisioterapeuta	1	6,7
Total	15	100,0

Verifica-se que os profissionais de saúde têm um mínimo de 3 anos e um máximo de 29 anos de experiência profissional, correspondendo a uma média de 11,66 anos ($\pm 7,56$ anos), com um coeficiente de variação a indicar uma dispersão elevada face à média encontrada do tempo de experiência profissional (cf. tabela 15).

Tabela 15 - Estatísticas dos anos de experiência profissional

Anos de experiência profissional	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	15	3	29	11,66	7,56	64,83	2,00	0,58

Os resultados referentes aos anos de exercício profissional na Unidade indicam um mínimo de 0 (zero) anos e um máximo de 10 anos, com uma média de 7,40 anos ($\pm 3,20$ anos), com um coeficiente de variação a indicar uma dispersão elevada face à média encontrada do tempo de experiência profissional na Unidade (cf. tabela 16).

Tabela 16 - Estatísticas dos anos de exercício profissional na Unidade

Anos de exercício profissional na Unidade	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	15	0	10	7,40	3,20	43,24	-1,81	0,24

1.2. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi uma entrevista semiestruturada, elaborada para o efeito (cf. Anexo 2). De acordo com Bardin (2015), na pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo, enquanto método de organização e análise dos dados, possui algumas características. Primeiramente, aceita-se que o seu foco seja qualificar as vivências do sujeito, bem como as suas perceções sobre determinado objeto e os seus fenómenos.

Assim, a análise das entrevistas processou-se conforme já referido através da análise de conteúdo, que consiste na organização das informações, sem, todavia, se induzirem desvios no material em análise, mas de tal forma que permita revelar “índices invisíveis ao nível dos dados brutos” (Bardin, 2015, p. 117). Esta pode ser realizada de duas formas: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Delineou-se, desta feita, uma abordagem exploratória, com uma categorização *á posteriori*.

A entrevista utilizada neste estudo contém questões que permitem traçar um perfil sociodemográfico dos participantes, tendo em conta o género, a idade, as habilitações académicas, as habilitações profissionais, os anos de experiência profissional (total) e os anos de exercício profissional na Unidade. Contém, então, um guião com 12 questões que permitem responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados. O guião de entrevista elaborado previamente foi bastante facilitador para a orientação da execução da entrevista, pois facilitou a recolha de informação, mantendo o foco em questão.

1.3. Procedimentos éticos

Face à necessidade de satisfazer os requisitos éticos e legais foram realizados vários procedimentos. Foi enviado o pedido de autorização ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia, juntamente com o protocolo do estudo e onde consta entre outros aspetos o desígnio do estudo, os objetivos e o guião da entrevista utilizado na colheita de dados,

tendo sido o seu parecer favorável. Antes de se iniciar a entrevista foram explicados os objetivos e informados de como seriam os dados obtidos enquadrados no estudo. Foi pedida a sua autorização de recolha de dados através do consentimento informado, respeitando as medidas éticas a tomar, garantindo o anonimato. Na execução das mesmas não foi definido nenhum horário, nem para o início nem para o término, desde que os entrevistados quisessem e pudessem, ter-se-ia todo o tempo necessário para a sua conclusão. Todavia, a duração das entrevistas oscilou entre 15 a 20 minutos.

Foi atribuído um código a cada participante (E1 cuja designação significa Entrevistado 1 e, assim, sucessivamente). Fez-se uma leitura cuidadosa de cada entrevista, seguida de uma releitura para que se pudesse eliminar informação irrelevante para o estudo e para que se pudesse compreender melhor o material analisado, a fim de se poder fazer a sua análise descritiva. As entrevistas foram transcritas para um documento do Word, com registo textual de tudo o que as entrevistadas disseram e exprimiram. De modo a facilitar a análise e a interpretação dos dados transcritos, recorreu-se a alguns símbolos, designadamente reticências dentro de parênteses quando se retirou um excerto da transcrição original por se considerar que não tinha relevância para o estudo em questão.

A recolha de dados qualitativos realizou-se com base num método naturalista, ou seja, no contexto do *locus* de estudo, objetivando-se a recolha de informação natural relacionada com a experiência quotidiana de cada profissional de saúde, através de uma entrevista semiestruturada. Durante uma entrevista criou-se uma relação de interação, gerando-se um ambiente de influência recíproca entre a entrevistadora e as entrevistadas.

1.4. Método de análise

No tratamento de dados recorreu-se à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2015, p. 42),

(...) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores, (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

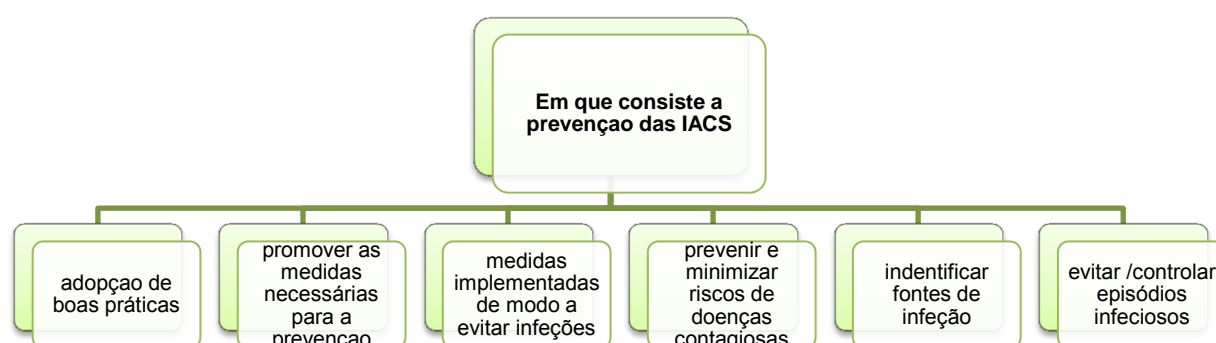
A análise de dados, na investigação qualitativa, inicia quando a colheita de dados (Bardin, 2015). Considerando-se a finalidade do estudo e a problemática enunciada foi utilizada a análise de conteúdo no tratamento dos dados das entrevistas, uma vez que a análise de conteúdo consiste numa técnica de análise de comunicações, baseada em

procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2015). Deste modo, realizada a categorização e subcategorização do conteúdo das entrevistas.

2. Apresentação e discussão dos resultados

Prevenção das IACs

A primeira categoria refere-se ao que consiste a prevenção das IACS e divide-se em 6 subcategorias, verificando-se que a mais referenciada foi a adoção de boas práticas (n=8) (cf. figura 1).



Adoção de boas práticas	8
Promover as medidas necessárias para a prevenção	2
Medidas implementadas de modo a evitar infeções	2
Prevenir e minimizar riscos de doenças contagiosas	1
Identificar fontes de infeção	1
Evitar/controlar episódios infecciosos	1

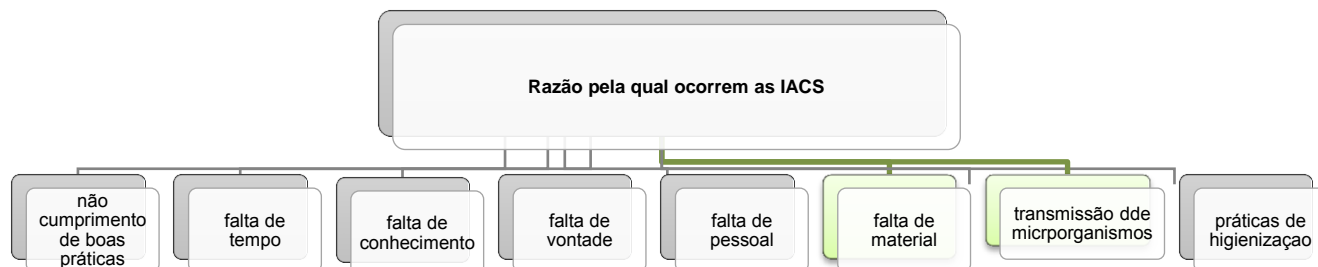
Figura 1. Opinião sobre em que consiste a prevenção das IACS

Face aos resultados apurados, importa referir que, no seu entendimento, as profissionais de saúde referiram a prevenção das IACS consiste na adoção de boas práticas, na promoção de medidas necessárias para a prevenção, em medidas implementadas de modo a evitar infeções, prevenção e minimização de riscos de doenças contagiosas, identificação das fontes de infeção e em evitar/controlar episódios infecciosos. Estas suas respostas corroboram a literatura, onde está explícito que os profissionais de saúde devem ter conhecimento sobre as medidas de prevenção das IACS e que estes devem ser agentes de boas práticas que garantam a segurança do doente e a dos profissionais de saúde, adotando as medidas básicas de precaução/controlado de infeção e os procedimentos para evitar/minimizar o risco de infeção. Estas respostas estão em conformidade com o preconizado pelo PPCIRA (2018), segundo o qual as PBCI, são

recomendações de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais, na prestação de cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico ou estado infeccioso. Os resultados obtidos demonstram que os profissionais de saúde entrevistados têm noção que as PBCI objetivam travar a transmissão cruzada e reduzir a ocorrência de IACS, aplicando-se a todos os doentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos, tendo atribuído muita importância ao seu cumprimento para a prevenção e controlo de infeção, considerando uma prioridade, um meio de garantir a segurança do doente e a sua própria segurança, indo ao encontro do preconizado pela DGS (2013).

Razão por que ocorrem IACS

A categoria 2 implica saber a razão apontada pelas profissionais de saúde acerca de por que ocorrem as IACS, tendo-se registados 8 subcategorias, sendo a mais referenciadas o não cumprimento de boas práticas (n=13) (cf. figura 2).



Não cumprimento de boas práticas	13
Falta de conhecimento	3
Falta de tempo	1
Falta de vontade	1
Falta de pessoal	1
Falta de material	1
Transmissão de microrganismos	1
Más práticas de higienização	1

Figura 2. Razão pela qual ocorrem as IACS

Como se constatou a grande maioria das entrevistadas (n=13) refere que a principal razão pela qual ocorrem as IACS é o não cumprimento de boas práticas. A este propósito refere-se que as normas e as *guidelines* no âmbito da prevenção e do controlo da infeção são acessíveis e de conhecimento dos profissionais de saúde, apesar de a sua adesão não

ser a espectável (Silva, 2013; Chenoweth, 2015). Kear (2015) relata estudos que demonstram a problemática da não adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção por falta de incumprimento de boas práticas.

É de referir que 3 entrevistadas mencionaram a falta de conhecimento, o que corrobora a necessidade de se dar mais formação em serviço com componente teórico-prática a todos os profissionais de saúde, com consequente esclarecimento relativamente aos possíveis perigos e riscos ambientais e de saúde, resultantes de práticas não adequadas. É de referir também que foram mencionados outros fatores, nomeadamente a falta de tempo, de vontade, de pessoal e de material, bem como a transmissão de microrganismos e a más práticas de higienização. Estes resultados estão em conformidade com os encontrados no estudo qualitativo de Rei (2019), onde, numa amostra de 18 profissionais de saúde, enfermeiras, médicas e assistentes operacionais, os entrevistados relataram que o incumprimento das PBCI se deve a fatores como: o excesso/sobrecarga de trabalho/disparidade de rácio profissional de saúde/doente, falta de material e de condições físicas, esquecimento, falta de tempo/disponibilidade, falta de atenção por constantes interrupções pelos médicos e familiares, falta de formação/informação, desmotivação face ao zelo no trabalho, stresse, falta de interiorização e falta de auditorias. De acordo com a *The Joint Commission Center for Transforming Healthcare* (2015), é essencial definirem-se as barreiras ao cumprimento das PBCI, específicas de cada instituição de saúde, sendo essa informação deveras importante para criar intervenções específicas para as respetivas necessidades. No estudo de Fuller, Besser, Savage, McAteer, Stone e Michie (2014) ficou demonstrado que a maioria das explicações relatadas pelos profissionais de saúde para a não adesão às PBCI se relacionam com três domínios comportamentais, designadamente: memória/atenção/tomada de decisão, conhecimento e contexto ambiental/recursos humanos e materiais. Oliveira, Paula, Iquiapaza e Lacerda (2012) referem que o incumprimento das PBCI tem inerente fatores materiais, sociais e comportamentais e institucionais. Os fatores materiais abrangem a disponibilização de produtos e de infraestruturas; os fatores sociais e comportamentais dividem-se em intrapessoais e interpessoais. A nível intrapessoal salientam a formação, os conhecimentos e a personalidade dos profissionais de saúde. Os fatores interpessoais têm implícitas a identidade social, a preocupação com a opinião de terceiros e o papel na sociedade. Em termos de fatores institucionais, ressaltam o *feedback*, a carga laboral, o reconhecimento e o encorajamento na participação em programas de cumprimento das PBCI, estando estes fatores relacionados com a cultura de segurança da própria instituição, atividades de formação, motivação e co-responsabilização pelo controlo das IACS.

Neste sentido, importa referir que alguns estudos demonstram que é fundamental a existência de condições institucionais e formação contínua, resultante de momentos de formação formal e informal, tendo subjacente uma abordagem crítica e reflexiva, de modo a poder-se promover a transformação dos profissionais de saúde na sua prática do dia-a-dia no que se refere à adesão às PBCI (Bakke, 2010; Headley, 2011). Kear (2015) referencia a comunicação, o trabalho em equipa, o registo do erro, a perceção do conceito de segurança do doente, rácios, transições de cuidados e aprendizagem organizacional.

O estudo de Trinkoff, Alison, Johantgen, Storr, Gurses, Liang e Han (2011) demonstra que a sobrecarga de trabalho, os horários subjacentes, a falta de equipamento e o facto de os profissionais de saúde terem de realizar atividades diferentes no mesmo momento desempenham um importante contributo para os resultados adversos que se verificam ao nível do controlo das IACS, o que corrobora os resultados apurados no presente estudo.

Principais medidas de controlo das IACS

A categoria 3, referente às principais medidas de controlo das IACS, obteve 8 subcategorias, sendo as mais referenciadas a higienização das mãos (n=13) e o uso de EPI's (n=12) (cf. figura 3).



Higienização das mãos	13
Uso de EPI's	12
Desinfeção e limpeza de instalações	5
Trocar de luvas de doente para doente	3
Melhor rácio enfermeiro/doente	2
Uso racional de antibióticos	1
Evitar infeções cruzadas	1
Vacinação	1

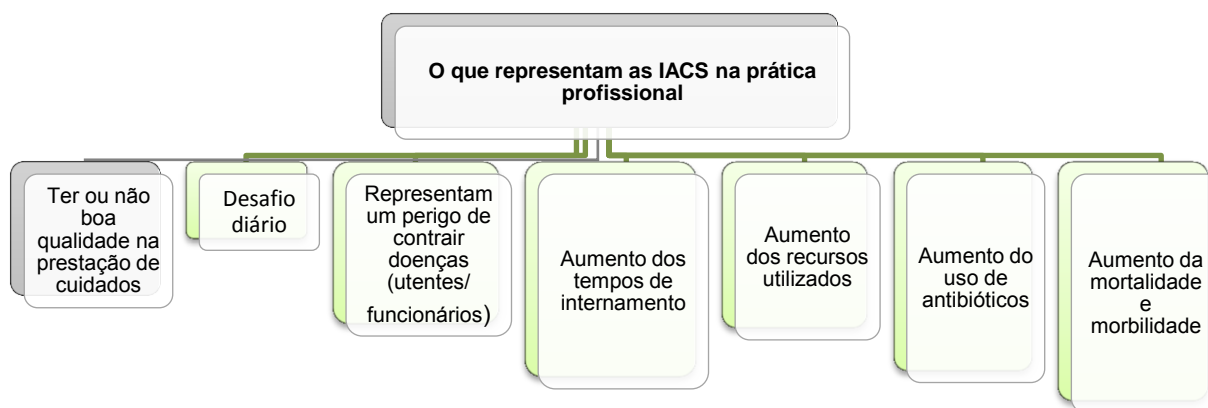
Figura 3. Principais medidas de controlo das IACS

De acordo com 13 entrevistadas, uma das principais medidas de controlo das IACS é a higienização das mãos, a não higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde assume-se como a mais importante causa das IACS (Fernandes, Silva, Cruz & Paiva, 2015). Deste modo, os mesmos autores referem que a importância da prática da higienização das mãos se baseia na capacidade que estas possuem em albergar microrganismos e transferi-los de uma superfície para outra, por contacto direto, pele com pele, ou indireto através dos materiais. Por conseguinte, o controlo as IACS através da higienização cuidadosa e frequente das mãos é um meio de promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Constata-se também de 12 entrevistadas referiram o uso de EPI's, como forma de controlo das IACS. Neste âmbito importa salvaguardar que, através da proximidade frequente com o utente, os profissionais de saúde encontram-se em contacto direto com potenciais microrganismos patogénicos, o que implica uma postura constante de prevenção e de proteção, nomeadamente através das PBCI e medidas como a utilização dos EPI's (Fernandes et al., 2015). Cada instituição de saúde é responsável por fornecer os EPI's em qualidade e quantidade suficientes aos procedimentos necessários, contudo é da responsabilidade de cada profissional de saúde selecionar as barreiras protetoras mais apropriadas em função do contacto previsto, objetivando quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infeção, sabendo adequar as barreiras protetoras aos procedimentos (Ferreira, 2011).

O que representam as IACS na prática profissional

A categoria 4 refere-se ao que representam as IACS na prática profissional, tendo a emergido da mesma 7 subcategorias, sendo as mais referenciadas representarem um perigo de apanhar doenças (utentes/funcionários) (n=5) e ter ou não boa qualidade na prestação de cuidados (n=3) (cf. figura 4).



Representam um perigo de apanhar doenças (utentes/funcionários)	5
Ter ou não boa qualidade na prestação de cuidados	3
Desafio diário	2
Aumento dos tempos de internamento	2
Aumento dos recursos utilizados	1
Aumento do uso de antibióticos	1
Aumento da mortalidade e morbilidade	1

Figura 4. Que representam as IACS na prática profissional

Verificou-se que 5 das entrevistadas referiram que as IACS na prática profissional representam um perigo de contrair doenças (utentes/funcionários), com 3 delas a mencionar que significa ter ou não boa qualidade na prestação de cuidados. Em conformidade com Fernandes et al. (2015), a promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem a redução da transmissão e da incidência da infeção, garantindo a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, o que se traduz na qualidade dos cuidados prestados. Constatou-se também que, segundo as entrevistadas, as IACS representam um desafio diário (n=2), o aumento de internamentos (n=2), aumento dos recursos utilizados (n=1), do uso de antibióticos (n=1) e aumento da mortalidade e morbilidade (n=1). De acordo com o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), as IACS dificultam o tratamento adaptado do utente, sendo uma causa expressiva de morbilidade e mortalidade, de um consumo acrescido dos recursos de saúde e comunitários, referindo que cerca de um terço são evitáveis.

Em que momento teve orientação sobre as medidas de prevenção das IACS

A quinta categoria refere-se ao momento em que as entrevistadas tiveram orientação sobre as medidas de prevenção das IACS, da qual emergiram 3 subcategorias, sendo a mais referenciada formação externa (n=11) (cf. figura 5).

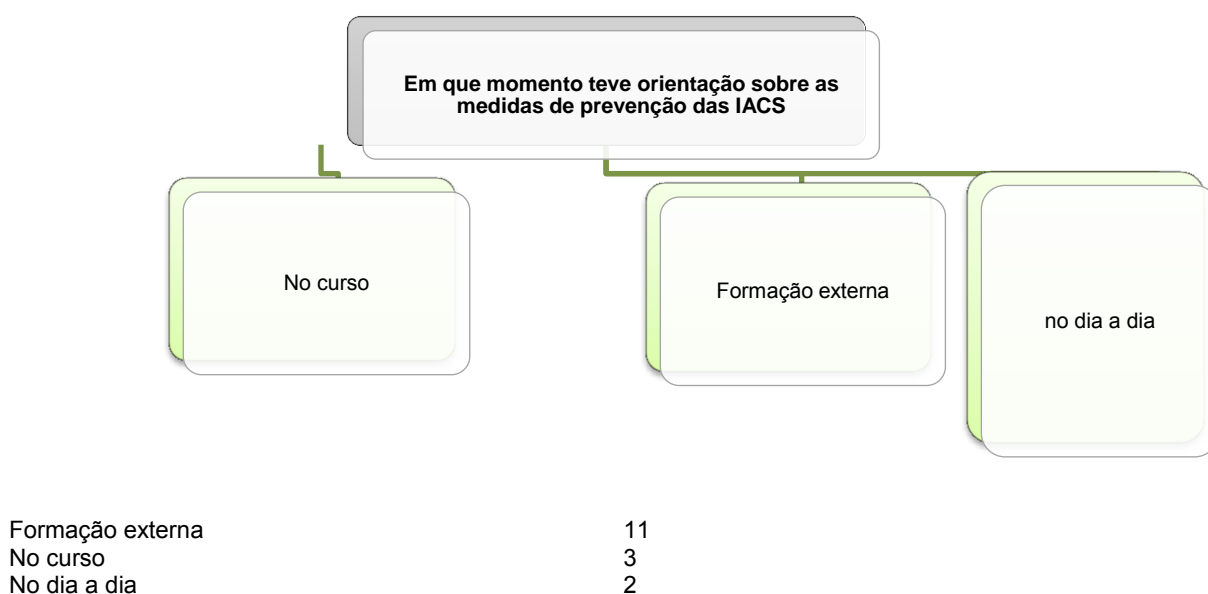


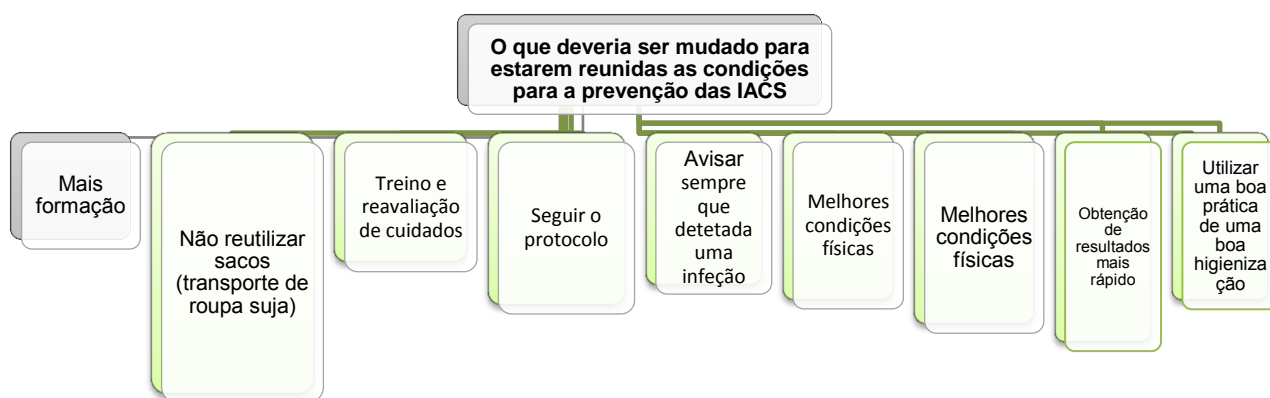
Figura 5. Em que momento teve orientação sobre as medidas de prevenção das IACS

Em conformidade com a maioria das entrevistadas (n=11) as orientações recebidas sobre as medidas de prevenção das IACS foi em formação externa, tendo 3 referido no curso de base e 2 no dia a dia. Em conformidade com Gatell, Roig, Vian, Santín, Duaso, Moreno e Daunis. (2012), a formação que os profissionais de saúde realizam aumenta os seus conhecimentos teóricos, sendo uma estratégia para se alcançar a mudança de práticas. No seu estudo, Tan & Olivo (2015) constaram que 75% dos profissionais de saúde mencionaram que receberam formação externa acerca das IACS nos últimos dois anos. De acordo com a DGS (2013), os dirigentes das instituições de saúde necessitam de garantir a existência de sistemas e de recursos que facilitem a implementação das PBCI e a monitorização do seu cumprimento, por parte de todos os profissionais de saúde. Devem também assegurar que todos os profissionais recebem formação e treino sobre todos os componentes das PBCI, bem como verificar se todos os profissionais têm acesso às normas

existentes e se estão disponíveis todos os recursos necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das normas.

O que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS

A categoria 6 diz respeito à opinião das entrevistadas acerca do que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS, da qual emergiram 9 subcategorias, sendo as mais referenciadas a proposta de mais formação (n=5) e a não reutilização de sacos (transporte de roupa suja) (=5) (cf. figura 6).



Mais formação	5
Não reutilizar sacos (transporte de roupa suja)	5
Treino e reavaliação de cuidados	2
Seguir o protocolo	2
Avisar sempre que detetada uma infeção	1
Melhores condições físicas	1
Ter EPI's em suportes na parede	1
Obtenção de resultados mais rápido	1
Utilizar uma boa prática de uma boa higienização	1

Figura 6. O que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS

Em conformidade com 5 entrevistadas uma das formas possíveis para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS era haver mais formação. Neste âmbito,

refere-se que a formação e o treino dos profissionais de saúde são pré-requisitos para que as normas das precauções básicas sejam compreendidas e aplicadas de forma correta na prática, sendo a sua adesão uma responsabilidade individual, o que implica que seja realizada uma avaliação periódica da sua execução, assumindo-se como um meio de prevenção das IACS. Verifica-se também que, para 5 entrevistadas, não se deveria reutilizar os sacos (transporte de roupa suja). Estes resultados robustecem a precisão de se apostar cada vez mais na sensibilização da importância do transporte da roupa suja, bem como da recolha segura de resíduos, tendo em conta que os resíduos das unidades de prestação de cuidados de saúde podem ser um importante problema ambiental e de saúde pública, o que implica uma especial atenção na prevenção da transmissão de infeção (DGS, 2013).

Verifica-se ainda que as entrevistadas propõem o treino e a reavaliação dos cuidados (n=2), o seguimento do protocolo (n=2), avisar sempre que detetada uma infeção (n=1), melhores condições físicas (n=1), ter EPI's em suportes na parede (n=1), o obtenção de resultados mais rápido (n=1) e utilizar uma boa prática de uma boa higienização (n=1). Estes resultados estão em conformidade com os alcançados por Rei (2019). Cardoso (2015) defende que as medidas a serem implementadas para uma maior adesão à prevenção das IACS por parte dos profissionais de saúde passam pelo desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica, que abranjam a formação dos profissionais de saúde, assim como a elaboração e divulgação de um guia de boas práticas, através das comissões de controlo e de infeção hospitalar. A dotação de serviços com mais e melhores recursos deve ser também uma prioridade na implementação de medidas de prevenção.

Conclusões

Os resultados obtidos das entrevistas realizadas a 15 profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados da zona centro do país revelam que na categoria 1, referente à prevenção das IACS, a subcategoria mais referenciada foi a adoção de boas práticas (n=8). No que se refere à categoria 2, através da qual se procurou saber a razão apontada pelas profissionais de saúde acerca de porque ocorrem as IACS, a subcategoria mais referenciada foi o não cumprimento de boas práticas (n=13). Na categoria 3, relativa às principais medidas de controlo das IACS, as subcategorias mais mencionadas foram a higienização das mãos (n=13) e o uso de EPI's (n=12). Verificou-se que na categoria 4, no âmbito do que representam as IACS na prática profissional, as subcategorias mais aludidas foram representar um perigo de apanhar doenças (utentes/funcionários) (n=5) e ter ou não boa qualidade na prestação de cuidados (n=3). Na categoria 5, que se refere ao momento em que as entrevistadas tiveram orientação sobre as medidas de prevenção das IACS, a maioria relatou a formação externa (n=11). Por último e no respeitante à categoria 6, que diz respeito à opinião das entrevistadas acerca do que devia ser mudado para estarem reunidas as condições para a prevenção das IACS, as subcategorias mais referenciadas foram a proposta de mais formação (n=5) e a não reutilização de sacos (transporte de roupa suja) (n=5).

Estes resultados reforçam a necessidade de os dirigentes das instituições de saúde, no caso concreto das Unidades de Cuidados Continuados, garantirem a existência de sistemas e de recursos que ajudem a implementação de normas e a monitorização do seu cumprimento por parte de todos os profissionais de saúde, assegurando igualmente que todos os profissionais recebem formação e treino para que se possa assegurar o controlo das IACS, bem como verificar se todos os profissionais têm acesso às normas existentes e se estão disponíveis todos os recursos necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das normas.

É importante ainda reforçar o pressuposto de que a não adesão às PBCI se constituiu como um problema real, com repercussões objetivas em danos para os profissionais de saúde e para os doentes, cuja extensão é difícil de quantificar. Neste âmbito, a adesão equivale a manter atitudes adequadas, exigindo dos profissionais de saúde motivação e conhecimento técnico, mesmo sabendo que, na prática, muitas vezes a relação presente entre o conhecimento e a atitude pode não ser a mais pretendida (Soares, 2017).

Limitações do estudo, sugestões e implicações para a prática

Após uma análise atenta à apresentação dos resultados obtidos e discussão dos mesmos e tendo em conta os objetivos formulados para este estudo, refere-se que se alcançaram os objetivos delineados para os dois estudos.

Todavia, na elaboração deste trabalho encontraram-se algumas limitações, sendo uma delas o facto de não se ter conseguido uma amostra mais dilatada de profissionais de saúde para a realização das entrevistas, o que poderia ter dado uma maior visibilidade ao fenómeno em estudo. Por outro lado, o facto de a recolha de dados para o estudo 1 ter sido feita através de consulta de registos dos doentes e com casos omissos dificultou o tratamento estatístico, nomeadamente a operacionalização de algumas variáveis. Todavia, o facto deste estudo ser quantitativo, de coorte retrospectivo, permitiu a análise da problemática em estudo. Salieta-se também a evidente escassez de estudos que contemplem a questão das IACS em Unidades de Cuidados Continuados, pois a grande maioria contempla o ambiente hospitalar, o que não permitiu uma explanação mais aprofundada do tema, de modo a discutir e comparar os resultados. Apesar destas limitações, considera-se que esta investigação se assume como um contributo para um melhor conhecimento do fenómeno em estudo, sugerindo-se, deste modo, uma replicação do mesmo, com uma amostra mais dilatada, comparando-se posteriormente os resultados.

Em termos de implicações para a prática clínica, este estudo permitiu uma reflexão sobre a prevalência das IACS numa Unidade de Cuidados Continuados e a perceção dos seus profissionais de saúde. A autoconsciencialização e a autorreflexão do profissional são importantes, bem como a perceção que deve ter da realidade objetiva e subjetiva. Os profissionais, ao apresentarem estes conhecimentos e acreditarem na importância dos mesmos, na sua prática, tornam-se elementos fundamentais ao nível da prevenção e controlo das IACS, assim como ao nível da segurança. Promover o conhecimento sobre as IACS é uma importante estratégia para a adesão às noemas, pois permite e facilita uma compreensão para além da aparente perceção. Assim, sugere-se que a sensibilização para o cumprimento das PBCI seja uma constante no plano de formação profissional.

Este estudo pode funcionar como propulsor para estudos de investigação do tipo investigação-ação, no sentido de criar e implementar programas de desenvolvimento para o controlo das IACS em Unidades de Cuidados Continuados. Acredita-se que o conhecimento e a sensibilização para esta temática devam ser introduzidos com bastante ênfase na

formação académica inicial e conseqüente transposição para a prática, sob pena das recomendações não serem compreendidas e valorizadas durante a actividade profissional.

Sugere-se também mais formação em serviço para os profissionais de saúde, a elaboração de novos protocolos/ procedimentos, a estimulação dos serviços para aquisição de equipamentos de protecção individual, a implementação de elementos para uma correcta lavagem das mãos, o estímulo a uma desinfeção adequada das mãos aos visitantes, a colocação estratégica de desinfetante e a colocação estratégicas de utentes.

Referências bibliográficas

- APFISIO (2017). *Proposta de Organização dos Serviços de Fisioterapia no Âmbito de Cuidados de Reabilitação no Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/09/APFISIO_Contributo_MFRA_2017_005.pdf
- Bakke, C. K. (2010). Clinical and Cost Effectiveness of Guidelines To Prevent Intravascular Catheter-Related Infections in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37(6), 601-616. Acedido em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=56473396&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Basetti, M.; Treçariche, E.; Mesini, A.; et al. (2011). Risk factors and mortality of healthcare-associated and community-acquired *Staphylococcus aureus* bacteraemia. *Clinical Microbiology and Infection*, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 18, 862-869.
- Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T.. (2010). *Epidemiologia básica*. 2ª Edição. São Paulo, Santos. ISBN 978-85-7288-839-4.
- Cardoso, R.A.M.R. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf>
- Chung-Jon, Kim.; Hong-bin, Kim.; Myoung-don Oh.; et al. The burden of nosocomial staphylococcus aureus bloodstream infection in South Korea: a prospective hospital-based nationwide study. *BMC Infectious Diseases* 2014, 14:590.12. Basetti, M.; Treçariche, E.; Mesini, A.; et al. Risk factors and mortality of healthcare-associated and community-acquired *Staphylococcus aureus* bacteraemia. *Clinical Microbiology and Infection*, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2011. 18, 862-869.
- Costa, S.R.D. da, & Castro, E.A.B. de (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev Bras Enferm.*; 67(6), 979-986. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0979.pdf>

- Craig, J.V., & Smyth, RL. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cunha, Q. B., Camponogara, S., Freitas, E. O., Pinno, C., Dias, G. L., & Cesar, M. P. (2017). Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 8 (1), 72-76.
- Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Acedido em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>
- Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro. Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2965166/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2015423%2F2013%2C%20de+26+de+novembro>
- Despacho n.º 3844-A/2016, de 15 de março. Determina a criação de um grupo de trabalho interinstitucional, que integra a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Ricardo Jorge, o Infarmed e a Administração Central do Sistema de Saúde, no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/73865550/details/maximized?serie=II&print_preview=print-preview&dreId=73865548
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II de 2015-02-10. Acedido em http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Obtido de file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/i013077.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Obtido de file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/i013077.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2016). *PORTUGAL Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Direção de Serviços de Informação e Análise. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/.../prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-anti...>

- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Acedido em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS, file:///C:/Users/Lg%20R510/Downloads/i010692%20(2).pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Acedido em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precauco-es-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de saúde. Revisão e extensão a 2020*. Governo de Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica...saude/.../por-serie-892489-pdf.aspx?v>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Plano nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. Norma nº 029/2012 de 21/02/2013 atualizada a 31/10/2013: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>
- Dixe, M.A.C.R., Teixeira, L.F.C., Areosa, T.J.T.C.C., Frontin, R.C., Peralta, T.J.A., & Querido, A.I.F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a crosssectional study. *BMC Geriatrics*; 19, 255, 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Duffy, Jonathan, Dumyati, G.; Bulens, S.; et al. (2013). Community-onset invasive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections following hospital discharge. *American Journal of Infection Control* 41, 782-6.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. Stockholm: ECDC. ISBN 978-92-9193-485-0.

- European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 - Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections. Stockholm : ECDC; 2015.
- Faria, P.L., Moreira, P.S., & Pinto, L.S. (2014). *Direito e segurança do paciente In Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fernandes, P. A., Silva, M. G., Palos, C., Neves, I., Valente, M., Pacheco, P., & Cruz, P. (2016). *Relatório da auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos (Análise evolutiva: 2014-2015)*. Lisboa: Direção Nacional do PPCIRA. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16914/1/i023102.pdf>
- Fernandes, P., Silva, M., Cruz, A., & Paiva, J. (2015). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números - 2015, Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Obtido de [www.dgs.pt:file:///C:/Documents%20and%20Settings/cs/Os%20meus%20documentos/Downloads/i022238%20\(4\).pdf](http://www.dgs.pt/file:///C:/Documents%20and%20Settings/cs/Os%20meus%20documentos/Downloads/i022238%20(4).pdf)
- Ferreira, A.C.P.C.G. (2011). *A adesão dos enfermeiros na adopção das medidas de precaução padrão quanto ao uso dos equipamentos de protecção individual*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10514/1/Tese%20de%20Mestrado%20em%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20em%20Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Ana%20Cristina%20Ferreira.pdf>
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- García, Vázquez.; Gómez, Joaquín.; Banos, Ramón.; et al. Estudio de pacientes con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina frente a *S. aureus* resistente a la meticilina: epidemiología y factores pronósticos. *MedClin* 128(18):681-6. 2007.
- Gatell, M., Roig, M., Vian, Ó., Santín, E., Duaso, C., Moreno, I. & Daunis, J. (2012). Assessment of a training programme for the prevention of ventilator-associated

- pneumonia. *Nursing In Critical Care*, 17 (6), 285-292. DOI:10.1111/j.1478-5153.2012.00526.x
- Gillespie, H. Stephen.; Bamford B. Kathleen. (2012). *Medical microbiology and infection at a glance*. 4ª Edição. Oxford : Wiley-Blackwell. ISBN 978-0-470-65571-9.
- Hajek, A., & König, H.H. (2016). Informal caregiving and subjective well-being: evidence of a population-based longitudinal study of older adults in Germany. *J Am Med Dir Assoc.*; 17, 300–055.
- Haque, M., Sartelli, M., McKimm, J., & Bakar, M.A. (2018). Health care-associated infections – an overview. *Infection and Drug Resistance*; 11, 2321–2333. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245375/pdf/idr-11-2321.pdf>
- Headley, C. M. (2011). Nephrology Nurse Roundtable. Bad Bugs, Bad Bugs - Whatcha Gonna Do When They Come for You?. *Nephrology Nursing Journal*, 38(5), 433-443. Acedido em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=66421434&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Heudorf, U., Boehlcke, K., & Schade. M. (2012). Healthcare-associated infections in long-term care facilities (HALT) in Frankfurt am Main, Germany, January to March 2011. *Euro Surveill.*; 30; 17(35). pii: 20256. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22958607>
- Instituto Nacional de Estatística PORDATA. (2019). *População residente do sexo masculino com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado*. Acedido em <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%3%a3o+residente+do+sexo+masc+ulino+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-196>
- Kear, T., & Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology Nursing Journal*. March-April. Vol.42. 2.
- Lima, C. A., Tavares, O. J., Freitas, S. P. M., Espíndula, B. M., & Prado, L. C. C. (2011). A enfermagem no atendimento emergencial: Riscos e medidas preventivas de infecção. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 3 (3) 1-16.
- Manual de Controlo da Infecção (2013). Administração Regional de Saúde do Norte. Acedido em <https://docplayer.com.br/1526338-Manual-de-controlo-de-infecao.html>

- Mohamad, M., Hage, R., Obeid, R., Yasmin, H., Halim, E.H. et al. (2016). Epidemiology of bloodstream infections caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at a tertiary care hospital in New York. *American Journal of Infection Control*, Vol. 44, 1, 41-46, [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(15\)00878-0/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(15)00878-0/fulltext)
- Mohammadreza, A., Sogand, T., & Omid, B. (2010). Measuring Safety Culture and Setting Priorities for Action at an Iranian Hospital. *Al Ameen Journal of Medicine Sciences*, 3(3), 237-245. Acedido em http://ajms.alameenmedical.org/article_Vol.03-3-Jul-Sep-2010/AJMS.3.3.2010.237-245.pdf
- Neves, H. (2017). *Equipamentos de proteção individual: O olhar dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Brasil. Retirado de <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp134819.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido em <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *First global report on antibiotic resistance*. Acedido em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2017). *Estudos Económicos da OCDE: Portugal 2017*. Acedido em https://www.oecd-ilibrary.org/economics/estudos-economicos-da-ocde-portugal-2017_9789264269286-pt
- Patrício, D. (2017). *Controlo de Infecções associadas aos cuidados de saúde: Intervenções e Estratégias para apoiar a mudança de comportamento*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/37847/1/Daniela-TeseFinalFINAL.pdf>
- Pina, E., Silva, G., & Ferreira, E. (2010). *Relatório do inquérito de prevalência de infeção de 2010: Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. DQS: PNCI, 2011. Acedido em <http://www.dgs.pt>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*; Vol Temat; (10), 27-39.
- Pinheiro, E.A.D. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13039/1/Qualidade%20de%20vida%20>

dos%20utentes%20em%20Unidades%20de%20Cuidados%20Continuados%20%281%29.pdf

- PNCI. (2008). *Manual de Operacionalização - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Porto, J. S., & Marziale, M. H. P. (2016). Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37 (2), 1-16. doi:10.1590/1983-1447.2016.02.57395
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2016). Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos em números - 2015. Lisboa: Lisboa: DGS; 2016. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2017). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2016. Lisboa: DGS; 2017. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-842723-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Norma nº 004/2013 de 21/02/2013 atualizada a 13/11/2015: Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. Acedido em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/normas.aspx>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2017.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise. Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses : inquérito 2012. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direcção de Serviços de Informação e Análise. DGS, Abril 2013.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise. Portugal: Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa : Direcção de Serviços de Informação e Análise. DGS, novembro 2015. ISSN: 2183-072X.

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Programa de Vigilância Epidemiológica Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea : Relatório Dados de 2013. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa : Direção de Serviços de Informação e Análise. DGS, 2014.
- PPCIRA (2017). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rei, L.S.A. (2019). *Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Perspetiva dos Profissionais de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Rocha, L.P.M. de (2015). *Controlo e Prevenção da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Escola Superior de Enfermagem. Universidade de Trás Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. Acedido em https://repositorium.sdum.uminho.pt/.../Relatorio_de_Estagio_Liliana_Rocha_Final_pd
- Soares, I. (2017). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção: conhecimento e adesão dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Tan, K. & Olivo, J. (2015). Assessing Healthcare Associated Infections and Hand Hygiene Perceptions amongst Healthcare Professionals. *International Journal of Caring Sciences*, 8, 108-114. Acedido em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=137ac56c-6ba1-486ea1f9-c9e6563079fa%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4107&bquery=Assessing+Healthcare+Associated+Infections+AND+Hand+Hygiene+Perceptions+amongst+Healthcare+Professionals&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>
- Trinkoff, A.M., Johantgen, M., Storr, C.L., Gurses, A.P., Liang, Y., & Han, K. (2011). Linking Nursing Work Environment and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Regulation*, Vol. 2, 1, 10-16. Acedido em [http://www.journalnursingregulation.com/article/S2155-8256\(15\)30296-9/pdf](http://www.journalnursingregulation.com/article/S2155-8256(15)30296-9/pdf)
- Vogus, T.J., Sutcliffe, K.M., & Weick, K.E. (2010). Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care. *Academy of Management Perspectives*, 60-77. Acedido em <http://owen.vanderbilt.edu/vanderbilt/data/research/2267full.pdf>

Wang, X., Liu, K., You, L.M., Xiang, J.G., Hu, H.G., Zhang, L.F. et al. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.*; 51(8), 1114-22.

World Health Organization (2014). *Guide for developing national patient safety policy and strategic plan*. Brazzaville : WHO. ISBN : 978 929 023 2070.

Anexos

Re: Pedido de autorização - carli

mail.google.com/mail/u/0/#search/pedodo+de+autori+/FMfcgxmXKvzqZFwtMfgBJTxsfdhmQzk

Compor

Caixa de entrada
Suspensão
Enviado
Rascunhos
Spam
Lixo
Categorias
Carla

pedido de autori

De: Carla Figueiredo <carlamf@iguedo@gmail.com>
Enviado: 28 de dezembro de 2017 15:07
Para: Enfermeira Coordenadora UCC SCM; medico@scmvozela.com.pt
Assunto: Pedido de autorização

Exm. Sr.
Director Clinico e Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela

Carla Manuela Ribeiro Figueiredo, vem informar V. Ex.ª, enquanto estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, que irá realizar um estudo subordinado ao tema "Prevalência das infeções associadas aos cuidados de saúde" sob orientação do Professor Doutor João Duarte.

Desta forma, solicito a V. Ex.ª, um parecer ético sobre o estudo a realizar, bem como uma autorização para efectuar a colheita de dados junto dos profissionais e utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela.

Agradeça uma resposta o mais brevemente possível por forma a poder cumprir os prazos académicos exigidos.

Sem outro assunto de momento e muito grata pela disponibilidade e atenção, apresento os meus melhores cumprimentos.

Carla Figueiredo

Re_Pedido de au...html

Re_Pedido de au...html

Pedido de autoriz...html

Mostrar tudo

Escreva aqui para procurar

Re: Pedido de autorização para inve

mail.google.com/mail/u/0/#search/pedodo+de+autori+/FMfcgxmXKmZwXQPjMPsRXbVRhQLLvCS

Compor

Caixa de entrada
Suspensão
Enviado
Rascunhos
Spam
Lixo
Categorias
Carla

pedido de autori

Pedido de autorização para investigação

Carla Figueiredo <carlamf@iguedo@gmail.com>
para geral, provedor

terça, 19/12/2017, 15:19

Exm. Sr.
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vouzela

Carla Manuela Ribeiro Figueiredo, vem informar V. Ex.ª, enquanto estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, que irá realizar um estudo subordinado ao tema "Prevalência das infeções associadas aos cuidados de saúde" sob orientação do Professor Doutor João Duarte.

Desta forma, solicito a V. Ex.ª, um parecer ético sobre o estudo a realizar, bem como uma autorização para efectuar a colheita de dados junto dos profissionais e utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela.

Agradeça uma resposta o mais brevemente possível por forma a poder cumprir os prazos académicos exigidos.

Sem outro assunto de momento e muito grata pela disponibilidade e atenção, apresento os meus melhores cumprimentos.

Carla Figueiredo

Gmail - Armazenamento e email x Re: Pedido de autorização - carli x

mail.google.com/mail/u/0/#search/pedodo+de+autori+FMfcgxmXkvzqZFwtMfgBJTxsfdhmQzk

pedodo de autori

Compor

- Caixa de entrada
- Suspensão
- Enviado
- Rascunhos
- Spam
- Lixo
- Categorias
- Carta

Re: Pedido de autorização Caixa de entrada x

Enfermeira Coordenadora UCC SCMV <enfermeiracoordenadora@scmvouzela.com.pt> 05/01/2018, 21:49

para mim

Exmª Senhora
Enf. Carla Figueiredo

Tendo em consideração a pertinência do trabalho que se propõe realizar que, com certeza, irá contribuir para a análise e reflexão sobre as necessidades dos utentes pertencentes a esta UCCI, somos a comunicar a **nossa autorização para a realização da colheita de dados necessária para o estudo em questão.** Temos todo o interesse no tema, pelo que, solicitamos que nos seja disponibilizado o relatório final do trabalho.

Cordialmente
O Diretor Clínico e a Coordenadora da UCCI Vouzela
Joaquim Cardão e Ana Catarina Almeida

Ana Catarina Almeida
Enfermeira Coordenadora
UCCI Vouzela
Rua Ribélro Cardoso, n.º 39
3670-257 VOUZELA

Re_Pedido de au...html Re_Pedido de au...html Pedido de autoriz...html

Mostrar tudo x

Escreva aqui para procurar

13:49 28/11/2019

Guião da Entrevista

- Sexo:
 - Idade:
 - Habilitações académicas:
 - Habilitações profissionais:
 - Anos de experiência profissional (total):
 - Anos de exercício profissional na Unidade:
1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?
 2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?
 3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?
 4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?
 5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?
 6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Transcrição das entrevistas

Entrevista 1

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 41
- **Habilitações académicas:** mestre em enfermagem comunitária
- **Habilitações profissionais:** enf. Especialista em comunitária
- **Anos de experiência profissional (total):**10
- **Anos de exercício profissional na Unidade:**10

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

É a adoção de boas práticas na prestação de cuidados de saúde.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Pelo não cumprimento das boas práticas, quer por descuido; falta de tempo; falta de conhecimento; falta de vontade; falta de pessoal; falta de material; ...

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Lavar as mãos, desinfeção e limpeza de instalações.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Representam ter ou não boa qualidade na prestação de cuidados.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Aquando formações da PPCIRA da união das misericórdias e aquando a saída de normas da DGS.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Obrigatoriedade de todos os funcionários seguirem o protocolo, dar formação. Treino e reavaliação dos cuidados.

Entrevista 2

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 27 anos
- **Habilitações académicas:** Licenciatura

- **Habilitações profissionais:** Enfermeira grau I

- **Anos de experiência profissional (total):** 3 anos

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 3 anos

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Prevenir e controlar a infeção assume-se como parte importante da segurança do doente e uma das componentes chaves da qualidade dos cuidados de saúde. Dar a conhecer a verdadeira dimensão das infeções e promover as medidas necessárias para a sua prevenção através da identificação e modificação das práticas de risco.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afetar profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Muitas das IACS são endémicas e é considerada a sua relação direta com a não adesão às boas práticas por parte dos profissionais.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

É prioritário investir ao nível de programas de saúde, elaboração e divulgação de guias de boas práticas, através das comissões de controlo de infeção. Adotar outras medidas, com vista a alcançar melhores resultados dos cuidados de enfermagem e organizacionais, passam por melhorar os rácios enfermeiro/doente e maior envolvimento destes profissionais na tomada de decisão e nas políticas hospitalares. É importante adotar medidas, muito delas simples, de baixo custo e efetivas, como a lavagem das mãos, que exige apenas a responsabilidade e a mudança do comportamento dos profissionais. Cumprimento de boas práticas e o uso racional de antibióticos.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

São reveladoras da qualidade e da sequência dos serviços/cuidados prestados.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Sempre e no que diz respeito a esta temática a educação deve assentar em quatro pilares: aprender a conviver; aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a ser. Uma vez que, está em constante atualização a temática deve partir de cada um se manter informado.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

A formação continuada dos profissionais.

Entrevista 3

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 30anos

- **Habilitações académicas:** licenciatura

- **Habilitações profissionais:** enfermeira grau I

- **Anos de experiência profissional (total):** 7 anos

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 7 anos

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Medidas implementadas de modo a evitar infeções decorrentes da prática diária na prestação de cuidados aos utentes.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Devido as más práticas no decorrer dos cuidados de saúde.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Lavagem das mãos; uso de equipamento de proteção individual; evitar infecções cruzadas, com limpeza e desinfecção das superfícies.

4. O que representam as infecções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Representam um desafio diário que me deve preocupar na minha prática.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde?

Na formação inicial e nas orientações e formação adquirida ao longo da minha prática profissional.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde?

Formação direcionada aos seus colaboradores.

Entrevista 4

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 30 anos

- **Habilitações académicas:** 9 ano

- **Habilitações profissionais:**

- **Anos de experiência profissional (total):** 10 anos

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 10 anos

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde?

As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado no cumprimento de boas práticas: precauções básicas (higiene das mãos, uso adequado de equipamento de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e por outro no uso racional de antimicrobianos.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

As IACS estão associadas a técnicas invasivas e na maioria são realizadas por profissionais de enfermagem. Assim, estes podem ser agentes causadores de infeção e devem tomar medidas adequadas como uma constante atualização (através de estudos/ investigações) assumindo assim o papel importante na prevenção da infeção.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Higiene das mãos, boas práticas em procedimentos, limpeza, desinfeção e esterilização, administração segura de injetáveis, descontaminação de equipamentos, uso de equipamento de proteção individual, uso correto de objetos contaminados (seringas, bisturis, giletes), vacinação, higiene respiratória, isolamento e colocação de doentes colonizados infetados conforme a via de transmissão.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Por vezes estas infeções são também denominadas por infeções nosocomiais, apesar desta designação não ser inteiramente abrangente por excluir o ambulatório. O conceito de IACS é por isso mais abrangente já que se refere a todos os prestadores de cuidados. É importante comunicação e articulação para a identificação destas infeções a fim de reduzir a infeção cruzada.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Reestruturar as competências globais das comissões de controlo de infeção e dos membros que as compõem. Operacionalizar a comissão de controlo de infeção, no contato de cada unidade de saúde. Desenvolver a rede nacional de registos da TACS. Propor linhas de financiamento para a informatização dos laboratórios de microbiologia.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Avisar sempre que o doente esteja com alguma infeção. (métodos de usar EPI's)

Entrevista 5

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 36
- **Habilitações académicas:** 12ºano

- **Habilitações profissionais:**

- **Anos de experiência profissional (total):** 16

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 10

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste em tomar as medidas necessárias postas ao nosso dispor para prevenir a transmissão de infeções.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Talvez por não serem cumpridas as medidas de prevenção necessárias.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Trocar de luvas de utente para utente; não usar material em um novo utente sem que seja devidamente lavado e desinfetado, isolar sempre que possível o foco de infeção para evitar o contágio dos restantes utentes.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Representam um perigo para os outros utentes e para nós que estamos expostos a eles embora que tomamos as devidas precauções.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Já há alguns anos não sei bem quantos.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Mais informação e mais formação e talvez melhores condições físicas para se conseguir fazer um controlo mais eficaz.

Entrevista 6

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 33
- **Habilitações académicas:** 12ºano
- **Habilitações profissionais:**
- **Anos de experiência profissional (total):**
- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 9

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Na minha opinião a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, consiste em prevenir e minimizar riscos de doenças contagiosas, transmissão de bichos ou de vírus para os utentes.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde por más práticas de prevenção, como por exemplo: não trocar de luvas, lavar e desinfetar bem as mãos com álcool após cada cuidado ao doente.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

As principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde dos doentes são trocar sempre de luvas, desinfetar e lavar muito bem as mãos após cada prestação de cuidados ao doente, usar avental e trocar sempre após cada cuidado, trocar sempre a roupa da cama do utente, usar máscara de proteção.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam muito para o bem-estar do doente e para os cuidadores prevenirem-se de futuras doenças.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

No meu local de trabalho através de formações.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

O deveria ser mudado no meu serviço era os sacos vermelhos contaminados não serem reaproveitados.

Entrevista 7

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 26

- **Habilitações académicas:** Licenciatura

- **Habilitações profissionais:**

- **Anos de experiência profissional (total):** 3

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 0

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste em identificar fontes de infeção e formas como se podem propagar e trabalhar para evitar que estas surjam e se surgir que se evite que se propagem.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Falta de conhecimento dos profissionais envolvidos; falta de higienização das mãos; contaminação cruzada.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Higiene das mãos; uso de equipamento de proteção individual de uso único e trocas entre cada utente.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Aumento dos tempos de internamento; aumento dos recursos utilizados; aumento do uso de antibióticos e conseqüente aparecimento de bactérias multirresistentes nos mesmos.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Durante o curso; todos os anos desde aí no treino anual que tinha no meu antigo local de trabalho.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Ter luvas e aventais em suportes nas paredes para um mais rápido acesso aos mesmos.

Entrevista 8

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 27

- **Habilitações académicas:** licenciatura

- **Habilitações profissionais:** Fisioterapeuta

- **Anos de experiência profissional (total):**6

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 4

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste em partilhar informação importante sobre infeções com a equipa multidisciplinar. Tomar todas as precauções necessárias e educar os familiares para tais precauções.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Desleixo nas práticas clínicas. Falta de informação entre a equipa multidisciplinar.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Uso de avental, máscara e luvas, desinfetar mãos e materiais usados após cada utente. Efetuar boa limpeza do espaço.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Representam a impossibilidade de realizar os tratamentos de fisioterapia, dependendo do tipo de infeção.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Quando existe algum utente em que sejam necessários usar precauções.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Mais formação da equipa multidisciplinar para alertar para os perigos. Supervisão das práticas.

Entrevista 9

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 33

- **Habilitações académicas:** Mestrado

- **Habilitações profissionais:** licenciatura

- **Anos de experiência profissional (total):** 10

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 10

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste em evitar/controlar episódios infecciosos em contexto hospitalar.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

As infeções ocorrem pela transmissão de microrganismos entre utentes/profissionais de saúde/equipamentos/objetos contaminados ou através de fluidos corporais (sangue, urina, saliva...)

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Lavagem de mãos/utilização de solução alcoólica, utilização de equipamento de proteção individual (luvas, avental, máscara). Utilização de farda, assepsia nos procedimentos, formação e uso de boas práticas.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Aumento da mortalidade e morbilidade, aumento de custos no internamento, menos produtividade dos indivíduos (utentes e profissionais infetados), aumento do tempo na prestação de cuidados e utilização de equipamentos

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Durante a formação profissional, formação interna e externa, prática diária.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

O facto de por vezes ser ocultada informação clinica importante (como anamnese do utente, historia de infeção/ATB), fatores de risco dos utentes. Assim como a demora na obtenção de resultados. Em termos de estrutura física quando não permite um eficaz isolamento de contato entre utentes/familiares/vistas.

Entrevista 10

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 29

- **Habilitações académicas:** mestrado/especialidade

- **Habilitações profissionais:** enfermeira

- **Anos de experiência profissional (total): 7**

- **Anos de exercício profissional na Unidade: 7**

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste num conjunto de práticas (luvas, higienização das mãos, avental descartável) não só em termos de EPI, mas também de arejamento e limpeza de espaços.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

As infeções ocorrem por falha num dos aspetos anteriores, que leva à propagação de infeções de uns utentes para outros.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Uso correto de EPI. Lavagem/desinfecção das mãos. Limpeza/ arejamento dos espaços.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Representam um grande número de complicações que surgem durante o internamento.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Sempre que faço formação por mim requerida e externa. No próprio curso de licenciatura.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Criação de um protocolo de serviço que todos possam seguir.

Entrevista 11

- **Sexo:** Feminino

- **Idade:** 43

- **Habilitações académicas:** 9ºano

- **Habilitações profissionais:** curso de serviço de _____

- **Anos de experiência profissional (total):**29

- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 10

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde consiste, nas boas práticas de uma boa higienização: trocar de luvas, roupas da cama....

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

As infeções associadas aos cuidados de saúde ocorrem, por más práticas de higienização pois as nossas mãos constituem uma fonte de transmissão de microrganismos da pele do doente.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

As principais medidas de controlo são: higienização das mãos; higiene oral regular, troca de roupas e posições da cama. Desinfetar constantemente o cateter urinário assim como a utilização de equipamento de proteção individual.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Por vezes não havendo os cuidados a ter com higienização/tipo desinfetar sempre o cateter urinário, troca de luvas, etc

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Em formação.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

A utilização de uma boa prática de uma boa higienização.

Entrevista 12

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 56
- **Habilitações académicas:** 4ª classe
- **Habilitações profissionais:** serviços auxiliares
- **Anos de experiência profissional (total):** 22 anos
- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 6 anos

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste nas boas práticas (luvas, proteção individual EPI's)

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Pelas más práticas nos cuidados de saúde.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

As principais medidas de controlo são colocar as luvas, EPI's, troca de roupa das camas

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Representa que podemos apanhar doenças.

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Tive algumas formações.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Os sacos que transportam a roupa suja não deveriam ser reaproveitados, pois na volta esta a trazer contaminação.

Entrevista 13

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 52
- **Habilitações académicas:** 4ª classe
- **Habilitações profissionais:** auxiliar
- **Anos de experiência profissional (total):**10
- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 10

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste em boas práticas. Precauções básicas, higiene das mãos os adequados equipamentos de proteção individual e controlo do ambiente.

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Devido à falta de boas práticas.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

As principais medidas de controlo das infeções são: lavar sempre as mãos antes e após o contato com o doente utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual.

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

É o fato de podermos apanhar doenças

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Tive algumas formações.

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Acho que os sacos da roupa contaminada não deveriam ser reutilizados.

Entrevista 14

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:**49
- **Habilitações académicas:** 9ºanos
- **Habilitações profissionais:** cursos de formação
- **Anos de experiência profissional (total):**10
- **Anos de exercício profissional na Unidade:**10

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Consiste em boas práticas: precauções básicas (higiene das mãos os adequados equipamentos de proteção individual e controlo ambiental)

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

Devido à falta de boas práticas

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Lavar as mãos antes e apos contato com o doente, utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

Doenças

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Varias formações

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Todas as práticas menos boas, como por exemplo o uso dos sacos utilizados várias vezes serão uma fonte de infeção.

Entrevista 15

- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 49
- **Habilitações académicas:** 6º ano
- **Habilitações profissionais:** auxiliar
- **Anos de experiência profissional (total):**23
- **Anos de exercício profissional na Unidade:** 5

1. Na sua opinião, em que consiste a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

São as boas praticas por nos utilizadas

2. Por que razão ocorrem as infeções associadas aos cuidados de saúde?

São as más práticas nos cuidados de saúde.

3. Quais as principais medidas de controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

As principais medidas são a colocação de luvas, EPI's, troca de roupa da cama, etc

4. O que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde na sua prática profissional?

É o fator de podermos apanhar doenças

5. Em que momento teve orientação no que respeita às medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Varias formações

6. O que deveria ser mudado no seu serviço para que estejam reunidas todas as condições para uma boa precaução e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Os sacos que transportam a roupa suja não deveriam ser reutilizados, pois ao voltar esta a trazer contaminação.

