



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2016/2017 - 4º ANO

Autor: Zenaida Ramos do Rosário, N.º 3281

Mindelo, julho de 2017

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Infeções no Serviço Bloco Operatório do Hospital Baptista de Sousa

Discente:

Zenaida Ramos do Rosário, nº 3281

Orientadora:

Enfermeira Jerícia Cristina Lopes Duarte

Mindelo, julho de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho á minha mãe, Ana Francisca Ramos Nascimento pelo carinho, incentivo, dedicação e o imenso esforço por ter-me ajudado na realização desse curso.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar agradeço á minha orientadora Jericia Duarte pela excelente orientação demonstrada ao longo do trabalho, pela disponibilidade, incentivo e dedicação durante o decorrer do trabalho.

Ao meu irmão e minha irmã pelo apoio e confiança transmitido durante esses quatro anos de luta.

Ao meu companheiro pela atenção, confiança, compreensão, carinho e paciência constante ajudando- me a alcançar o meu objetivo.

Agradeço aos enfermeiros pela oportunidade e disponibilidade para responder às entrevistas e dar o seu contributo para a realização desse trabalho de investigação e também por ter transmitido as suas experiências e conhecimentos durante o ensino clínico.

Aos meus colegas de turma e aos meus amigos que me apoiaram durante essa caminhada.

Aos docentes da Universidade do Mindelo que me ajudaram na busca de conhecimentos ao longo do curso e das experiências partilhadas.

A todas as pessoas que me ajudaram de forma direta ou indireta durante o meu trajeto académico ou da minha vida pessoal um enorme obrigada.

A todos um muito obrigado!

EPÍGRAFE

“Uma infecção pode representar apenas uma taxa de 1% para o cirurgião, mas 100% de sofrimento para quem a contraiu” (Anónimo).

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
Justificativa / Problemática.....	14
CAPÍTULO I - ESTADO DE ARTE	22
1 - Enquadramento teórico	23
1.1 - Conceito de Infecção e Tipos de Infecção	23
1.2 - Breve Histórico da Infecção Hospitalar	24
1.2 - O Utente Cirúrgico e a Infecção do Local Cirúrgico	26
1.3 - Fatores de Risco para as Infecções do Local Cirúrgico	27
1.3.1 - Fatores extrínsecos.....	27
1.3.2 - Fatores intrínsecos	28
1.4 - Classificação da Ferida Cirúrgica (Altemeier)	30
1.5 - Microrganismos que Causam Infecção	31
1.5.1 - A Resistência Bacteriana no Contexto da Infecção Hospitalar	31
1.6 - Prevenção e Controlo das Infecções do Local Cirúrgico	33
1.7 - Práticas de Controlo de Infecção para Pessoal da Sala de Operações.....	35
1.7.1 - Higienização das Mãos	36
1.8 - Condições Ambientais no Local Cirúrgico	38
1.9 - Medidas Preventivas das Infecções no Local Cirúrgico	40
1.10 - Enfermagem Perioperatória.....	42
1.11 - A Infecção do Local Cirúrgico no Contexto do Cuidado de Enfermagem	43
1.12 - O Enfermeiro e o Controlo da Infecção do Local Cirúrgico	45
1.13 - Contributos do Enfermeiro na Prevenção de Infecção no Local Cirúrgico	46
1.14 - Diagnóstico de Enfermagem	47
1.15 - Teórica de Enfermagem- Florence Nightingale	49
CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICO	52
2 - Fundamentação Metodológica	53
2.2 - Tipo de Estudo.....	53
2.3 - Instrumento de Colheita de Informações.....	54
2.4. População Alvo.....	55
2.5 - Descrição do Campo Empírico.....	56
2.5.1 - Descrição do serviço do Bloco Operatório- Estrutura física	56
2.5.2 - Equipas de serviço	57
2.6 - Procedimentos Éticos	57

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA	59
3 - Apresentação e Interpretação dos Resultados	60
3.1 - Identificação e Caracterização da População Alvo	60
3.2 - Apresentação dos Resultados	61
3.3 - Análise e Interpretação das Categorias.....	62
3.4 - Conclusão de Análise dos Resultados	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
Referências Bibliográficas.....	85
Anexos.....	92
Apêndices	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Intervenções cirúrgicas por especialidade no Hospital Agostinho Neto, 2009-2013.....	18
Quadro 2: Intervenções cirúrgicas por especialidade no Hospital Dr. Baptista de Sousa, 2009 - 2013.....	19
Quadro 3: Diagnóstico de enfermagem segundo NANDA e as intervenções segundo NIC.....	48
Quadro 4: Caracterização dos enfermeiros.....	61
Quadro 5: Categorias e subcategorias.....	62

RESUMO

O trabalho tem por finalidade a percepção dos enfermeiros e a identificação das medidas preventivas utilizadas na prevenção e controle das infeções no local cirúrgico, cuja temática é “Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Infeções no Bloco Operatório do Hospital Baptista de Sousa”. Com as inovações tecnológicas em saúde os procedimentos tornam-se cada vez mais invasivos proporcionando para o aumento das infeções hospitalares, nomeadamente as infeções do local cirúrgico. Estas infeções fazem com que os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular desenvolvam intervenções de controlo de infeções durante os cuidados transmitidos ao utente submetido a intervenção cirúrgica. Para a realização do trabalho optou-se por um estudo qualitativo, descritivo, exploratória e fenomenológica. A população do estudo foi constituída por sete enfermeiros que praticam as suas funções nesse serviço e o instrumento de recolha de informações foi a entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciaram que a melhor forma de controlar e prevenir as infeções é promovendo a assepsia durante as intervenções cirúrgicas e lavando as mãos constantemente e de forma correta para que não haja disseminação das infeções, para os utentes que necessitem de cuidados cirúrgicos, evitando assim, possíveis riscos tanto para os profissionais de saúde e para o serviço que nela trabalham cumprindo com as normas dos serviço.

Palavras- chave: infeção do local cirúrgico, cuidados de enfermagem, medidas preventivas.

ABSTRACT

The thematic work is "Nursing Care in the Prevention of Infections in the Operational Block of the Baptist Hospital of Sousa" aims at the nurses' perception and an identification of the preventive measures in the prevention and control of the non surgical local infusions. With the technological innovations in health the procedures become increasingly invasive providing for the increase of the hospital infections, namely the infections of the surgical site. These infections causes health professionals in general, particularly nurses to develop interventions to control infections during care delivered with the surgical user. For the accomplishment of the work, a qualitative, descriptive, exploratory and phenomenological study was chosen. The study population consisted of seven nurses who performed their duties in this service and the instrument for collecting information was the semi-structured interview. The results showed that the best way to control and prevent infections is to comply with the norms of the service, promoting asepsis during surgical procedures and washing the hands constantly and in a correct way so that there is no dissemination of the infections, thus avoiding possible risks Both for the service and the professionals who work in it and for the users who need surgical care.

Keywords: surgical site infection, nursing care, preventive measures.

LISTA DE SIGLAS

AESOP - Associação dos enfermeiros da sala de operações portuguesas

ANVISA - Agência nacional de vigilância sanitária

AORN - Associação de enfermeiros perioperatório

BO - Bloco operatório

CCIH - Comissão de controle de infecção hospitalar

CDC - Centers for disease control and prevention

CMCISS - Comissão municipal de controle de infecção em serviços de saúde

DGS - Direção geral da saúde

EpS - Educação para saúde

EUA - Estados unidos da américa

HBS - Hospital Baptista de souza

IACS - Infecção associada aos cuidados de saúde

IH - Infecção hospitalar

ILC - Infecção do local cirúrgico

IPI - Inquérito de prevalência de infecção

ISC- Infecção do sítio cirúrgico

NANDA - North american nursing diagnosis association

NIC - Classificação das intervenções de enfermagem

OMS - Organização mundial da saúde

TCC - Trabalho de conclusão de curso

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, é uma pesquisa académica elaborada para atender aos requisitos de obtenção do grau de licenciatura em enfermagem. Trata-se de uma monografia que tem como intuito dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação científica.

Aborda a temática Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Infeções no Serviço do Bloco Operatório do Hospital Baptista de Sousa. A escolha dessa temática deu-se principalmente pela motivação pessoal por um dos ensinamentos clínicos realizados no serviço do bloco operatório, e tendo em conta que é um tema muito pouco explorado permite alcançar conhecimentos e alertar os profissionais da importância de atuar na prevenção principalmente no bloco operatório onde muitas vezes o utente é submetido a procedimentos invasivos.

Para a realização do trabalho selecionou-se os enfermeiros do serviço do Bloco Operatório do Hospital Baptista de Sousa, por ser o local onde os utentes irão ser submetidos a cirurgias, sendo que as intervenções cirúrgicas acarretam riscos ou complicações, que por vezes são desencadeadas por infeções transmitidas no local cirúrgico.

Este trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, mas antes encontra-se a justificativa e a problemática. No primeiro capítulo encontra-se a escolha do tema, a apresentação e a exposição dos objetivos do trabalho. Corresponde também ao estado de arte onde se apresenta uma revisão da bibliografia acerca do tema. No segundo capítulo encontra-se a metodologia, onde define-se o método científico utilizado, a população alvo da pesquisa, os métodos e instrumentos de colheita de informações, os procedimentos éticos para a sua elaboração. Por fim, no terceiro capítulo encontra-se a fase empírica que nela ostenta o tratamento, a análise e apresentação dos resultados encontrados durante a investigação do trabalho. E o fim do trajeto desta investigação conclui com as considerações finais, a apresentação das referências bibliográficas, anexos, apêndices e as propostas.

É de salientar ainda que o presente trabalho científico foi redigido e formatado segundo as normas da redação e formatação da Universidade do Mindelo.

Justificativa / Problemática

A escolha desse tema reside por um fato de ser uma área que teve interesse próprio, acadêmico e ainda profissional resultante de preocupações e curiosidades surgidas durante os ensinamentos clínicos realizados e por ser uma questão inquietante que abrange a nível mundial.

Vai de encontro com o interesse próprio pelas experiências vividas ao longo do percurso acadêmico, assim como pela motivação estimulada e pelos conteúdos teóricos aprendidas ao longo da formação acadêmica. Também é de interesse profissional por ser algo de apreensão e de atenção em relação às medidas preventivas, aos cuidados e assepsia que os profissionais de saúde devem ter.

As infecções que ocorrem no sítio cirúrgico são preocupantes a nível mundial e cada vez tem-se tido evoluções nos avanços da medicina e não se sabe se esses avanços contribuem ou não para o aparecimento das infecções, sendo que certos procedimentos são invasivos o que pode aumentar a probabilidade de ocorrer uma infecção.

Porém essas transformações na área da saúde tem vindo a acontecer durante anos no sentido de aperfeiçoar o bem-estar dos utentes e cuidar das enfermidades, mas nem sempre se tem conseguido uma resposta positiva o que acaba por originar casos como infecções hospitalares.

Com isso tanto os enfermeiros, médicos e os ajudantes de serviços gerais tem um papel fundamental na prevenção e controlo das infecções no local cirúrgico para o bem dos utentes e para o bem de si próprios. A utilização dos materiais e instrumentos, as medidas higiénicas das mãos, a maneira como os instrumentos são esterilizados, entre outros, são fatores contribuem para a minimização das infecções no sítio cirúrgico.

Sendo assim, a infecção hospitalar é um problema cada vez mais frequente e a presença de microrganismos resistentes gera impacto clínico e económico no serviço acarretando constrangimentos.

Mas para isso há que se ter uma sensibilização e essa sensibilização deve começar nos profissionais de saúde para que esses padrões de prevenção sejam colocadas em práticas e executadas de forma corretamente, de modo a prevenir a propagação das infecções hospitalares e oferecer assim um bom cuidado para os utentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016) enfatiza que nos dias de hoje nos países de baixa e média renda cerca de 11% dos utentes que são submetidas a operações cirúrgicas são infetados no procedimento.

As infeções hospitalares (IH) tem sido um grande problema tanto a nível da saúde dos utentes como dos profissionais de saúde, e com isso há que se prevenir para minimizar estas infeções para uma maior obtenção na qualidade de saúde e é neste sentido que Oliveira (2012) enfatiza que a OMS dirigiu um inquérito de prevalência em 55 hospitais de 14 países que representavam quatro regiões da OMS (Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental) num tempo compreendido entre 1983 e 1985, em que mostrou em média 8,7% dos utentes internados contraíam infeções nosocomiais.

Conforme a Comissão Municipal de Controle de Infeção em Serviços de Saúde (CMCISS) (2010) o sítio cirúrgico é um local que coopera muito para o aparecimento das infeções, que contribui para cerca de 15% de todas as infeções relacionadas à assistência de saúde e para cerca de 37% das infeções de utentes cirúrgicos adquiridos no hospital.

E é nesta mesma linha que a OMS (2009 p. 67) relata que “dois terços das infeções do sítio cirúrgico são incisionais e um terço confinado ao espaço orgânico. Em países ocidentais, a frequência de tais infeções é de 15 – 20% de todos os casos, com uma incidência de 2 – 15% em cirurgia geral”.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2016, p. 8) de Portugal “no último inquérito de prevalência de infeção, realizado à escala europeia em 2012, foram apuradas taxas de infeção adquirida no hospital, em Portugal, superiores à média europeia de 6,1%”. Ainda o mesmo estudo objetivou-se que “os doentes internados nos hospitais portugueses estavam em situação clínica mais grave que os de quase todos os restantes países europeus, mas ainda assim a percentagem de doentes infetados em função do internamento, 10,5%, foi superior à prevista com base na gravidade da situação clínica”.

É nesta mesma linha de raciocínio que a OMS (2009) refere que as infeções do local cirúrgico (ILC) tem uma relação fundamental com a internação hospitalar, visto que esta irá levar a um aumento da duração da internação hospitalar em 4-7 dias, e que os utentes infetados tem mais probabilidade de ir ao óbito, mais probabilidade de permanecer mais tempo na unidade de tratamento e muito mais ainda de ser readmitidos após a alta.

Também é na mesma linha de opinião que Vranjac (2015, p. 1) salienta que, “as ILC são as maiores fontes de morbidade e mortalidade entre os pacientes submetidos a cirurgias. Estima-se que as ILC prolonguem o tempo de internação em média mais de sete dias e conseqüentemente o custo do procedimento”. Ainda o mesmo autor refere que “sua incidência pode variar, sendo em média de 2 a 5% para as cirurgias consideradas "limpas". As ILC correspondem a aproximadamente 38% do total das infecções hospitalares em pacientes cirúrgicos e 16% do total de infecções hospitalares”.

De acordo com os autores Junior, Levy, Lima, et al (2013) no Brasil a ILC é uma das principais contaminações que afetam a assistência da saúde representando assim a terceira posição entre todas as infecções nos serviços de saúde abrangendo cerca de 14% a 16% daquelas descobertas em utentes hospitalizados. Segundo um estudo feito no Brasil pelo Ministério da Saúde no ano 1999 a taxa de ILC encontradas foi de 11% de todas as intervenções cirúrgicas analisadas.

A IH afeta o mundo todo e representa uma das razões de morte em utentes hospitalizados, com isso a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2004, p. 7) afirma que “no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a taxa média de infecção hospitalar é de cerca 15%, ao passo que nos EUA e na Europa é de 10%”. Ainda o mesmo afirma que “cabe lembrar, no entanto, que o índice de infecção hospitalar varia significativamente, pois está diretamente relacionada com o nível de atendimento e complexidade de cada hospital”.

Conforme Bolick (2000) as feridas cirúrgicas são um meio muito propício para a reprodução das infecções e com isso elas tem sido o segundo tipo mais constante de infecção hospitalar e elas são responsáveis por cerca de 25% de todas as infecções hospitalares e acontecem em cerca de 12% dos utentes cirúrgicos. Também é na mesma linha de pensamento que McEwen (2008) alega que as infecções do local cirúrgico se encarregam por transmitir uma taxa de 14 a 16% de todas as infecções adquiridas nos hospitais.

O bloco operatório é um local de prestação de cuidados onde utentes e profissionais estão mais expostos e vulneráveis a este tipo de risco e é neste sentido que a Associação de Enfermeiros da Sala de Operação Portugueses (AESOP) (1994, p. 40) afirma que “pelo menos 5% dos doentes submetidos a cirurgia, contraem infecção do local cirúrgico, o que representa 1 milhão de doentes por ano na Europa e em média, mais 2 semanas de internamento por cada doente”.

E é na mesma linha de pensamento que Figueiredo (2012) apresenta o primeiro e recente estudo realizado pela Escola de Saúde Pública em Portugal, em que trás os principais resultados com uma taxa de incidência de circunstâncias adversos de 11,1% e desses 53,2% conseguiu ser evitados infeções cirúrgicas posteriormente, também o mesmo autor destaca que a infeção associada aos cuidados de saúde apresenta-se em 4º lugar, com uma percentagem de 11%.

Em contrapartida de acordo com o Inquérito de Prevalência de Infeções (IPI), Almeida (2011), enfatiza que em Portugal a prevalência calculada é de 1,7% correspondendo a 14,3% da prevalência de infeção mais comum, sendo assim, as infeções no local cirúrgico (ILC) vem ocupar a 3ª causa de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

Muitos estudos tem vindo a ser feitos em diversos hospitais e em diversos países e com isso de acordo com a Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar de Santa Maria (2003) as infeções nosocomiais são mais frequentes ocupando assim o 3º lugar da infeção mais constante, e de acordo com o IPI realizado em 67 hospitais portugueses a infeção cirúrgica representava 13% do total das infeções hospitalares.

Ao que se apresenta depois que o utente entrar em contato com as infeções, esta só vai entrar em ação depois de um determinado tempo, em que a Portaria n.º 2.616 de 12 de maio de (1998, p. 7), salienta que “quando se desconhece o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infeção no momento da internação, convencionou-se infeção hospitalar toda manifestação clínica de infeção que se apresentar a partir de 72 horas após a admissão”.

Também segundo a mesma portaria “são também convencionadas infeções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticas, realizados durante este período” (Portaria n.º 2.616, 1978, p. 7).

Em relação aos dados de Cabo Verde, no relatório estatístico encontra-se o número das cirurgias realizadas durante os anos de 2009 a 2013, no hospital Agostinho Neto e no hospital Baptista de Sousa, nos quadros abaixo representados.

Quadro 1: Intervenções Cirúrgicas por especialidade no Hospital Agostinho Neto, (2009 – 2013)

Especialidades	Programadas				
	2009	2010	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	1.268	1.169	1.172	1.119	677
Ginecologia	311	296	334	228	196
Maxilo-facial	117	122	95	107	72
Oftalmologia	427	385	292	296	271
Otorrinolaringologia	226	244	223	214	122
Orto-traumatologia	273	634	735	583	444
Urologia	621	20	0	16	30
Pequena cirurgia	-	-	362	401	223
Total	3.056	2.870	3.213	2.464	2.035

Fonte: Relatório estatístico de Cabo Verde (2013)

Pode-se observar que o quadro acima apresenta a quantidade de intervenções cirúrgicas realizadas durante os anos de 2009 a 2013, onde se verifica que há uma oscilação dos valores dos números das cirurgias, em que no ano de 2009 houve um total de 3.056 cirurgias feitas, no ano de 2010 houve 2.870, no ano de 2011 houve 3.213, no ano de 2012 houve 2.464 e no ano de 2013 houve 2.035 cirurgias realizadas. Também no quadro encontra-se as cirurgias de urgência realizadas durante todos esses anos, como consta no quadro em (anexo I).

Nos dados de Cabo Verde no relatório estatístico encontra-se o número de cirurgias realizadas a partir do ano de 2009 a 2013, no quadro abaixo encontradas.

Quadro 2: Intervenções Cirúrgicas por especialidade no Hospital Dr. Baptista de Sousa, (2009 – 2013)

Especialidades	Programadas				
	2009	2010	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	503	430	457	519	549
Gineco-Obstetrícia	22	6	46	34	56
Orto-Traumatologia	275	147	186	398	408
Otorrinolaringologia	195	197	186	221	204
Urologia	226	178	165	199	147
Oftalmologia	138	150	167	98	271
Estomatologia	3	0	0	0	0
Cardiologia	-	2	0		0
Cirurgia Plástica				50	56
Outros					03
Total	1.363	1.110	1.207	1.519	1.694

Fonte: Relatório estatístico de Cabo Verde (2013)

O quadro acima apresenta uma estimativa das cirurgias realizadas desde o ano 2009 a 2013. Verifica-se que houve realização de maior número de cirurgias programadas do que as de urgência, como consta no quadro em (anexo II). No ano de 2010 houve uma diminuição do número de cirurgias em relação ao ano de 2009, mas a partir do ano de 2010 até o ano de 2013 há um aumento das cirurgias feitas, tanto das programadas como as de urgência.

O Hospital Baptista de Sousa recebe a cada ano uma grande quantidade de números de utentes para intervenções cirúrgicas, segundo os dados obtidos do mesmo hospital dos anos de 2013 a 2016 registaram-se inúmeras intervenções cirúrgicas no serviço do bloco operatório das diversas especialidades, como consta no quadro em (anexo III).

No quadro estão representados dados estatísticos de intervenções cirúrgicas realizadas. Pode-se observar que no ano de 2013 houve um total de 2453 cirurgias feitas, 705 da área de cirurgia, 406 de ginecologia, 570 de ortopedia, 174 de urologia, 233 de otorrinolaringologia, 66 de cirurgia plástica, 279 de oftalmologia, 5 de neurocirurgia, 2 de

hematologia, 6 de maxilo-facial e de estomatologia, neonatologia e anestesia não foram registadas nenhuma cirurgia realizada.

No ano de 2014 nota-se que foram realizadas 3017 cirurgias nesse ano, onde houve 774 da área de cirurgia, 835 ginecologia, 666 ortopedia, 281 urologia, 247 otorrinolaringologia, 92 cirurgia plástica, 257 oftalmologia, 25 neurocirurgia, 12 maxilo-facial, 2 neonatologia e hematologia, anestesia e estomatologia não foram feitas cirurgias nesse ano. Observa-se que houve um aumento das cirurgias do ano de 2014 em relação ao ano 2013.

Referente ao ano 2015 houve 3462 cirurgias realizadas, da área de cirurgia houve 744, 1103 de ginecologia, 571 ortopedia, 337 urologia, 258 otorrinolaringologia, 123 cirurgia plástica, 272 oftalmologia, 32 neurocirurgia, 14 maxilo-facial, 1 estomatologia, 3 anestesia, 2 neonatologia e 0 de hematologia. Pode-se verificar que de acordo com os anos vem tendo um aumento das intervenções cirúrgicas.

Em relação ao ano de 2016 houve um total de 3416 intervenções cirúrgicas, da parte de cirurgia teve 670 cirurgias, 1147 de ginecologia, 659 ortopedia, 345 urologia, 302 otorrinolaringologia, 72 cirurgia plástica, 205 oftalmologia, 5 neurocirurgia, 10 maxilo-facial e hematologia, estomatologia, anestesia e neonatologia não foram realizadas cirurgias nesse ano. Em relação ano de 2015 houve uma diminuição das cirurgias com uma diferença mínima entre eles.

No quadro ainda pode-se observar a quantidade de cirurgias eletivas e as urgentes realizadas durante todos esses anos de acordo com cada especialidade. Dada ao grande número de cirurgias efetuadas é importante criar um registo de casos de infeções, uma vez que, as infeções hospitalares é um problema a nível mundial e Cabo Verde não é exceção. Muitas vezes ocorrem infeções, mas não há um conhecimento de onde esta infeção teve a sua causa, por inexistência de métodos de despiste de infeções e de falhas de comunicação quando estas ocorrem nas enfermarias.

Portanto, é de relativa importância o estudo do tema para que futuramente possam ser criadas condições necessárias para que os enfermeiros exercem de forma plena a sua função no controle das infeções e na prevenção da mesma no local cirúrgico, visto que, existe poucos dados a nível de Cabo Verde sobre o tema.

O **objetivo geral** preconizado para a elaboração deste trabalho, centra-se em:

- ✓ Analisar quais as medidas preventivas que são utilizadas pelos enfermeiros no serviço do bloco operatório do hospital Baptista de Sousa de modo a prevenir infeções no serviço.

Os **objetivos específicos** centram-se em:

- ✓ Descrever os principais fatores que levam a infeção hospitalar de acordo com a perspetiva dos enfermeiros do serviço do bloco operatório do hospital Baptista de Sousa;
- ✓ Verificar a perceção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório sobre as medidas preventivas de infeções no local de trabalho;
- ✓ Identificar os contributos dos enfermeiros do serviço do bloco operatório do hospital Baptista de Sousa no controlo de infeção no local de trabalho.

CAPÍTULO I - ESTADO DE ARTE

1 - Enquadramento teórico

Neste capítulo encontra-se apresentados os conceitos importantes referidos com a questão em investigação imprescindíveis para a elaboração da própria, sendo assim, inicia-se o trabalho com uma momentânea revisão bibliográfica de conceitos relacionados com a investigação.

1.1 - Conceito de Infecção e Tipos de Infecção

A IH no dia-a-dia do trabalho dos profissionais nos serviços de saúde tem sido um problema em destaque e muito relevante, visto que, ela causa complicações que põe em causa o estado de saúde do utente comprometendo-o com a sua recuperação o que a torna tardia, sendo assim, de acordo com Wilson (2003) a infecção é um ataque e proliferação de microrganismos nos tecidos. Ainda o mesmo autor salienta que esse ataque pode se manifestar de forma silenciosa ou provocar lesão celular local, devido ao metabolismo competitivo, às toxinas, á replicação intracelular ou á resposta antigénio-anticorpo.

As infecções são microrganismos que se reproduzem causando danos nos tecidos e de acordo com Nicolette (2008, p. 46) a infecção é uma “invasão e multiplicação de microrganismos nos tecidos orgânicos que causam lesão celular atribuída ao metabolismo competitivo, toxinas, replicação intracelular ou resposta antígeno-anticorpo”.

É nesta mesma linha de pensamento que Cabral e Silva (2013) descreve a infecção como uma invasão por microrganismos terríveis que vão além da capacidade de reação do organismo afetado e após infecção irão se reproduzir atingindo os órgãos de acordo com a sua espécie e virulência.

Segundo Pina et al (2004) cit in Oliveira (2012, p. 43) “a infecção do local cirúrgico é, conjuntamente com a infecção respiratória, a infecção urinária e a bacteriémia relacionada com os catéteres vasculares, uma das infecções nosocomiais mais frequentes”. E para Rothrock (2008, p. 46) a infecção do sítio cirúrgico é uma “infecção envolvendo as camadas da parede corporal que foram incisadas”.

De acordo com os conceitos de infecção hospitalar a ANVISA (2000, p. 17) salienta que existe dois tipos de infecção que são classificadas em comunitárias e hospitalares, sendo assim, a infecção comunitária “é a infecção constatada ou em incubação no ato de admissão

do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital”, enquanto a infecção hospitalar “é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”.

É na mesma linha de pensamento que Soares (2010) enfatiza que a infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente, que se apresenta durante a internação ou após a alta e que pode ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, que pode ser manifestada após 72 horas de internação.

E de acordo com Sousa, Queiroz, Oliveira et al (2015, p. 455) a infecção comunitária são “aquelas identificadas a partir de amostras colhidas nas primeiras 48 horas de internação ou em incubação na admissão do paciente, desde que não relacionada à internação anterior no mesmo hospital são categorizadas como infecção comunitária”.

1.2 - Breve Histórico da Infecção Hospitalar

As IH tem como uma das consequências a morte, assim não podemos deixar de citar aqui a perspicácia de algumas pessoas, como Semmelweis que identificou a infecção puerperal através de médicos e estudantes que se dirigiam diretamente da sala de autópsias para a enfermaria, a fim de examinar os utentes sem lavar as mãos, onde mais tarde as suas suspeitas vieram ser confirmadas, o que propôs por em prática drasticamente a lavagem das mãos com sabão e hipocloreto de cálcio, como meio da prevenção da infecção que levava a óbitos de centenas de mulheres (Lyons e Petrucelli, V).

Os microrganismos estão em toda a parte, e eles são invisíveis ao olho nu, e com isso o ambiente hospitalar é um lugar que carece de constante higienização, e é nesta ideia que Pfetscher (2004) veio salientar que Florence Nightingale mostrou sempre uma preocupação durante o seu trajeto, onde ela dedicou em tornar o ambiente hospitalar em um lugar propício ao tratamento, procedendo assim no combate à propagação das infecções. Para ela o ambiente hospitalar tinha que ter uma boa higiene, ventilação, luz, entre outros, e para os utentes a higienização deles era fundamental ser realizada todos os dias, o que não era normal naquele tempo.

E é na mesma linha de pensamento que Lacerda e Egry (1997) enfatiza que Nightingale ostentava uma abordagem epidemiológica das doenças infecciosas e das IH, onde a limpeza, o isolamento, a individualização dos cuidados, a dieta controlada, a redução do número de leitos por enfermaria e da circulação de pessoas, evitavam mesmo no espaço fechado do hospital, que as infecções se conduzissem do meio para o indivíduo e de um indivíduo a outro.

A estas descobertas esplendentes segundo AESOP (2006) Antonie Van Leeuwenhoek foi o primeiro que veio registrar as bactérias com descrições adequadas das suas observações pela qualidade excepcional das suas lentes. Ainda de acordo com o mesmo raciocínio de Leeuwenhoek, Louis Pasteur veio demonstrar que os microrganismos só podem ter origem em seres vivos, e como foi o explorador da microbiologia, Pasteur veio constatar os processos fermentativos que resultavam da atividade de microrganismos, onde veio desenvolver o conceito de inoculação protetora.

Os trabalhos de Luis Pasteur vieram servir de base para aprimorar o desenvolvimento desta, onde Joseph Lister iniciou a antisepsia no procedimento dos ferimentos e na execução das intervenções cirúrgicas (Lyons e Petrucelli, V).

Porém essas descobertas continuaram a evoluir para entender melhor e aperfeiçoar as técnicas de assepsia, onde mais tarde Robert Koch apresentou decisivas provas da origem das infecções em feridas e a patogenicidade dos organismos pirogênicos ao identificar a etiologia da tuberculose, anthrax e da cólera. Por outro lado, Koch sugeriu a exposição do material cirúrgico ao vapor de água, incluindo as roupas (AESOP, 2006).

Na metade do século XIX, iniciou uma nova era, expandindo muitos os horizontes da cirurgia, onde Larson (1989) salienta que as infecções de feridas eram tão comuns que eram consideradas eventos normais. Quando o pus aparecia na incisão, acreditava-se que era um sinal saudável, indicando o início da melhoria clínica. O hospitalismo era um termo idealizado por Simpson para descrever o conjunto de infecções que se desenvolviam entre os utentes hospitalizados. Hoje em dia, estas infecções são referidas como infecções associadas aos cuidados de saúde (formalmente conhecidas como nosocomiais ou hospitalares).

Portanto, no século XIX segundo Fontana (2006), importantes contribuições são dadas á investigação das infecções nosocomiais, sua epidemiologia e prevenção. Atualmente no século XX segundo Delage (2011 p. 22) “as IH’s estão diretamente ou indiretamente relacionadas ao modelo clínico de assistência, que cada vez mais utiliza tecnologia invasiva

para procedimentos diagnósticos e terapêuticos, fato este que predispõe os pacientes a uma maior susceptibilidade para adquirir as IH's”.

1.2 - O Utente Cirúrgico e a Infecção do Local Cirúrgico

A prevenção e o controlo de ILC ao utente está em constante desenvolvimento e atualização, visto que, tem grande impacto no utente e nos serviços de saúde. Sendo as infeções hospitalares uma complicação do internamento hospitalar, há que se transmitir um cuidado de qualidade aos utentes. As infeções implicam um maior grau de morbidade ao utente, uma vez que interferem com o seu processo de convalescença e de retorno á vida diária (AESOP, 2006).

É de salientar que as infeções adquiridas nos hospitais depende de pessoa para pessoa, por isso Wyngaarden, Smith e Bennet (1993) enfatizam que nem todos os utentes tem igual risco de desenvolver uma infeção nosocomial, e um dos fatores mais importantes é a resistência do utente á infeção, os extremos etários, a deficiência nutricional, a gravidade de doenças subjacentes e as soluções de continuidade cutâneas aumentam o risco de infeções nosocomiais.

No que tange às feridas cirúrgicas elas só não cicatrizem, ou demorem a cicatrizar-se se houver uma probabilidade de ocorrer uma infeção, e é neste sentido que McEwen (2008) refere que uma das causas mais comuns no atraso da cicatrização da ferida em um utente cirúrgico é a ILC.

Sendo assim, não se pode falar da ferida cirúrgica sem defini-la, e de acordo com a Secretaria Municipal Florianópolis (2008) as feridas cirúrgicas são provocadas por instrumentos cirúrgicos, com finalidade terapêutica que podem ser incisivas (perda mínimo de tecido) ou excisivas (remoção de áreas da pele). Também segundo Meldau (2017) salienta que a ferida cirúrgica é resultante de um corte no tecido originado por um instrumento cirúrgico, gerando então uma abertura em uma região do corpo ou em algum órgão, realizando-se, por conseguinte, a aproximação das bordas da pele saudáveis por meio de suturas.

As infecções da ferida cirúrgica originam devido a algum fator que proporcionou o seu aparecimento, contudo é neste sentido que Harrison (1998) relata que os padrões de controle mais importante nas infecções da ferida cirúrgica envolvem o uso de profilaxia antimicrobiana no início de procedimentos de alto risco, também pede a atenção em relação às técnicas e assepsia da sala de operação onde não se deve efetuar a tricotomia até o momento da cirurgia, e deve-se evitar drenos abertos ou profiláticos.

É de ressaltar também que segundo Wilson (2003) as ILC atingem meramente a camada superficial, ela também por vezes pode afetar camadas mais profundas e até mesmo os órgãos mais próximos, ou outras áreas como as articulações, entre outros, tratadas durante a operação.

1.3 - Fatores de Risco para as Infecções do Local Cirúrgico

Saber como os fatores condicionam o surgimento das ILC é muito importante para a realização desta investigação. Contudo, existem diversos fatores que desencadeiam uma ILC, sendo que AESOP (2006) relata que nos dias de hoje considera-se que o período de internamento perioperatório deve ser reduzido ao mínimo, porque o meio hospitalar é uma fonte de infecção nosocomial.

Para além da internação prolongada McEwen (2008) afirma que há muitas causas possíveis de ILC, como por exemplo a suscetibilidade de utente e a gravidade da doença, infecção microbiana pela microflora do utente e infecção exógena da ferida, do ambiente e do pessoal da sala de operações.

1.3.1 - Fatores extrínsecos

Os fatores extrínsecos aglomeram a dimensão e duração da intervenção cirúrgica, pelo que Marek e Boehnlein (2010) vêm realçar que quando maior a extensão e a duração dos procedimentos cirúrgicos, maior a probabilidade de haver infecção no pós-operatório.

Defendendo a ideia acima referida, a AESOP (2006, p. 54) explica que “a duração da intervenção cirúrgica é um factor de risco de infecção, uma vez que, quanto maior o tempo de exposição dos tecidos, maior a probabilidade de aero-biocontaminação.”

A CMCISS (2010) afirma que a ferida cirúrgica também está sujeito aos contaminantes bacterianos que podem entrar na ferida por origens exógenas, envolvendo o ar da sala operatória, instrumentos, próteses ou outros implantes ou a equipe cirúrgica que entra em contacto com a ferida cirúrgica. Também salienta que fungos de fontes endógenas e exógenas raramente acarretam ILC e suas patogéneses não são bem assimiladas.

Outro aspeto de grande relevância são os internamentos prolongados que constituem fatores de risco, uma vez que permitem um contacto mais prolongado do indivíduo com os microrganismos patogénicos do meio hospitalar, neste sentido Bolick (2000) enfatiza que as internações hospitalares muito longas e frequentes colocam em risco dos utentes adquirirem infeções e acabar por gerar resistência aos antibióticos.

1.3.2 Fatores intrínsecos

Com uma visão semelhante a AESOP (2006) vem salientar que a infeção da ferida cirúrgica pode ser desafiada por diferentes causas endógenas e exógenas do utente. Normalmente referem-se basicamente ao hospedeiro e às suas condições físicas e psicológicas, bem como à existência da doença relacionada.

De acordo com a CMCISS (2010) a fonte dos patógenos que provocam a maioria das infeções do sítio cirúrgico é a microbiota endógena da pele do utente, membranas mucosas ou vísceras ocas. Quando uma membrana mucosa ou pele é incisada, os tecidos visíveis estão sob grande risco de contaminação.

Neste sentido Vranjac (2015) vem enfatizar que a fonte mais constante é a flora endógena do utente e estima-se que após 24hs da intervenção a ferida cirúrgica está fechada e, portanto, protegida da contaminação exógena. Normalmente as infeções à distância podem ser fonte de microrganismos que contaminam a ferida cirúrgica e devem ser estudados e analisados no pré-operatório de cirurgias eletivas, enquanto as fontes exógenas podem ter relevância durante o procedimento cirúrgico, portanto uma rigorosa técnica asséptica deve ser mantida com o objetivo de prevenir a contaminação.

Ainda o mesmo autor descreve que os fatores intrínsecos são riscos de infecção para o hospedeiro, onde estão presentes a diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, perda rápida e recente de peso, desnutrição, idade avançada, imunossupressão e infecções de sítios distantes (Vranjac, 2005).

E no que tange a diabetes mellitus Slaughter et al (1993) cit in Wilson (2003, p.213) alegam que “a diabetes mellitus interfere com a fagocitose realizada pelos glóbulos brancos, provocando aumento geral da susceptibilidade às infecções, e portanto risco acrescido de infecção da ferida operatória.”

Em relação á perda rápida e recente de peso Vranjac (2015, p.3) vem referir que “pode ser um fator de risco principalmente por estar associada à desnutrição”.

Por outro lado a nutrição é fundamental para o bom desempenho do organismo, o resultado de uma má nutrição acarreta às suas consequências como na cicatrização da incisão, infecção, desequilíbrio eletrolítico, entre outros, nesse sentido a AESOP (2006, p. 53) afirma que “a desnutrição e o consumo de nicotina tem sido relacionados com o prolongamento da cicatrização”.

Sendo assim é de destacar que o tabagismo conduz a inúmeros problemas o que pode desencadear uma ILC ao utente, com isso, Lima, Melchior, Menezes et al (2014) enfatizam que o tabagismo com seu uso prolongado de nicotina pode ser motivo de várias doenças e tem um grande impacto no sistema vascular. É um potente vasoconstritor levando a uma diminuição da oxigenação dos tecidos, devido à dificuldade de trocas gasosas nos pulmões. E essa diminuição da circulação nos tecidos origina uma dificuldade de cicatrização da pele após uma cirurgia o que predispõe o utente à ILC.

A idade é outro fator que interfere muito com a recuperação do utente, como as crianças com idade igual ou inferior a um ano e às pessoas com idade superior ou igual a 65 anos. As crianças ainda não possuem o seu sistema imunológico completamente expandido e os idosos sofrem modificações na imunidade celular e humoral que podem retardar a capacidade de cicatrização (AESOP, 2006).

Também o mesmo autor refere que os utentes sujeitos a terapêutica imunossupressora ostentam uma resposta imunitária deficiente, pelo que, o risco de infecção pode estar aumentado (AESOP, 2006).

É importante salientar a presença de outras infecções do utente cirúrgico, uma vez que elas podem gerar ILC, nesse sentido Lima, Melchior, Menezes et al (2014) afirmam a infecção à distância amplia claramente o risco de ILC, proporcionada pelo deslocamento hematológico das bactérias, levando a infecção para a cicatriz cirúrgica, local mais envolvido imunologicamente no pós-operatório.

1.4 - Classificação da Ferida Cirúrgica (Altemeier)

Os seres humanos vivem numa relação simbiótica com milhões de bactérias, a presença constante dessas bactérias e de fungos na pele e trato gastrointestinal limitam a ação dos chamados microrganismos invasivos patogénicos. Esses micróbios assumem um papel de povoadores ou invasores quando a barreira epitelial é quebrada ou o hospedeiro está fisiologicamente e imunologicamente comprometido, e na cirurgia a pele pode ser um fator desencadeante da infecção da ferida operatória (AESOP, 2006).

Tendo em conta essa realidade e na tentativa de diminuir este problema foi elaborado uma classificação da ferida cirúrgica, em que de acordo com Instituto Nacional de Saúde e Dr. Ricardo Jorge (2004), a classificação da ferida cirúrgica (Altemeier) são classificadas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica, seguindo as definições do Centers for Disease Control and Prevention (CDC):

- ✓ Limpa – Ferida cirúrgica resultante de cirurgia electiva, não traumática, não infectada em que não houve transgressão da técnica cirúrgica e em que não se penetrou no tracto respiratório, digestivo, genito-urinário nem cavidade orofaríngea.
- ✓ Limpa-contaminada – Ferida cirúrgica de intervenções, em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo, genito-urinário, em condições controladas (técnica cirúrgica correcta) e sem contaminação.
- ✓ Contaminada – Ferida cirúrgica de intervenções com graves transgressões de técnica cirúrgica, as feridas traumáticas ou aquelas em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo ou genito-urinário, na presença de infecção.
- ✓ Suja ou Infectada – Feridas traumáticas com tecido desvitalizado, corpos estranhos e contaminação fecal ou aquelas em que o tratamento cirúrgico foi tardio.

1.5 - Microrganismos que Causam Infecção

É de constatar que os microrganismos são os grandes causadores das infecções, e esses germes que prevalecem mais são os abaixo mencionados, e de acordo com Nicolette (2008, p. 45), “os microrganismos são organismos vivos que são muito pequenos para serem vistos a olho nu. Estes organismos incluem bactérias, fungos, protozoários, algas e vírus. Os microrganismos são classificados para determinar o tratamento adequado para uma infecção”. Ainda a mesma autora afirma que o *Staphylococcus aureus* é o microrganismo mais presente na pele, e que as bactérias causam muitas infecções nos sítios cirúrgicos.

Sendo assim, é na mesma linha de pensamento que Levy (2004) afirma que diferentes microrganismos como bactérias, fungos, e vírus causam infecções hospitalares. O conjunto de patógenos, no entanto, que se destaca é o das bactérias que compõem a flora humana e que geralmente não trazem risco a pessoas saudáveis devido sua baixa virulência, mas que podem causar infecção em indivíduos com condição clínica comprometida – intituladas assim de bactérias oportunistas.

Durante o ato cirúrgico qualquer microrganismo pode ser encontrada durante o procedimento como: bactérias, fungos, protozoários e vírus. Entretanto os microrganismos predominantes nas infecções das feridas são as bactérias e os fungos que vivem normalmente na pele e no trato gastrointestinal, numa relação fisiológica do tipo comensal, mas que se tornem invasores quando a barreira é quebrada (AESOP, 2006).

De acordo com Barata (2013) os microrganismos mais frequentemente responsáveis por IACS alteram consoante a população de utentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde, as instalações e os países, que são por exemplo, a *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium*, *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas spp* e *Legionella*.

1.5.1 A Resistência Bacteriana no Contexto da Infecção Hospitalar

A resistência bacteriana hoje em dia é um fator que tem vindo a ser uma causa para o desencadeamento de uma infecção, que pode ser originada pelo uso abusivo de antibióticos sem necessidade durante o tratamento, ou mesmo também, o utente já pode ter desencadeado essa resistência devido a outras interações, e de acordo com Spencer (1995, p. 61) “os

antibióticos são agentes quimioterapêuticos que atuam primariamente sobre os organismos parasitários e não sobre o hospedeiro”.

Ainda o mesmo autor salienta que esses agentes podem ser classificados em sentido geral como bacteriostáticos e bactericidas, e os princípios fundamentais que regem a utilização dos antibióticos são:

- ✓ O uso de agentes eficazes contra os agentes infectantes;
- ✓ Um contacto adequado entre a droga e o microrganismo;
- ✓ A ausência de efeitos tóxicos acessórios da droga;
- ✓ O aumento das defesas do hospedeiro em relação ao máximo efeito antibacteriano.

Normalmente um dos riscos para os utentes internados em uma instituição de assistência á saúde é a presença de microrganismos resistentes aos antibióticos, esses microrganismos são encontrados nos utentes, nos profissionais de saúde e no ambiente físico. A utilização frequente e abusiva dos antibióticos costuma levar ao desenvolvimento de resistência de antibióticos por esses microrganismos (Bernard, 2000).

Nos dias de hoje muitas infeções são causadas devido ao uso prolongado e desnecessário de antibióticos, no entanto acabam por originar resistência contra o mesmo causando infeções, neste sentido Wyngaarden, Smith e Bennett (1993) relatam que desde a pandemia dos anos de 1950 e 1960, causada pelas estirpes estafilocócicas penicilina-resistentes tornou-se um axioma que a resistência antibiótica tem sido a principal característica das infeções nosocomiais.

A resistência dos antibióticos é algo preocupante, muitas vezes a automedicação das pessoas também contribui para esse flagelo, por isso Santos (2004) refere que a difusão de bactérias antibiótico-resistentes ocorre tanto no ambiente hospitalar como na comunidade. A resistência aos antibióticos é inevitável e irreversível, é um efeito natural da adaptação da célula bacteriana a exposição aos antibióticos. Alguns fatores que afetam a seleção de mutantes antibióticos resistentes incluem o estado imunológico do utente, o número de bactérias no sítio de infeção, o mecanismo de ação do antibiótico e o nível da droga que atinge a população bacteriana.

Segundo Nicolette (2008, p. 51) a resistência microbiana pode ser dividida em três categorias:

- ✓ Presença de uma cepa de um organismo naturalmente resistente antes que quaisquer medicamentos sejam administrados;
- ✓ A aquisição de uma cepa medicamento-resistente devido a uma fonte externa;
- ✓ Resistência medicamentosa relacionada ao tratamento.

A mesma autora ainda salienta que os micróbios possuem genes que os tornam resistentes a um antibiótico, mas estes genes sempre podem estar presentes no microrganismo, mas permanecem em um estado inativo até que sejam desafiadas por um antibiótico (Nicolette, 2008).

1.6 - Prevenção e Controle das Infecções do Local Cirúrgico

Para melhor começar a prevenir a infecção nada mais simples do que iniciar pela higienização das mãos e do próprio local. Os hospitais são fontes de microrganismos devido a quantidade de pessoas que entram e as diversas patologias que nela contêm, por isso, segundo Bernard (2000), como profissional de saúde pode-se auxiliar a virar a luta contra as infecções, estudando tudo o que poder sobre infecção e aprimorando essas práticas durante os cuidados aos utentes.

Sendo assim, Dias (2014, p. 14) descreve a prevenção como “preparo pré-operatório adequado, utilização de técnicas assépticas, observação dos princípios da técnica de curativo e alerta aos sinais que caracterizam a infecção”.

Segundo Jennie (2003) as medidas de controle de infecção representam o padrão de cuidados que deve ser aplicado na rotina de todos os utentes, com o objetivo de reduzir o contágio de microrganismos patogênicos entre utentes e profissionais de saúde.

A educação para saúde (EpS) é uma das estratégias preventivas fundamentais. E sempre que aparecer a oportunidade, deve-se orientar os utentes quanto às precauções que eles podem fazer para evitar infecções e melhorar suas defesas naturais (Bernard, 2000).

Apesar de o ambiente hospitalar ser um local onde os profissionais de saúde põe em prática as medidas de prevenção de infecção, o ambiente hospitalar sempre vai ser um meio de propagação e desenvolvimento das infecções, por isso segundo Nicolette (2008) devemos focar nas condutas de controle de infecção na prevenção. A transmissão da infecção

está envolvida por uma série de circunstâncias, incluindo a presença de um agente patogênico, reservatório, porta de saída, transmissão, porta de entrada e suscetibilidade.

É importante destacar que as medidas pessoais deverão incluir a competência para o trabalho e a aplicação de princípios antissépticos, como a desinfecção cirúrgica das mãos, de vestir bata estéril e calçar luvas, de colocação de campos cirúrgicos, de movimentação do grupo cirúrgico, entre outros, e constituem um conjunto de barreiras á contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica (AESOP, 2006).

Neste sentido a assepsia significa a ausência de organismos infecciosos, e as suas práticas assépticas cirúrgicas assentam na premissa de que muitas infeções são originadas por organismos exógenos ao corpo do utente cirúrgico, e com isso para evitar a infeção os processos cirúrgicos devem ser efetuados de uma maneira que minimize ou elimine a exposição do utente aos organismos exógenos (Nicolette, 2008).

É nesta mesma linha de raciocínio que Spencer (1995) demonstra que o principal objetivo da assepsia cirúrgica é evitar o acesso de bactérias às feridas cirúrgicas. Para a obtenção desta, inicia-se com a esterilização dos instrumentos cirúrgicos, batas, luvas, suturas e pensos operatórios que podem entrar em contato com o campo operatório, e em seguida deve fazer-se a desinfecção da pele á volta do local da incisão com a aplicação de antissépticos.

De acordo com Harrison (1998) as infeções hospitalares seguem normas epidemiológicas básicas que podem ser empregadas para orientar as medidas de prevenção e controle. Neste sentido o comitê de controle das infeções do hospital, mediante seu programa de controle de infeções, deve determinar as medidas gerais e específicas utilizadas para controlar e prevenir as infeções, e deve analisar e sugerir antissépticos e desinfetantes específicos para o uso hospitalar, assim considerando a importância da infeção cruzada, a lavagem das mãos constitui a medida preventiva isolada mais essencial nos hospitais.

A importância da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde constitui uma grande responsabilidade no controlo e prevenção das infeções, e é nesta linha de pensamento que Nicolette (2008) declara que é da responsabilidade de todos os sujeitos e serviços que prestam cuidados de saúde promover a prevenção destas infeções, tencionando todos a trabalhar em cooperação, para minimizar o risco de infeção nos utentes e nos profissionais de saúde.

1.7 - Práticas de Controlo de Infeção para Pessoal da Sala de Operações

Para que haja boas práticas de controlo de infeção do pessoal da sala de operações há que se cumprir com todas as normas do serviço, respeitando-as e colocando-as em prática de forma correta para a prevenção da mesma, neste sentido segundo Boehnlein e Marek (2010), os profissionais que exercem a sua função na sala de operações são fonte importante de contaminação microbiana do ambiente, devido às grandes quantidades de bactérias existentes no sistema respiratório, na pele, no cabelo e na roupa, e para diminuir os riscos do pessoal da sala de operações servir de fonte de infeção para o utente é necessário que todas os profissionais usem roupa cirúrgica nas áreas semi-reservada e reservada da sala de operações.

Para manter uma boa prática de controlo de infeção para pessoal da sala de operações é a utilização da paramentação no centro cirúrgico, e para a equipa cirúrgica no intra-operatório deve ter em mente a importância do uso adequado da paramentação para proteger os utentes, e a si próprios das infeções, sendo assim Dias (2014) salienta algumas paramentações cirúrgicas como aventais, máscara, propés, gorro, luvas, etc.

Neste sentido Boehnlein e Marek (2010) salienta que a utilização da roupa cirúrgica protege o pessoal da exposição a microrganismos infecciosos e substâncias nocivas e a utilização da roupa cirúrgica na sala de operações inicia-se pela cabeça e terminando nos pés.

Assim, Garner (1997) refere que o primeiro paramento cirúrgico a ser usado é o gorro ou capuz cirúrgico, este deve estar limpo e ajustado á cabeça e tem que cobrir completamente toda a cabeça e superfície dos cabelos.

Em seguida para a segurança de todos usa-se os propés com o intuito de diminuir a quantidade de sujeira e bactérias por todos os percursos no centro cirúrgico. Também a máscara é usada para reduzir a dispersão de gotículas expelidas pela boca durante a comunicação, e também para proteger os profissionais contra partículas e organismos no ambiente cirúrgico, assim como as outras paramentações, cujas funções ajudam no controlo da infeção (Nicolette, 2008).

1.7.1 Higienização das Mãos

As mãos dos profissionais de saúde são reservatórios de microrganismos causadores de doenças e de infecções, sendo assim, a lavagem das mãos é um ato importantíssimo para a prevenção da mesma, devido a essa tal importância achou-se pertinente referir a higienização das mãos para a sua prática constante nos serviços de saúde como modo de prevenção e minimização da mesma.

A ANVISA (2007) vem definir a higienização das mãos como uma medida individual muito simples e menos dispendiosa para prevenir a disseminação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Ultimamente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência a este procedimento.

Uma das medidas preventivas no controlo da infeção é a lavagem das mãos, sendo uma técnica muito eficaz e muito simples que elimine uma grande quantidade de microrganismos das mãos, neste sentido Garner (1997 p. 72) contempla que:

“os objetivos da degermação da mão cirúrgica são remover a sujeira, a oleosidade da pele, os micróbios das mãos e dos antebraços, para reduzir para próximo de zero a quantidade de micróbios, tanto quanto possível, e deixar um resíduo antimicrobiano na pele para evitar o crescimento de micróbios por várias horas”.

Os profissionais de saúde estão constantemente em contato com os utentes, mesmo também com os objetos do local de trabalho, por isso, as mãos devem ser lavadas frequentemente para prevenir a transmissão da infeção, assim Nicolette (2008, p. 80) refere que “a pele é uma importante fonte de contaminação microbiana no ambiente cirúrgico, e a pele nunca fica totalmente estéril, mas pode ficar cirurgicamente limpa ao reduzir o número de microrganismos existentes”.

É nesta mesma linha de pensamento que ANVISA (2007) complementa a ideia que as mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a prestação dos cuidados aos utentes, pois a pele é um possível reservatório de vários microrganismos, que podem se deslocar de uma área para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto através do contato com objetos e superfícies infetados.

A melhor maneira de começar a prevenção das infeções são as práticas da higienização das mãos, que resulta para a melhoria da qualidade no atendimento e assistência do utente, e as vantagens destas condutas são inquestionáveis, desde a redução da

morbilidade e mortalidade dos utentes até a redução de custos relacionados ao tratamento dos quadros infecciosos (Silva, 2013).

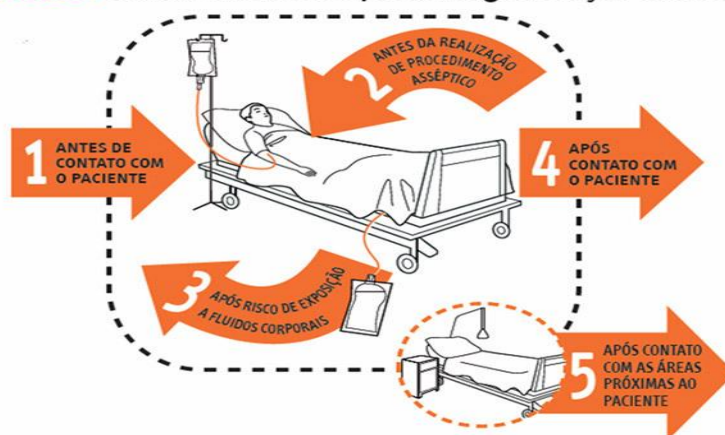
As instituições de saúde seguem normas para a lavagem das mãos e o que se consta é que muitos profissionais não lavam as mãos de forma correta e com abundante frequência, assim Bernard (2000, p. 7) contempla que “o nível de educação dos profissionais de saúde, ou a responsabilidade profissional, não parece ter qualquer efeito sobre a frequência ou eficiência com que se lavam as mãos”.

Assim, Silva (2013) vem reforçar a ideia de que muitas pesquisas vem sendo realizadas, sobre a lavagem das mãos para averiguar a adesão dos profissionais a estas condutas, as causas para uma baixa adesão, as estratégias de como aperfeiçoá-las, assim como as suas implicações na prevenção e controlo das infeções. Entretanto, o objetivo nos serviços de saúde é que se obtenha melhoria nos índices de aderência dos profissionais às normas mundiais e de higienizarem as mãos em todas as situações indicadas.

Segundo Gonçalves (2012) o modelo conceptual dos “cinco momentos” para a higiene das mãos, que estabelecem os pontos de exemplo para esta prática são:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos ou assépticos;
3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente do doente.

QUANDO? Seus 5 momentos para a higienização das mãos



Fonte: <https://www.google.cv/search?q=imagens+de+lavagem+de+mao&tbn>

É neste mesmo raciocínio que o Ministério de Saúde de Cabo Verde (1996) apresenta doze passos de como lavar as mãos corretamente, que se encontra em (anexo IV), que são:

- ✓ Molhe as mãos com água;
- ✓ Aplique o sabão suficiente para ensaboar as mãos;
- ✓ Esfregue as palmas uma na outra;
- ✓ Esfregue o dorso das mãos e o espaço entre os dedos;
- ✓ Esfregue o dorso dos dedos;
- ✓ Esfregue as unhas e as extremidades dos dedos;
- ✓ Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da mão direita, utilizando o movimento circular, e vice-versa;
- ✓ Esfregue os punhos;
- ✓ Enxagua as mãos com água;
- ✓ Seque as mãos com toalhete (toalha de papel);
- ✓ Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for manual e jogue-o no lixo após o uso;
- ✓ Agora as suas mãos estão limpas e seguras.

Portanto essa medida tão simples é fundamental para tal prevenção, visto que, é preciso ter cuidado para preservar o utente das bactérias existentes nas mãos do enfermeiro, o que é particularmente importante a quando daquele que tem uma deficiência imunitária (Elkin, Perry e Potter, 2005).

1.8 - Condições Ambientais no Local Cirúrgico

Na ótica desse trabalho não pode-se deixar de falar das condições ambientais, sendo assim, nos centros cirúrgicos as condições ambientais favorecem muito no controlo das infeções, somente os profissionais de saúde não se pode prevenir a infeção, a condição do ambiente também favorece muito para o controlo da mesma. Contudo é de salientar que as normas dentro do local cirúrgico devem ser respeitadas para que as práticas de enfermagem sejam bem executadas.

Segundo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2003) cit in Gonçalves (2012), “para o controlo ambiental nas unidades de saúde, embora se reconheça que as práticas dos profissionais são as principais responsáveis pela transmissão cruzada de infecção, a qualidade do ambiente hospitalar reduz o risco de desenvolvimento de infecção nos doentes e profissionais”.

O ambiente cirúrgico é um local suscetível de fácil aquisição de infeções, por isso Nicolette (2008, p. 93) vem destacar a importância da prática da realização dos padrões de cuidados dentro do ambiente cirúrgico, nesse sentido a autora refere que:

“ a contaminação na sala de cirurgia pode acontecer a partir de diversas fontes. O paciente, os profissionais de saúde e objetos inanimados são capazes, sem exceção, de introduzir o material potencialmente infeccioso no campo operatório. Foram estabelecidas técnicas para evitar parte da transmissão de microrganismos para dentro da área cirúrgica, como as roupas cirúrgicas apropriadas e os padrões de tráfego controlado no centro cirúrgico. Durante o procedimento cirúrgico, o tráfego dentro e através da sala deverá ser mantido o mínimo possível, a fim de reduzir a turbulência do ar e minimizar a disseminação humana. Todas as portas dentro e fora da sala de cirurgia deverão ser mantidas fechadas para diminuir a turbulência do ar e o potencial para a contaminação”.

É de salientar que a temperatura das salas de operações deve manter-se entre os 19°C e os 24°C, para uma humidade relativa de 50 a 55% (limite mínimo e máximo entre 40 a 60%). A fundamentação desses limites está relacionada com o crescimento de bactérias, visto que, quando a temperatura está mais próxima da temperatura corporal facilita o aparecimento da mesma e quando a temperatura está mais fria inibe o crescimento bacteriano. Ainda refere que a iluminação por luz artificial deve ser colocada no teto por cima da mesa de operações, e a luz deve ser branca ou fluorescente. As lâmpadas devem ser cobertas para não acumular pó (AESOP, 2006).

Ainda o mesmo autor refere que a filtração do ar no local cirúrgico é extremamente importante para a dispersão dos microrganismos onde salienta que “ o sistema deve incluir o controlo do ar ultra-filtrado que remove a maior parte das partículas (99,9% de eficácia) cm 0,3 a 0,5 mm (são as partículas que transportam bactérias) ” (AESOP, 2006, p. 28).

As salas de operações são lugares onde se devem manter a assepsia o melhor possível para que os microrganismos não se desenvolvem e acabam por provocar infeções, e com isso Boehnlein e Marek (2010) afirmam que a conceção da sala de operações e os materiais neles usados são escolhidos de modo a satisfazer as questões de controlo de infeção, segurança e controlo ambiental. O teto e as paredes são construídos de material não poroso, liso, resistente ao fogo, fácil de limpar com agentes antimicrobianos.

É na mesma linha de pensamento que Nicolette (2008, p. 57) afirma que “as paredes pintadas são menos desejáveis porque a tinta descasca e esfarela, principalmente nas áreas de humidade mais elevada, (...) Uma parede bem acabada e com cor leve pode ser preferida para reduzir o reflexo e o ofuscamento) ”.

Ainda Boehnlein e Marek (2010) declaram que as paredes com azulejos não são aconselháveis revesti-las, porque entre elas desenvolvem os microrganismos na argamassa porosa. A mesma ideia para os materiais usados no revestimento do chão, também tem as mesmas indicações que as paredes e os tetos. Ainda a mesma refere que as portas de correr são mais eficazes para prevenir a turbulência do ar na sala de operações.

As ações da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) devem estar planeadas para manter o controlo das infeções em todas as áreas do ambiente hospitalar, dando, porém, prioridade às áreas críticas. Assim de acordo Horr, Maria, Lorenzini et al (1998) os esforços da Comissão estarão voltados para:

- ✓ Elaboração controle e atualização de normas e rotinas referentes à limpeza e desinfeção dos ambientes, estabelecendo a frequência, tipo de desinfetante, dando ênfase especial às áreas críticas: centros cirúrgicos, obstétrico, berçário, sala de recuperação pós anestésica, unidade de terapia intensiva, pediatria, isolamento, serviço de nutrição e dietética;
- ✓ Programas de treinamento e atualização sobre limpeza e desinfeção de ambiente;
- ✓ Controlo das desinfeções concorrentes;
- ✓ Controlo das desinfeções terminais.

1.9 - Medidas Preventivas das Infeções no Local Cirúrgico

Por estarmos cientes da importância do controlo da infeção no local cirúrgico a AESOP (2006, p. 58) vem descrever algumas medidas preventivas:

- ✓ Desinfeção cirúrgica das mãos;
- ✓ Vestuário do bloco operatório;
- ✓ Uso de luvas no bloco operatório;

- ✓ Técnica asséptica cirúrgica;
- ✓ Desinfecção do campo operatório;
- ✓ Tratamento de instrumentos cirúrgicos;
- ✓ Desinfecção de materiais- Uso de desinfetantes no bloco operatório.

É neste sentido que Vranjac (2005, p.3) vem destacar três principais estratégias para reduzir e prevenir as ILC, que são:

- ✓ Diminuir o montante e o tipo de contaminação;
- ✓ Melhorar as condições da ferida;
- ✓ Melhorar as defesas do hospedeiro.

O Ministério de Saúde de Cabo Verde (1996) também descreve algumas precauções padrão no controle de infecção nos serviços que prestam cuidados de saúde, que se encontra em (anexo V), são precauções padrão para reduzir o risco de transmissão de doença no ambiente que são os seguintes:

- ✓ Lave as mãos, imediatamente, com água e sabão antes e depois de examinar os pacientes e após contato com sangue, fluidos corporais e outros objetos que tenha ou não utilizado luvas. São recomendadas sabão contendo desinfetante;
- ✓ Use luvas finas, limpas e ordinárias sempre que houver contato com sangue, fluidos corporais, membrana mucosa e aberturas na pele. Trocar as luvas entre tarefas ou procedimentos no mesmo paciente. Antes de mudar para outro paciente, retirar de imediato as luvas e lavar as mãos imediatamente e em seguida colocar novas luvas;
- ✓ Use uma máscara, óculos de proteção e uma bata durante a prestação de cuidados a um paciente sempre que haja risco de salpicos e de aerossóis. Retire o vestuário sujo, logo que possível e lave as mãos com água e sabão;
- ✓ Manipule com segurança agulhas e outros instrumentos cortantes;
- ✓ Nunca re-capsule as agulhas. Certifique-se de que os materiais contaminados não são reutilizados noutro paciente antes de serem lavados, desinfetados e esterilizados corretamente. Coloque as seringas e outros instrumentos cortantes utilizados, em recipientes resistentes e não sujeitos a perfurações;
- ✓ Limpe e desinfete sistematicamente superfícies que são tocados com frequência, incluindo camas, trilhos da cama, mesas de exame do paciente e mesinhas de cabeceira, etc;

- ✓ Lave e desinfete a roupa suja com segurança. Evite o contato direto com os materiais e outros objetos sujos com sangue e fluidos corporais;
- ✓ Coloque o paciente, cujo sangue e fluidos corporais podem contaminar superfícies ou outros pacientes numa sala de isolamento ou área;
- ✓ Reduza o uso de procedimentos invasivos para evitar uma potencial lesão e exposição acidental. Use medicamentos orais em vez de injetáveis sempre que possível.

1.10 - Enfermagem Perioperatória

Compreende-se que enfermagem perioperatória é um conjunto de conhecimentos, modos e aptidões aplicados pelos enfermeiros quando prestam os cuidados de enfermagem numa sala de operações. Algumas destas atividades de cuidar podemos descrever as que se relacionam com a segurança e a prevenção de infeção, o controlo da dor, entre outros, e com isso a enfermagem perioperatória é definida como:

“o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (AESOP, 2006, p. 7)

Os serviços do bloco operatório (BO) são unidades orgânicas e funcionais formadas por um conjunto integrado de meios físicos, humanos e técnicos com destino à realização de procedimentos cirúrgicos eletivas e de urgência, exames e outras ações invasivas que careçam de elevado nível e controlo de assepsia e/ou de anestesia para o utente a quem se destinam estes cuidados, com o objetivo de restabelecer ou conservar a sua saúde (Martins, 2014).

A enfermagem perioperatória inclui as fases pré-operatório, intra-operatório e pós-operatórias da prática cirúrgica do utente. Esta por sua vez resgata e elabora o histórico de enfermagem do utente e avalia aqueles cuidados em termos dos fins obtidos pelo utente, assim as funções da enfermeira perioperatória são de dependência, independência e interdependência (Ladden, 1997).

Ainda o mesmo autor refere que a enfermagem perioperatória é um processo profissional, proposital e dinâmico. Através de todo o processo de cuidado com o utente as enfermeiras perioperatórias, tem assumido responsabilidades no fornecimento de um ambiente assistencial seguro, eficiente para os utentes cirúrgicos, no qual a equipe cirúrgica pode atuar com delicadeza e eficiência para que o utente alcance resultados positivos (Ladden, 1997).

A enfermagem perioperatória é uma área complexa que exige muita dedicação e experiência dos enfermeiros nessa área, para pôr em prática as atividades nela desenvolvida e segundo Grittem (2007) vem reforçar a ideia de que o período perioperatório requer um profissional competente, tendo em vista a variedade de saberes fundamentais para sua atuação. A informação e o relacionamento interpessoal são essenciais, na fase pré-operatória e no trans-operatório, e é preciso aptidão com equipamentos e materiais envolvidos nos procedimentos anestésico/cirúrgicos e estar atenta para as intercorrências que coloquem em risco a vida do utente.

Ainda o mesmo autor evidencia que a fase pós-operatória, além de conhecimento sobre o aparato tecnológico, a observação de sinais vitais, controle da dor e o restabelecimento da consciência, também estão adicionados os incontáveis conhecimentos necessários para a manutenção dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, neurológico, etc. Ainda é preciso dominar conhecimentos particulares a cada intervenção cirúrgica que demanda assistência imediata e individualizada (Grittem, 2007).

É nesta mesma linha de pensamento que Martins (2014) salienta que os enfermeiros perioperatórios têm vindo a ser “especialistas” em cuidados de enfermagem específicos, tendo expandido o seu trabalho para promoverem a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, particularmente ao nível da satisfação do utente, na prevenção das infeções e complicações inerentes aos cuidados de saúde, no bem-estar e promoção do autocuidado e na organização dos cuidados de enfermagem.

1.11 - A Infeção do Local Cirúrgico no Contexto do Cuidado de Enfermagem

Não se pode falar do controle das infeções sem ter um método para cuidar da mesma, sendo o enfermeiro um profissional capacitado para prestar um cuidado mais livre

de riscos de infecções. Com isto, os agentes biológicos da saúde, foi-se integrando ao controle de infecção, incluindo nas estratégias de vigilância a observação da equipe de saúde, para se reconhecer os fatores e procedimentos de risco e a adoção de medidas preventivas adequadas de controle (Pereira, Sousa, Tipple e Prado, 2005).

As infecções no ambiente hospitalar nunca irão finalizar, mas sim, os profissionais de saúde irão aplicar e promover as técnicas de higiene e assepsia para minimizar o seu aumento e a sua multiplicação no ambiente, contudo Cardoso e Silva (2004) destaca que os riscos de IH estão presentes no ambiente hospitalar, e para obter um controle de infecções efetivo, possui uma necessidade da elaboração de conhecimentos específicos aos profissionais da área da saúde, incluindo o enfermeiro, para gerir este ambiente da melhor forma possível, já que estes riscos não podem ser totalmente eliminados.

Muitas vezes os profissionais encontram barreiras que os dificultam de promover uma bom controle de infecções, entretanto Pereira, Sousa, Tipple e Prado (2005), reforçam a ideia de que na prática, o que analisamos, é que os enfermeiros reconhecem esses desafios e sofrem o impacto resultante das dificuldades descobertas para o controle das infecções. Portanto, esses obstáculos não devem constituir-se em fatores impeditivos, mas sim, disparar a busca de caminhos alternativos que avancem na perspectiva do controle das infecções.

Ainda os mesmos autores enfatizam que a responsabilidade de prevenir e controlar a IH é individual e coletiva, e refere que sem a integração e implementação dos procedimentos corretos por quem efetua no utente, com a necessária integração com a equipe da CCIH, o problema da IH sempre será uma dificuldade na prestação de serviços à saúde (Pereira, Sousa, Tipple e Prado, 2005).

Sendo assim, o conhecimento dos profissionais da saúde é de grande valia sobre a importância de uma CCIH nas instituições, sendo indispensável que os elementos das equipes multidisciplinares percebam das responsabilidades desta comissão, pois estão ligados direta e indiretamente aos cuidados com o utente e tudo que o envolve, desde a qualidade do material escolhido até o mais complexo plano de cuidado traçado para o utente internado (Giarola, Baratieri, Costa et al. 2012).

Portanto, para um melhor cuidado de enfermagem ao utente deve-se criar estratégias, como uma formação, com maior destaque no tema IH, onde abrange constante capacitação/conscientização dos profissionais frente à prevenção e controle de infecções, além da ética que envolve a questão e cada categoria profissional, com a ciência de que todos

devem prezar pela vida do utente, executando ações com responsabilidade, livre de danos decorrente de negligência, imperícia e imprudência (Giarola, Baratieri, Costa et al. 2012).

1.12 - O Enfermeiro e o Controle da Infecção do Local Cirúrgico

Em qualquer setor os enfermeiros tem que ter um controle da infecção que está relacionado basicamente com os princípios de vigilância epidemiológica. Caso houver uma enfermeira no controle da infecção, esta controle a infecção, coordena e assume a responsabilidade direta de vigilância epidemiológica, através da investigação dos casos comprovados ou suspeitos de infecção hospitalar e das situações humanas, ambientais e técnicas que favorecem o surgimento de infecções hospitalares. Ela registra os casos e participa da coleta e análise dos dados juntamente com os outros membros da CCIH (Lacerda, 1989).

Nos cuidados de saúde, independente de ser prevenção, proteção ou tratamento e reabilitação, a pessoa deve ser visto como um todo, que não pode ser dividido para receber atendimento em partes. As infecções dependem de diversos fatores, e toda a problemática de como minimizar as infecções, interferir em situações de surtos e manter sob controlo as infecções dentro de uma organização, deve ser resultado de um trabalho de equipa para poder alcançar os objetivos pretendidos (Sousa e Prado, 2005).

Assim ressaltamos a importância da atuação do enfermeiro, pois entendemos que esse profissional tem papel crucial nesse controle, desenvolvendo atividades que contemplem as áreas de sua atuação, porque é o responsável pelo gerenciamento dessa unidade e deve garantir mecanismos que proporcionem os recursos materiais e humanos disponíveis (Oliveira, Rodrigues, Ribeiro e Santos, 2009).

Ainda conforme os mesmos autores enfatizam é da competência do enfermeiro fazer o planeamento, a organização, a direção e o controle das atividades desenvolvidas no centro cirúrgico, a fim de minimizar os riscos de ILC. A lavagem das mãos, paramentação dos profissionais, desinfecção de pisos e paredes, esterilização correta do material cirúrgico e restrição do número de pessoas que circulam nas salas de cirurgia, são medidas que devem ser adotadas para o controle de ILC. O enfermeiro, através da educação, transmita o conhecimento e informações á equipe e a outros profissionais da saúde, contribuindo, para a

minimização das infecções nosocomiais e suas consequências (Oliveira, Rodrigues, Ribeiro e Santos, 2009).

Os profissionais de saúde não devem limitar somente em manter a assepsia para prevenir as infecções durante um procedimento cirúrgico, mas sim, deverá promover atividades, fazendo educações para a saúde para o controle das infecções, neste sentido conforme Rocha e Lages (2016) o enfermeiro deverá desenvolver atividades de educação sanitária, visando a saúde individual como a coletiva.

Ainda os mesmos autores salientam que além da lavagem rigorosa das mãos, é necessário que os profissionais, ao receber os utentes devem ter em mente a remoção de objetos do uso pessoal (anéis, pulseiras, relógios), pois esses objetos são meios propícios para alojamento dos microrganismos que podem ser transmitidos de uma pessoa a outra, acarretando a infecções (Rocha e Lages, 2016).

1.13 - Contributos do Enfermeiro na Prevenção de Infecção no Local Cirúrgico

É dever dos profissionais de saúde incentivar a adoção de medidas de prevenção das ILC, que são uma consequência não intencional, mas real, porém pode ser evitadas ou diminuídas com a adoção de alguns procedimentos, neste sentido a Associação de Enfermeiros Perioperatório Registrados (AORN) (2014, p.1) dos Estados Unidos da América (EUA) listou onze dicas direcionadas às equipes multiprofissionais que atuam em centros cirúrgicos para diminuir as chances de complicações decorrentes de uma cirurgia, abaixo mencionadas:

- ✓ Lavar as mãos frequentemente com produtos a base de álcool e esfregue executando apropriada técnica cirúrgica;
- ✓ Realizar antisepsia da pele usando a técnica cirúrgica e antisséptico apropriado;
- ✓ Usar trajés lavados em lavanderia adequada;
- ✓ Minimizar o tráfego na sala de cirurgia;
- ✓ Sigam os protocolos de limpeza ambiental;
- ✓ Desenvolver estratégias de prevenção de ISC com os pacientes e suas famílias;
- ✓ Usar uma lista de verificação de segurança cirúrgica;
- ✓ Promover treinamentos junto à equipe para prevenir ISC;

- ✓ Minimizar o uso de esterilização a vapor de ciclo rápido, de uso imediato;
- ✓ Lavar os instrumentais minuciosamente antes da esterilização ou desinfecção. Fazer inspeção da limpeza com auxílio de lupa ou microscópio;
- ✓ Fale ou informe sempre que ocorrer uma quebra da técnica estéril e corrija o erro assim que possível.

É nesta mesma linha de pensamento que CDC (2017) salienta algumas atuações dos enfermeiros na prevenção de infecções são:

- ✓ Limpe suas as mãos e braços até os cotovelos com um agente anti-séptico antes da cirurgia;
- ✓ Limpe as mãos com água e sabão ou um à base de álcool esfregar antes e depois de cuidar de cada paciente;
- ✓ Se indicado, retire um pouco do seu cabelo imediatamente antes da cirurgia usando tosquiadeiras elétricas se o cabelo é na mesma área em que o procedimento irá ocorrer;
- ✓ Usar capas de cabelo especiais, máscaras, batas e luvas durante a cirurgia para manter a área limpa cirurgia;
- ✓ Quando indicado, dar-lhe antibióticos antes da cirurgia começa. Na maioria dos casos, você deve pegar antibióticos dentro de 60 minutos antes da cirurgia começar e os antibióticos deve ser interrompida dentro de 24 horas após a cirurgia;
- ✓ Limpe a pele no local da cirurgia com um sabonete especial que mata os germes.

1.14 - Diagnóstico de Enfermagem

Visto que a anamnese é um instrumento de enfermagem fundamental para o atendimento dos utentes, que permite ao enfermeiro recolher informações para estabelecer um diagnóstico de enfermagem, neste sentido Siva (2014, p. 10) contempla que “a partir da anamnese e do exame físico, o enfermeiro terá inúmeras informações, que lhe servirão de pistas para identificar os problemas de enfermagem e estabelecer os diagnósticos de enfermagem”.

E é nessa mesma linha de pensamento que Santos, Veiga e Andrade, (2011) alegam que a partir do instante que o enfermeiro é eficiente para definir diagnósticos de enfermagem,

estabelecer prescrições, avaliar a evolução do seu utente ele estará competente para, juntamente com a equipe multiprofissional, planejar a alta do seu utente.

De acordo com o trabalho achou-se pertinente utilizar um quadro que apresenta os possíveis diagnósticos de enfermagem segundo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) abaixo referidos.

Quadro 3- Diagnóstico de Enfermagem Segundo NANDA e as Intervenções Segundo NIC

Diagnóstico de Enfermagem Segundo NANDA	Intervenções de Enfermagem Segundo NIC
<p>Potencial para infeção</p> <p><u>Características definidoras</u>- imunidade adquirida inadequada, procedimentos invasivos, desnutrição, uso de agentes farmacológicos.</p> <p><u>Fatores relacionados</u>- condições do ambiente, condição clínica, virulência, extremos de idade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controle de doenças transmissíveis; ✓ Controle de infeção: intraoperatória; ✓ Banho; ✓ Controle do ambiente; ✓ Controle de infeção; ✓ Proteção controle de infeção; ✓ Supervisão da pele; ✓ Controlo de imunização/ vacinação; ✓ Cuidados com local da incisão.
<p>Potencial para temperatura corporal alterada</p> <p><u>Características definidoras</u>- desidratação, doenças ou traumas que afetam a regulação da temperatura.</p> <p><u>Fatores relacionados</u>- infeção, inflamação, extremos de idade, tratamento cirúrgico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulação da temperatura; ✓ Regulação da temperatura: intraoperatória; ✓ Controle do ambiente; ✓ Monitorização dos sinais vitais; ✓ Controle de líquidos.
<p>Proteção alterada</p> <p><u>Características definidoras</u>- imunidade insuficiente, cicatrização prejudicada, calafrios, prurido, fadiga.</p> <p><u>Fatores relacionados</u>- extremos de idade, nutrição inadequada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proteção contra infeção; ✓ Precauções cirúrgicas; ✓ Controle de infeção; ✓ Aconselhamento nutricional; ✓ Controle de prurido.
<p>Déficit no autocuidado</p> <p><u>Características definidoras</u>- inabilidade para lavar o corpo ou parte do corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção de exercício; ✓ Assistência no autocuidado; ✓ Supervisão: segurança; ✓ Melhora da imagem corporal.

<p><u>Fatores relacionados</u>- intolerância a atividade física, força e resistência diminuída.</p>	
<p>Integridade da pele prejudicada</p> <p><u>Caraterísticas definidoras</u>- destruição das camadas da pele e invasão de estruturas do corpo.</p> <p><u>Fatores relacionados</u>- externos (ambientais), tais como: substância química, fatores mecânicos (contenção e adesivo que puxa os pêlos), e internos (somático), tais como: medicamentos de uso interno que pode causar reações adversas na pele (por ex.: urticária), alteração no estado nutricional (obesidade e emagrecimento), prominência óssea, déficit imunológico, alteração no turgor e na elasticidade da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controle de medicamentos; ✓ Controle de pressão sobre as áreas do corpo; ✓ Cuidado com a pele: Tratamentos tópicos; ✓ Banho; ✓ Cuidados com local de incisão; ✓ Supervisão; ✓ Cuidados com lesões; ✓ Proteção contra infecção; ✓ Controle da nutrição;

Fonte: Elaboração própria

1.15- Teórica de Enfermagem- Florence Nightingale

De acordo com o trabalho científico não poderia deixar de mencionar uma teoria de enfermagem, e Nightingale assemelha com a temática em estudo, ela veio ser a fundadora da enfermagem moderna. Na sua teoria ela salienta o meio ambiente onde dá muita importância na prevenção de infecções, promovendo a higienização do local e do utente para minimização das infecções nosocomiais.

Sendo o ambiente um meio de transmissão de infecção que requer muita atenção, cuidados, higiene para poder proporcionar uma boa assistência ao utente durante a sua recuperação, por isso, nas obras Nightingale, vem defender constantemente o ambiente como um fator importantíssimo para a cura dos utentes.

Florence Nightingale matriarca da enfermagem moderna, foi estagiar em Kaiserwoth na Alemanha onde permaneceu lá durante três meses e no fim os professores declaram ela enfermeira, e logo depois do seu regresso á Inglaterra começou a inspecionar instalações hospitalares, reformatórios e instituições de caridade, e depois de dois anos de estágio concluído tornou-se superintendente do hospital Invalid Gentlewomen em Londres. Depois veio surgir a guerra da Crimeia onde recebeu um pedido Sidney Herbert para ir treinar as enfermeiras para cuidarem dos soldados feridos (Pfetscher, 2004).

Durante a guerra na Criméia, Florence enfocou o cuidado ao utente cirúrgico e se preocupou com a prevenção de infecções, delegando inclusive responsabilidades de prevenção à enfermagem (Carraro, 1994).

A sua teoria dos cinco componentes essenciais da saúde ambiental (ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz) são tão essenciais atualmente como eram a 150 anos. Durante as escritas de Nightingale ela nunca usou especificamente a palavra “ambiente”, ela elucidou e descreveu de fato os conceitos de ventilação, calor, luz, dieta, limpeza e barulho que são elementos do ambiente (Pfetscher, 2004).

E é na mesma linha de pensamento que Andrade, Saraiva e Oliveira (2011) descreve os seguintes componentes do ambiente:

- ✓ Ventilação- provisão de ar fresco, sem correntes de ar. Florence dizia que “conservar o ar que o utente respira tão puro quanto o ar exterior, sem deixá-lo sentir frio é o primeiro e último princípio sobre o qual a atenção da enfermeira deve fixar-se sem que o todo o restante que possa fazer por ele não terá nenhum valor...”;
- ✓ Iluminação- os utentes tem, depois do ar puro, a necessidade de iluminação, e não apenas a claridade que desejam também necessitam da luz solar direta;
- ✓ Calor- a enfermeira deve observar atentamente o utente a fim de evitar que ele se esfrie, prevenindo a perda de calor vital, essencial á recuperação;
- ✓ Limpeza- refere-se ao ambiente, pois, um quarto sujo é fonte certa de infecções, ao utente, de quem a higiene cuidadosa remove bactérias nocivas do sistema. Além de proporcionar alívio e conforto, á enfermeira, que deve estar sempre limpa e deve ter o cuidado de lavar as mãos frequentemente durante o dia;
- ✓ Ruídos- elemento ambiental para o qual a enfermeira deve estar atenta e qualquer sacrifício é válido para assegurar o silêncio, pois nem um bom arejamento, nem uma boa assistência serão benéficos para o utente, sem o necessário silêncio;
- ✓ Alimentação- essencial ao processo de cura deve ser minuciosamente observada pela enfermeira.

Sendo assim Nightingale sempre demonstrou uma grande preocupação com o meio ambiente, onde recomendava rigorosos cuidados com o ambiente externo, assim segundo Bock, Costa, Padilha e Moreira (2009) posteriormente as teoristas de enfermagem entenderam como a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale é abordado no cuidado de enfermagem ao ser humano em sua inter-relação essencial com o meio ambiente. O controle

do ambiente surge como o conceito principal nos escritos de Miss Nightingale, atentando as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de anteceder, eliminar ou contribuir para a saúde, doença e morte.

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICO

2 - Fundamentação Metodológica

Este capítulo tem por finalidade apresentar a metodologia da investigação, as perguntas metodológicas bem como a exposição de todo o percurso metodológico que é utilizado no decorrer do trabalho, tem como finalidade a perceção dos conhecimentos dos enfermeiros sobre os Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Infeções no Serviço do Bloco Operatório do Hospital Baptista de Sousa, de modo a encontrar respostas e alcançar os objetivos propostos.

A elaboração desse trabalho foi dividida em duas fases que decorreram entre Outubro de 2016 e Julho de 2017, onde na primeira fase foi escolhido o tema do trabalho, formulação dos objetivos geral e específicos, a justificativa e problemática do respetivo trabalho, e por fim foi elaborado o cronograma com as fases do trabalho nela estabelecida para a realização do trabalho de conclusão de curso (TCC).

Na segunda fase do trabalho deu-se a conclusão da fundamentação teórica iniciada no projeto do trabalho, onde a revisão de literatura foi muito importante para que se pudesse determinar o nível de saberes atuais ligados á problemática levantada por esta investigação.

Sendo assim, foi realizado uma pesquisa bibliográfica nas bibliotecas de São Vicente particularmente a da Universidade do Mindelo, onde foram consultados livros, artigos e revistas científicas em base de dados de internet como (Scielo Scientific Electronic Library Online) e dissertações que formaram apoios á investigação e proporcionaram expor pareceres considerados importantes ao tema na perspetiva de diversos autores.

2.2. Tipo de Estudo

O tipo de estudo vai de encontro com a finalidade da investigação, de modo a caracterizar os cuidados de enfermagem na prevenção de infeções aos utentes, em São Vicente no Hospital Baptista de Sousa (HBS), enfatizando a importância de promover e de transmitir os cuidados de enfermagem utilizando sempre o princípio da assepsia em todos e quaisquer procedimentos, neste sentido, de acordo com as características do trabalho,

considerou-se pertinente aplicar uma metodologia qualitativa, descritiva, exploratória e fenomenológica.

Sendo assim, achou-se pertinente a escolha do método qualitativo e não quantitativo, porque irá produzir a percepção dos enfermeiros, as práticas, as técnicas, entre outros, que nelas estão abrangidas, visto que, o estudo qualitativo tem como finalidade saber, entender e distinguir a interpretação que os enfermeiros atribuem aos cuidados de prevenção de infecções, do ponto de vista individual. Portanto, as informações foram colhidas por meio de entrevistas, por se tratar do método que mais adequa para o tipo de estudo, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas com a mais originalidade possível.

Este método possibilita ao investigador aprender mais profundo um dado fenómeno em estudo, e este fenómeno permitiu estudá-lo mais amplamente no enquadramento teórico, onde se fez ligações com diversos autores com pensamentos e percepções diferentes, com o propósito de produzir uma nova realidade.

É um estudo descritivo porque analisa, registra e interpreta os casos ou fenómenos de acordo com a percepção dos entrevistados, neste caso, descrever os cuidados de enfermagem na prevenção de infecções no serviço. Trata-se de um estudo exploratória, porque propõem-se a descoberta dos fenómenos ou a explicação dos mesmos, e por ser um estudo pouco realizado e explorado em Cabo Verde e de pouco conhecimento da nossa realidade.

É também um estudo fenomenológico porque visa recolher e examinar os conhecimentos dos enfermeiros do HBS acerca da temática em investigação, colhendo informações sobre conhecimentos que os entrevistados têm sobre o estudo em análise, bem de forma a conhecer como estes vivenciam e experimentam este fenómeno.

2.3 - Instrumento de Colheita de Informações

Tendo em conta o tipo de estudo acima referido, entendeu-se que o método de recolha de informações que mais se adapta a este estudo de forma alcançar os objetivos estipulados é a entrevista semi-estruturada, onde foi elaborado perguntas básicas sobre o tema em pesquisa. Essas informações foram adquiridas através de um guião de entrevista

aos enfermeiros a fim de conhecer melhor sobre os cuidados prestados na prevenção de infecções.

A elaboração do guião de entrevista (apêndice II) foi destinada a sete enfermeiros do bloco operatório do HBS. Foi feito um pré-teste a alguns enfermeiros e estagiários de enfermagem com o propósito de averiguar se a linguagem utilizada foi a mais adequada. Sendo assim, a recolha de informações teve início no dia 6 de Maio de 2017 a 30 de Maio de 2017.

Antes da participação dos entrevistados foi procedido de uma explicação sobre a pesquisa e seus objetivos, seguido da assinatura de um termo de consentimento informado (apêndice III). Algumas entrevistas foram realizadas de acordo com a escala dos enfermeiros, enquanto outros, foram realizadas em suas casas considerando suas disponibilidades, tempo e horários. E durante as entrevistas realizadas houve privacidade, tranquilidade e comodidade dos mesmos, com uma duração máxima de quinze a vinte minutos para que cada entrevistado pudesse responder com a máxima clareza.

É de frisar ainda que os entrevistados responderam as questões em Português, sendo a língua oficial do país, para se expressarem às perguntas concebidas.

2.4. População Alvo

A população alvo para o estudo são os enfermeiros do serviço do Bloco Operatório do HBS em São Vicente. A população acessível são de sete enfermeiros desse serviço de ambos os sexos feminino e masculino de nacionalidade cabo-verdiana. São os escolhidos para a recolha de informações para a pesquisa, visto que, são os enfermeiros que estão em contacto com os utentes e que prestam os cuidados de enfermagem de acordo com as suas necessidades. E para a seleção dos participantes foi empregue os critérios de inclusão e de exclusão.

Neste sentido os critérios de inclusão para a escolha dos participantes foram:

- ✓ Enfermeiros com licenciatura em enfermagem;
- ✓ Enfermeiros com três anos de trabalho no mínimo no serviço do bloco operatório;
- ✓ Aceitação da participação no estudo por livre e espontânea vontade.

2.5. Descrição do Campo Empírico

2.5.1. Descrição do serviço do Bloco Operatório- Estrutura física

O serviço do Bloco Operatório encontra-se situado na ala nova do HBS, no primeiro piso frente á enfermaria de ortopedia, por cima dos quartos particulares e farmácia, trabalhando diariamente, vinte e quatro horas por dia, das oito às quinze para as intervenções cirúrgicas eletivas e das quinze às oito com as intervenções cirúrgicas de urgência.

Este serviço está dividido em três partes que são: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. No pré-operatório logo na entrada encontra-se a recepção para admissão dos utentes, ao longo do corredor encontra-se a área de serviço, que é o espaço para sujos, onde os auxiliares de serviços gerais fazem a descontaminação e lavagem dos materiais. Logo ao fundo tem duas casas de banho para os utentes. Ainda encontra-se um pré-operatório feminino e masculino e mais a frente encontra-se dois vestiários com casa de banho para as mulheres e para homens.

Á esquerda encontra-se um gabinete para os anestesistas, um vestuário para os auxiliares de serviços gerais e uma sala de estar. Depois segue o pós-operatório com cinco camas para os utentes de ambos os sexos e uma sala de enfermagem. Ao fim do corredor encontra-se uma arrecadação, duas casas de banho para os profissionais de saúde e uma arrecadação de roupas limpas.

Por fim, no intra-operatório encontra-se um corredor que dá acesso às salas um e dois e outro corredor que dá acesso á sala três e às outras salas mencionadas. Nesse corredor encontra-se o gabinete de direção do serviço, arrecadação, copa e arrecadação de material estéril. Destaca-se ainda que as três salas de intervenções cirúrgicas estão equipadas de modo igual com os seguintes equipamentos: fixos e móveis.

- ✓ Fixos- foco de luz, sistema de ar e gases.
- ✓ Móveis- carro de anestesia, monitores, suportes, bisturi elétrico, mesa cirúrgica e os seus respetivos acessórios, mesas auxiliares para colocação de instrumentos cirúrgicos, aspiradores de secreções, cadeiras, balde, escada de dois degraus, carro para material de consumo e monitor de forma a garantir a funcionalidade, monitorização dos utentes e a segurança dos mesmos e das equipas de saúde.

2.5.2. Equipas de serviço

Neste serviço trabalham atualmente dezanove enfermeiros de turno, uma enfermeira chefe e uma sub-chefe, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo, seis anestesistas entre eles uma é diretora do serviço e seis auxiliares de serviços gerais. Em relação aos cirurgiões de acordo com as suas especialidades e patologia dos utentes se dirigem ao serviço para a intervenção cirúrgica e de acordo com as intervenções cirúrgicas realizadas no HBS encontra-se as seguintes cirurgias:

- ✓ Cirurgia Geral;
- ✓ Cirurgia Plástica;
- ✓ Ginecologia/Obstetrícia;
- ✓ Maxilofacial/Estomatologia;
- ✓ Oftalmologia;
- ✓ Orto-traumatologia;
- ✓ Otorrinolaringologia;
- ✓ Urologia.

É de ressaltar ainda, que há alguns profissionais de saúde não fixo referente ao serviço de acordo com as especialidades cirúrgicas são considerados como pessoal rotativo que exercem as suas funções, tanto no bloco operatório como nas enfermarias, nas consultas de especialidades, no banco de urgência e unidade de cuidados especiais.

No que tange às cirurgias eletivas, é aquela em que se planeia a data para a realização das cirurgias, o bloco operatório funciona das oito às quinze horas, de segunda a sexta-feira com os referidos planos de cirurgia de acordo com cada especialidade. Esses planos devem ser encaminhados ao bloco operatório até ao meio dia na véspera da cirurgia. Em relação às cirurgias de urgências o serviço está disponível durante vinte e quatro horas por dia e a entrada no bloco é definida pela gravidade do estado do utente.

2.6. Procedimentos Éticos

Na elaboração de qualquer investigação que envolva pessoas não se pode deixar de lado os aspetos éticos e morais relacionados com o investigador e o investigado. Pois para a

realização da mesma procurou-se cumprir com todos os requisitos éticos necessários para a elaboração da mesma.

Para a elaboração da pesquisa elaborou-se um requerimento (apêndice 4) dirigida á diretora do HBS assinada pela coordenação do curso de enfermagem comprovando que somos estudantes da Universidade do Mindelo para solicitação dos dados estatísticos hospitalares, explicando a pertinência do estudo e a relevância da sua colaboração, de modo a poder realizar o estudo.

Para a aquisição dos dados foi-lhes fornecido um consentimento informado solicitando a autorização da mesma para a realização da entrevista, explicando que as suas participações seriam voluntárias, podendo recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento da entrevista. Sendo assim, o guião de entrevista foi entregue com antecedência aos participantes para analisá-lo e decidir se optassem por participar da entrevista ou não.

As informações recolhidas só serão úteis a fim da pesquisa, promovendo o sigilo, a confidencialidade de forma a conservar a identidade de cada participante, onde cada participante foi-lhe atribuído um nome fictício de (F1, F2, F3, F4, F5, F6 e F7).

CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA

3 - Apresentação e Interpretação dos Resultados

Esta fase tem por finalidade analisar e interpretar as informações obtidas, ostentados os resultados obtidos através do guião de entrevista e de acordo com os objetivos do trabalho de pesquisa pode-se concluir que todo o plano de investigação foi colocado em prática, onde as informações colhidas vão ser analisadas e discutidas para interpretação dos mesmos, e de acordo com a metodologia utilizada foi iniciada a transcrição das entrevistas e respetiva análise do conteúdo.

A análise e interpretação dos resultados vai ser efetuada de acordo com análise de conteúdo da autora Bardin (2009). A análise de conteúdo foi utilizada por ser, segundo Bardin (2009, p. 72), aplicável a qualquer comunicação, definindo-a como

“ um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Nesta fase de investigação, a finalidade é certificar-se do cumprimento dos objetivos, verificar se as informações recolhidas correspondem aos objetivos anteriormente formuladas.

3.1 - Identificação e Caraterização da População Alvo

De acordo com a caraterização e identificação dos participantes pode-se conhecer algumas informações pessoais dos entrevistados que incluem: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, tempo de atividade profissional e tempo de atividade profissional no serviço do bloco operatório.

Foi codificado para cada entrevista uma letra F e em número sequencial de um a sete, o que significa que, F1 se refere a entrevista do primeiro enfermeiro a ser entrevistado, garantido assim o seu anonimato.

Quadro 4 - Caracterização dos enfermeiros

Número das entrevistas	Sexo	Idade	Habilitações literárias	Tempo de atividade profissional	Tempo de atividade profissional no serviço do bloco operatório
F1	F	55	Licenciada	16	6
F2	F	52	Licenciada	30	16
F3	F	44	Licenciada	22	16
F4	F	55	Licenciada	28	20
F5	F	59	Licenciada	37	20
F6	F	49	Licenciada	30	19
F7	M	50	Licenciado	25	7

Fonte: Elaboração própria

De acordo com o quadro acima referido observa-se que seis dos sete enfermeiros entrevistados são do sexo feminino e um do sexo masculino, e a faixa etária varia entre quarenta e nove anos a cinquenta e nove anos.

O que corresponde às habilitações literárias é de evidenciar que todos enfermeiros que compõem a amostra são licenciados. No que se refere ao tempo de atividade profissional, este varia entre dezasseis anos a trinta e sete anos, e no que tange aos anos de serviço no bloco operatório dos enfermeiros entrevistados, estes variam entre seis anos a vinte anos de serviço.

3.2 - Apresentação dos Resultados

Foram entrevistados sete enfermeiros com o intuito de obter informações ligadas ao tema em estudo, que são os “cuidados de enfermagem na prevenção de infeções no serviço do bloco operatório do HBS”, através do guião de entrevista sobre a importância da mesma.

Após a recolha das informações segue-se a apresentação e análise dos resultados alcançados, onde é necessário o tratamento dos mesmos e de acordo com a metodologia utilizada achou-se pertinente agrupá-las em quatro categorias, onde a terceira categoria foi dividida em duas subcategorias, encontradas no quadro abaixo e que tem por finalidade autenticar a interpretação dos dados e maior entendimento dos mesmos.

Quadro 5- Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Categoria I- Percepção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório sobre a infecção hospitalar	
Categoria II- Conduas de enfermagem realizadas para prevenir uma infecção	
Categoria III- Aspectos sobre o serviço do bloco operatório	- Existências dos recursos no serviço de modo a prevenir infecções; - Importância de respeitar as regras básicas de assepsia.
Categoria IV- Contributos dos enfermeiros na prevenção de infecção hospitalar	

Fonte: Elaboração própria

3.3 - Análise e Interpretação das Categorias

Categoria I- Percepção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório sobre infecção hospitalar

Relativamente a esta categoria pretende-se conhecer a opinião dos enfermeiros no que tange a infecção hospitalar. Considerou-se ser relevante conhecer a percepção dos enfermeiros, visto que, tem influência diretamente na atuação por parte dos enfermeiros, aquando da prestação dos cuidados de enfermagem na prevenção de infecções aos utentes. Sendo assim, passa-se a transcrição

F1- “É uma infecção adquirida dentro do hospital que pode ser manifestada durante o internamento ou após a alta”.

F2- “É uma infecção adquirida manifestada por um paciente no meio hospitalar ou após a alta”.

F3- “A infecção hospitalar é quando um utente adquire essa infecção durante o internamento, ou mesmo durante um cuidado prestado ou depois a alta”.

F4- “Quando um utente adquire a infecção durante o internamento ou após a alta”.

F5- “É adquirida quando um paciente dá entrada no hospital e durante a internação pode-se desenvolver a infecção ou mesmo após a alta”.

F6- “É quando uma pessoa internada com certa patologia adquire uma infeção ou mesmo após a alta”.

F7- “É considerada todo e qualquer processo infeccioso que ocorre no doente após pelo menos 72 horas do seu internamento”.

Pode-se constatar que os enfermeiros responderam de forma semelhante sobre a infeção hospitalar, onde a maioria dos entrevistados deram respostas idênticas e estas respostas vão de encontro com a literatura, salienta-se ainda que apenas um dos entrevistados acrescentou que a infeção hospitalar pode ser manifestada após 72 horas. É de realçar que na perceção dos enfermeiros a infeção hospitalar é um problema a nível mundial, e a maneira de ajudar a controlar ou minimizar este problema é cumprindo com as medidas preventivas para que o impacto dessa causa seja eliminada.

É necessário que todos os profissionais de saúde tenham em mente o impacto que as infeções podem causar num utente, portanto, a atuação de cada profissional de saúde nas intervenções realizadas é fundamental para preveni-las, porque uma vez desencadeadas estas infeções o utente que a contraiu é o maior prejudicado.

Convém salientar que as infeções hospitalares vem acompanhadas de alguns fatores que proporcionam o tal aparecimento, e com isso, achou-se pertinente saber a opinião dos enfermeiros sobre os principais fatores que levam a infeção hospitalar, referidas nas transcrições abaixo indicadas.

F1- “A fragilidade do paciente, a infeção cruzada, ou seja, quando entra em contato com um paciente com uma certa patologia se não fizer a higienização das mãos pode transmitir a infeção a outro paciente perante o seu procedimento”.

F2- “Principalmente através da lavagem das mãos, porque muitas vezes não tem condições para a praticar. Também a lavagem das mãos não é só da enfermagem é de todo o profissional de saúde, desde os porteiros até aos médicos”.

F3- “Meio ambiente (se não houver uma limpeza adequada pode originar microrganismos), materiais (os materiais que não são esterilizados de forma correta), do próprio paciente como idosos, por exemplo (má nutrição, doenças crónicas), e também da equipa de enfermagem, médico e os auxiliares que atende os utentes e da estrutura física onde há um único circuito para limpo e sujo”.

F4- “O não cuidado com a assepsia, a pouca lavagem das mãos e de forma incorreta”.

F5- “Os fatores que podem causar uma infeção são a higienização pessoal, o estado nutricional, circuitos do bloco, as mãos, o ambiente, visto que, não há uma renovação do ar, mas sim refrigeração que é um ponto fraco dentro do serviço e também as cirurgias longas”.

F6- “Sistema imunológico, idade (idosos ou recém-nascidos), doenças crónicas (diabetes) e imunocumprometidos (HIV) ”.

F7- “A não lavagem das mãos antes de cada atuação em cada paciente e os materiais que não são esterilizados devidamente corretos”.

Nesta categoria pode-se verificar que os entrevistados **F1, F2, F3, F4, F5 e F7** referiram que um dos principais fatores que levam a infeção hospitalar é a não lavagem das ou mesmo a forma incorreta de como as mãos são lavadas, visto que as mãos são fontes de microrganismos que permanecem armazenados nas mãos. Os entrevistados **F1, F3, F5, e F6** mencionaram também que um dos principais fatores que leva a infeção é o sistema imunológico do próprio utente, porque muitas vezes o estado de saúde do próprio utente faculta a possibilidade de ocorrer uma infeção. É de salientar também que apenas os entrevistados **F3 e F5** referiram o ambiente hospitalar, como um fator que leva a infeção.

Normalmente quando um utente é submetido a uma intervenção cirúrgica o seu sistema imunológico apresenta-se mais vulnerável, por isso, os cuidados durante a intervenção devem ser assépticos.

É de realçar que os fatores intrínsecos e extrínsecos podem desencadear uma infeção, visto que, a condição física e psicológica do utente vai influenciar na sua recuperação, como por exemplo idade, doenças crónicas, entre outros. O meio ambiente hospitalar, a dimensão da cirurgia e a duração da mesma aumenta a probabilidade de originar uma infeção.

Na pesquisa feita foi importante saber se existe algumas intervenções de enfermagem específicas para prevenir uma infeção hospitalar, porque é importante saber se para além das intervenções básicas, existe algumas outras intervenções que tem as suas próprias exclusividades para a prevenção da mesma.

F1 e F7- “ É fazendo a lavagem das mãos de forma rigorosa e a utilização de equipamentos de proteção individual”.

F2, F3, F4 e F6- “Não existe uma intervenção específica, porque os cuidados são os mesmos”.

F5- “Sim existe, que são a higiene corporal e o cuidado com penso se tiver”.

Da análise dos resultados observa-se que para a maioria dos entrevistados não existe uma intervenção específica na prevenção de infeção, visto que, aplica-se a todos os utentes o mesmo cuidado promovendo sempre na prevenção de infeção. Apenas dois dos entrevistados mencionaram que a intervenção específica para prevenir a infeção é a lavagem das mãos e a utilização dos equipamentos de proteção individual, e apenas um dos entrevistados referiu que a intervenção específica é a higiene corporal do utente e o cuidado com o penso do utente, caso tiver.

Quando se transmite os cuidados de enfermagem aos utentes estes devem ser iguais para todos, normalmente surgem casos que necessitem de uma maior atenção, mas deve-se proporcionar esses cuidados da mesma forma para que as infeções sejam controladas e os enfermeiros devem atuar sempre promovendo todos os cuidados necessários de acordo com cada utente.

Categoria II - Conduas de enfermagem realizadas para prevenir a infeção hospitalar

No que tange a essa categoria achou-se importante elaborá-la, com o fim de conhecer as intervenções de enfermagem executadas no dia-a-dia para a prevenção de infeção hospitalar, uma vez que, de acordo com as intervenções realizadas assim se caracteriza as suas funções desempenhadas durante o dia.

Sendo assim, é fundamental que os enfermeiros saibam que de acordo com os seus procedimentos e atuações perante o utente assim serão transmitidos os cuidados, porque por mais que executa as suas tarefas de forma correta sempre devem basear na precaução, visto que, a infeção hospitalar acarreta complicações para o utente e obstáculos para o serviço. Portanto, segue-se a transcrição dos entrevistados em relação a como procedem para prevenir a infeção hospitalar no dia-a-dia do seu trabalho.

F1, F2, F3, F4, F6 e F7- “A lavagem das mãos antes e depois de entrar em contato com um paciente”.

F3, F4 e F5- “Cuidados a ter com a assepsia é muito importante e seguir as normas do serviço”.

F2 e F6- ” Através da utilização dos equipamentos de proteção individual (batas, luvas, máscaras, gorros, sapatos apropriados, etc.).

De acordo com os entrevistados, dos sete apenas um não mencionou a lavagem das mãos, sendo um meio de prevenção de infeção no dia-a-dia do seu trabalho, três mencionaram que a assepsia é fundamental para a mesma e que devem ser respeitadas e colocadas em prática as normas do serviço e somente dois dos entrevistados enfatizaram a utilização dos equipamentos de proteção individual na prevenção de infeção durante o seu trabalho.

Nota-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros são os maiores contribuintes para a prevenção das infeções durante a execução dos seus trabalhos e os enfermeiros devem ter um conhecimento minucioso a cerca das infeções, principalmente em serviços que necessitem de cuidados invasivos com o utente para o tratamento da mesma.

Portanto, os profissionais de saúde tem que ter como base a prevenção de infeções durante os cuidados prestados, construindo e aprimorando os conhecimentos de prevenção no ambiente, uma vez que, estas infeções não podem ser totalmente eliminados, mas pode controla-las e minimiza-las.

Neste sentido, para além de mencionar as precauções para evitar uma infeção hospitalar achou-se essencial referir quais os cuidados a ter face a um utente com uma ferida cirúrgica infetada quando dá entrada no bloco operatório, sendo assim passa-se às seguintes transcrições.

F1- “Os cuidados são iguais para um paciente com ou não uma ferida cirúrgica infetada”.

F2- “Quando há um paciente com uma ferida cirúrgica numa sala coloque-se lixivia na porta de forma que os enfermeiros que estão lá permanecem lá e quando sair vão diretamente tomar banho, porque se circularem no bloco podem transmitir a infeção no local de trabalho”.

F3- “Devemos ter os cuidados em nos proteger e proteger os pacientes usando os equipamentos de proteção individual. Tentamos manter a paciente isolada dentro da sala de operação com técnicas de panos de lixivia na porta para não passar para as outras salas e evitar que os enfermeiros que estão nessa sala saem”.

F4- “O procedimento deve ser igual, mas só tem que ter cuidado para não transmitir para as outras pessoas, uma vez colocava-se pano de lixívia no chão e fechava-se a sala de um dia para outro, mas agora não é preciso colocar pano de lixívia no chão, mas sim dar uma boa limpeza na sala e manter os cuidados de prevenção de infecção”.

F5- “Se não for uma urgência deixamos o paciente para o fim para tentar evitar que os utentes que vem depois tem uma infecção. Fazer uma limpeza com os produtos utilizados no hospital, isolar o paciente, usar panos de lixívia nas portas não deixar que os enfermeiros circulem fora desta sala”.

F6- “Proteger a ferida antes de entrar no bloco para a intervenção cirúrgica e manter o paciente isolado dos outros”.

F7- “Isolar o paciente para evitar o alastramento do foco infeccioso, nesse caso uma entrada direta para a sala que se pretende utilizar. Utilizar panos de lixívia nas portas e depois de a cirurgia evitar longos percursos no bloco e ir á enfermaria que o acolherá”.

Para a maioria dos entrevistados quando se tem um utente com uma ferida cirúrgica infetada deve isolar o utente e utilizar técnicas de panos de lixívia nas portas, e os enfermeiros que estão nessa sala não devem circular para as outras salas para não disseminar a infecção no bloco, mas sim, estes devem permanecer na sala e quando a cirurgia terminar devem fazer a higienização corporal como modo de prevenção. É de realçar que o isolamento do utente é no sentido de prevenir que os outros utentes corre o risco de desenvolver uma infecção e mesmo também para que o próprio local não fica vulnerável para o surgimento de uma infecção.

E dos entrevistados apenas dois não referiram a utilização do uso de pano de lixívia. E apenas um salientou que independentemente de ser uma ferida cirúrgica infetada ou não os cuidados devem ser iguais a todos os utentes. Ainda de todos os entrevistados apenas um contradiziu o uso de panos lixívia, onde referiu que antigamente utilizavam esta técnica, mas agora já não a utiliza, porque é necessário apenas uma boa limpeza na sala.

O bloco operatório é um serviço que exige muito cuidado e muita assepsia, visto que, é um serviço onde se emprega cuidados invasivos com os utentes, por isso os enfermeiros tem uma grande responsabilidade no controle e na prevenção da infecção no serviço, sendo assim, quando se tem um caso infeccioso que precisa de cuidados, os enfermeiros tem que ter a responsabilidade de saber que os cuidados devem ser reforçados,

para que não haja difusão dessa infecção no serviço, executando as técnicas de acordo com cada norma do serviço.

Contudo, é no mesmo sentido que achou-se pertinente saber quais são os procedimentos que exigem mais assepsia no serviço e como os enfermeiros devem proceder nesses casos, pois a assepsia é fundamental para o não surgimento das infecções, portanto passa-se às transcrições abaixo referidas.

F1- “Os cuidados que exigem mais assepsia é durante os procedimentos cirúrgicos, onde deve estar devidamente equipado com gorro, máscara e bota. De seguida com uma lavagem mecânica e depois uma lavagem cirúrgica das mãos. Vestir bata estéril e luvas estéril e não tocar em nada infetado durante a cirurgia”.

F2- “Quando aparecem casos devemos estar mais em alerta como um founier e HIV os cuidados são os mesmos, mas devem ser reforçados”.

F3- “Todos os cuidados exigem mais assepsia, nos casos de HIV se houvesse materiais descartáveis seria melhor, mas deveria ter materiais descartáveis para todos”.

F4- “A assepsia deve ser igual para todos, mesmo com uma ferida cirúrgica infetada e a sala tem que ter meios para a não propagação das infecções”.

F5- “Todos os casos exigem assepsia”.

F6- “Os que exigem mais assepsia são quando os pacientes com uma ferida cirúrgica infetada dá entrada no serviço, onde isola-se o paciente, usa panos de lixivia nas portas, os enfermeiros não saem da sala e esta sala é feita uma boa limpeza”.

F7- “Todos necessitem de cuidados de assepsia, levando em conta que todos os casos são infetados e fazer o seu procedimento tendo em conta a assepsia”.

Dos sete entrevistados três enfatizaram que todos os casos exigem igual assepsia, uma apenas referiu que é durante a cirurgia que exige mais assepsia, enquanto um dos sete entrevistados mencionou a ferida cirúrgica infetada, sendo um dos casos que exige mais assepsia, mas para dois dos entrevistados se deve ter mais assepsia nos casos de founier e de HIV.

Os enfermeiros devem basear de que todos os casos são infetados, proporcionando os mesmos cuidados para todos os utentes baseando sempre na prevenção. A assepsia no bloco operatório é importante no controle das infecções e de acordo com o tipo de patologia

que o utente possui, assim será a atuação dos enfermeiros nos cuidados prestados proporcionando ou não mais reforço na assepsia durante o procedimento.

Sendo assim, deste modo não pode-se deixar de lado de saber se os enfermeiros sentem dificuldades ou não na prestação dos cuidados de enfermagem no dia-a-dia, o que se segue nas transcrições abaixo referidas.

F1, F2, F4, F6 e F7- “Não sinto dificuldades na prestação de cuidados de enfermagem”.

F3- “ Sim, porque nem sempre há todos os materiais como por exemplo há luvas, máscaras, barretes, mas não há óculos que são poucos e é utilizados por todos os profissionais de saúde. Também o espaço físico por ser pequeno como no pré-operatório há apenas quatro camas, dois para mulheres e dois para homens. No pós-operatório onde tem somente cinco camas para e tem que ficar a controlar as camas para quando um paciente chegar encontrar cama disponível”.

F5- “Sim, mas temos que ter a capacidade de avaliar o momento e a situação e tentar resolver quando aparecem”.

Nota-se que a maioria dos entrevistados não sentem quaisquer dificuldades na prestação dos cuidados de enfermagem no dia-a-dia dos seus trabalhos, mas dois dos entrevistados sentem dificuldades, e uma descreve que às vezes é devido a falta de materiais de uso e mesmo da estrutura física do local dificulta na prestação desses cuidados, enquanto outro, relata que tem dificuldades, mas os enfermeiros é que tem que saber lidar ou mesmo improvisar quando estes obstáculos aparecem.

Categoria III - Aspetos sobre o serviço do bloco operatório

Relativamente a esta categoria pretende-se compreender a importância de manter as regras básicas de assepsia e também saber a opinião ou o conhecimento dos enfermeiros sobre as principais medidas preventivas utilizadas, os recursos materiais disponíveis no serviço e como estes influenciam na prevenção das infeções. Também tem a finalidade de conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a importância de utilização dos equipamentos de proteção individual como meio de prevenção dos profissionais de saúde e dos utentes e saber se existe uma CCIH e como esta funciona.

De acordo com a análise achou-se relevante dividir esta categoria em duas subcategorias, sendo a primeira a existência dos recursos no serviço de modo a prevenir infecções e a segunda a importância de respeitar as regras básicas de assepsia no serviço.

Subcategoria I- A existência dos recursos no serviço de modo a prevenir infecções

Em relação a esta subcategoria ela foi elaborada com o objetivo de saber se no serviço existe todos os recursos materiais necessários para a prevenção de infecção, visto que, uma vez sem os recursos disponíveis não se pode prevenir a infecção, portanto passa-se às seguintes transcrições abaixo indicadas.

F1, F2 e F5- “Sim, dispõe de todos os recursos materiais necessário como (luvas, aventais, botas, gorro, máscara, solutos de desinfecção de mão, produtos de limpeza e esterilização) ”.

F3- “Não existe todos os recursos materiais necessários falta contentores e óculos”.

F4, F6 e F7- “Não existe”.

De acordo com os resultados verifica-se que três dos entrevistados afirmam que o serviço dispõe de todos os recursos materiais disponíveis, enquanto outros quatro entrevistados, salientam que o serviço não dispõe de todos os recursos disponíveis, ainda um dos entrevistados acrescentou que falta contentores de lixo e óculos de proteção.

Os recursos materiais são fundamentais para que os enfermeiros prestam os cuidados de enfermagem e os profissionais de saúde estão constantemente a utiliza-las para prestar esses cuidados, por isso, sem esses recursos disponíveis a prática de cuidados seria deficiente, uma vez que, não haveria meios para que o profissional transmite os cuidados de forma segura, de modo a prevenir as infecções.

Por isso, sem esses recursos sem esses tais recursos não poderia prevenir as infecções, sendo esses essenciais na sua utilização.

É neste mesmo raciocínio que achou-se importante referir esta subcategoria com propósito de conhecer como é que estes recursos disponíveis podem influenciar na prevenção de infecção, passa a transcrever abaixo as opiniões referidas sobre este aspeto.

F1- “Só pelo fato de houver recursos disponíveis já influencia na prevenção de infecção, porque a partir do momento que tem os recursos materiais disponíveis já evita a infecção e se não houvesse esses recursos era um impedimento para a prevenção da mesma”.

F2- “Influência fortemente, porque sem eles não se conseguia prevenir a infecção hospitalar”.

F3- “Influenciam em tudo, se não houver não há como prevenir e automaticamente há transmissão de infecção, não se pode proteger e nem o paciente”.

F4- “Sem esses recursos não há uma boa prevenção de infecção, visto que, o nosso país não é rico e muitas vezes temos que improvisar”.

F5- “Tendo em conta os recursos disponíveis há que se respeitar as normas e utilizar os recursos que temos disponíveis para evitar a infecção”.

F6- “De acordo com cada função dos recursos assim ajudará na prevenção de infecções”.

F7- “A fraca disponibilidade é um fator principal, se não há não há como prevenir”.

Constate-se que de acordo com todos os entrevistados, sem os recursos disponíveis e a fraca disponibilidade da mesma não se pode prevenir as infecções. Esses recursos são pilares importantes para as práticas dos profissionais de saúde, porque para evitar uma infecção não depende apenas das intervenções dos enfermeiros, mas sim, tem que ter esses recursos, que juntamente com os profissionais de saúde e a forma de agir num determinado procedimento é que prevenimos as infecções.

Ainda nesta mesma subcategoria achou-se essencial saber se os enfermeiros sabem se existe uma CCIH e se sabem como funciona esta comissão, assim segue-se as seguintes transcrições encontradas.

F1, F2, F3, F4, F5, e F7- “Existe, mas não sei como funciona”.

F6- “Não existe”.

Verifica-se que apenas um entrevistado afirma que não existe uma CCIH, enquanto os outros entrevistados referem que existe, mas não sabem como funciona esta comissão.

É muito importante que existe uma comissão para controlar, registar e investigar as infecções. Com os avanços tecnológicos na área de saúde estes podem aumentar o surgimento das infecções hospitalares, por isso, medidas efetivas devem ser adotadas, visando a diminuição e eliminação das infecções proporcionando assim uma maior segurança aos utentes. E uma dessas medidas que é prioritária é a criação de uma CCIH.

Subcategoria II- Importância de respeitar as regras básicas de assepsia

A finalidade desta subcategoria é conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a importância de respeitar as regras básicas de assepsia, sabendo que, sem uma boa assepsia coloca-se em risco a vida do utente, originando complicações pós-operatórias. Sendo assim, achou-se essencial saber a opinião dos enfermeiros sobre a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual, visto que, estas fazem parte para o percurso de uma boa assepsia, assim segue as seguintes transcrições.

F1, F3, F4 e F7- “A importância da utilização dos equipamentos de proteção tem como finalidade proteger os profissionais de saúde e proteger os pacientes que transmita os cuidados”.

F2- “É uma medida de extrema importância, porque sem os equipamentos de proteção individual não se consegue desenvolver as atividades do dia-a-dia”.

F5- “É muito fundamental, porque da mesma forma que tenho que preocupar com os utentes tem de preocupar com a minha pessoa e com a equipa, porque não posso estar a contaminar e depois propagar essa contaminação”.

F7- “É importante, porque assim não há transmissão de infeção”.

Segundo os resultados da análise verifica-se que quatro dos entrevistados mencionaram que os equipamentos de proteção individual é uma forma de se proteger e de proteger os utentes. Em relação aos outros três entrevistados estes salientaram que sem esses equipamentos não seria possível realizar as atividades do dia-a-dia e que esses equipamentos são importantíssimos para a prevenção de transmissão de infeções.

Os equipamentos de proteção individual servem como barreiras para não permitir que haja transmissão de infeção. Com o uso desses equipamentos o profissional está protegido de riscos que pode ameaçar a sua segurança, visto que, os profissionais estão expostos a uma série de riscos biológicos, químicos e físicos.

A utilização desses equipamentos de forma correta não somente para o profissional, mas também para os utentes são essenciais, evitando ou minimizando assim a propagação de microrganismos causadores de infeções, proporcionando qualidade, segurança e saúde para ambos.

Sendo assim, é de realçar que achou-se pertinente saber a perceção dos enfermeiros sobre a importância de respeitar as regras básicas de assepsia. A seguir as transcrições daquilo que foi referido pelos entrevistados:

F1- “É um meio de prevenir a infeção hospitalar, de transmitir de um utente para outro e também é de suma importância para a proteção pessoal”.

F2- “Se o enfermeiro não respeitar as regras básicas de assepsia não há como prevenir as complicações depois de um procedimento cirúrgico”.

F3- “Se não respeitar as regras básicas de assepsia coloca todo o seu trabalho em risco, e a assepsia no bloco é fundamental”.

F4- “A assepsia é muito importante, e o enfermeiro está mais em contato com o paciente, lavar as mãos antes e depois de calçar as luvas. Durante a cirurgia usar os equipamentos de proteção individual para evitar propagar microrganismos, enquanto enfermeira todos os profissionais de saúde tem que ter em conta a importância da assepsia”.

F5- “A assepsia faz parte do nosso dia-a-dia e é fundamental respeitar a assepsia para o controle da infeção”.

F6- “É importante porque assim, não há transmissão de microrganismos e assim não há infeção cruzada”.

F7- “Respeitando as regras básicas de assepsia nós prevenimos e muito evitamos muitas contrariedade, por exemplos e não cumprirmos as regras de trânsito será um caos e se não cumprirmos as regras de assepsia será um caos”.

Observa-se que todos os entrevistados tem uma perceção positiva da importância da assepsia, porque no que retratam, a prática da assepsia ajuda na prevenção das infeções tanto para os utentes como para os profissionais de saúde. Ao praticar a assepsia cria-se uma barreira para a não disseminação dos microrganismos, protegendo assim os utentes durante os procedimentos cirúrgicos.

Para que não haja um quadro infeccioso a assepsia deve ser feita de forma correta de modo a prevenir a presença de microrganismos num procedimento cirúrgico. Sem a assepsia haveria muitos casos de utentes com infeção pós-operatória acarretando complicações para os utentes colocando a saúde deles em risco, por isso, a assepsia num local cirúrgico é fundamental para evitar a contaminação dos tecidos durante as intervenções cirúrgicas.

Desta forma achou-se pertinente saber se os enfermeiros conhecem quais são as principais medidas preventivas utilizadas no serviço para prevenir as infeções, sendo assim passa-se às transcrições abaixo referidas.

F1- “São os equipamentos que temos: luvas, batas, avental máscara, gorro, etc.”.

F2- “É fazer uma limpeza geral no bloco e revisar os materiais estéreis de longa data e encaminhar para a esterilização a cada semana”.

F3- “Lavagem das mãos, cuidados com a assepsia, cumprir as normas do bloco a cada paciente, fazer uma limpeza diária a fim de cada turno e uma limpeza geral mensalmente”.

F4- “A lavagem das mãos e a assepsia dos instrumentos cirúrgicos”.

F5- “Respeitar as normas de entrada no bloco e manter as assepsia durante os procedimentos realizados”.

F6- “A principal medida é a higienização das mãos”.

F7- “Cumprir as regras de assepsia”.

Pode-se concluir que a lavagem das mãos e a assepsia durante os procedimentos foi a mais frisada pela maioria dos entrevistados, visto que, sem essas medidas mencionadas não se consegue proporcionar um bom cuidado com os utentes. E não só como referem, as normas do serviço também deve ser mantida em rigor para que cada profissional de saúde cumpra com o seu papel, dando a sua contribuição para um melhor cuidado e uma melhor assepsia na prevenção das infeções.

Os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro por estar mais em contacto com o utente não pode desconhecer a importância dessas medidas preventivas no controle da infeção, devem estar cientes que para o controle da mesma estas devem ser cumpridas.

Categoria IV- Contributos dos enfermeiros na prevenção de infeção

O que se pretende conhecer nesta categoria é como os enfermeiros cooperam ou ajudam na prevenção das infeções, uma vez que, os enfermeiros estão em contacto constante com os utentes e também com o serviço onde executam as suas atividades diariamente. Sendo assim, é importante conhecer como é que os enfermeiros descrevem as suas atividades

desenvolvidas no bloco operatório, tendo como base a prevenção de infecções no que se segue abaixo indicadas das referidas transcrições.

F1- “Primeiro trocar de roupa antes de entrar propriamente em serviço, lavar e manter a constante lavagem das mãos durante todo o serviço”.

F2- “Mudar de roupa antes de iniciar as atividades, em cada procedimento realizado lavar as mãos e nunca entrar em contato com outro paciente sem lavar as mãos. Para entrar na cirurgia realiza-se a lavagem mecânica depois cirúrgica, depois veste-se a bata e luva estéril e comporta-se devidamente correto mantendo a assepsia”.

F3- “É a lavagem das mãos antes e depois de cuidar de um paciente, controlar os materiais se estão disponíveis ao uso dos enfermeiros, supervisionar para ver se os enfermeiros e os auxiliares estão a cumprir com o trabalho e se estão a cumprir com as normas de assepsia do bloco”.

F4- “Se estiver no pré-operatório analisa o paciente se foi feito tricotomia, a higienização corporal e verificar o acesso venoso. No intra-operatório deve ter cuidado com a assepsia com a mesa cirúrgica, a forma como se veste e na desinfecção da área cirúrgica com a técnica da área do centro para distal. Também a ventilação do ar deve ser realizada para que os microrganismos se dispersem, as portas devem ser mantidas fechadas e o número de pessoas na sala deve ser o mínimo possível. No pós-operatório é manter os cuidados necessários com os pacientes e fazer a educação para a saúde”.

F5- “É a não propagação das infecções no serviço, supervisionar os materiais necessários tanto individual como para o paciente e fazer cumprir as normas do serviço”.

F6- “Quando chegar muda-se de roupa, coloca-se a touca, calça-se sapatos, põe a máscara e lavar as mãos sempre. Também usar luvas para evitar a infecção cruzada e quando for sair do bloco trocar de roupa”.

F7- “Lavar as mãos antes e depois de proporcionar os cuidados e manter a assepsia durante os procedimentos realizados e quando houver uma quebra na assepsia comunicar a equipa”.

Pode-se constatar que de acordo com cada atividade dos entrevistados assim cumprem-se com o seu papel utilizando as medidas preventivas para evitar as infecções no serviço. Da análise consta também que os entrevistados procurem sempre cumprir e respeitar o modo de executar as suas atividades, pois, de acordo com cada função dos profissionais de

saúde pode-se adquirir um bom funcionamento do serviço, evitando assim, futuras complicações, nomeadamente o surgimento de infeções tanto para os profissionais de saúde como para quem procura os cuidados para o seu tratamento.

Portanto, é de relativa importância conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a lavagem das mãos sendo uma das técnicas eficazes para prevenir as infeções, uma vez que, as nossas mãos são os maiores proporcionadores de transmissão de infeção cruzada, ou seja, ela é a principal via pelo qual transmitimos as infeções, sendo assim passa-se às transcrições abaixo representadas.

F1- “É um dos principais meios para prevenir a infeção hospitalar. Lavar as mãos antes e depois de entrar em contato com o paciente”.

F2- “Lavagem das mãos é uma responsabilidade partilhada, ou seja, são medidas simples que salvam vidas”.

F3- “Para mim é a técnica mais eficaz, porque é na lavagem das mãos que começa a prevenir as infeções, as mãos são cheios de microrganismos, mas tem que saber lavar não é apenas colocar água e sabão”.

F4- “A lavagem das mãos deve ser feita constantemente, porque está comprovado que a lavagem das mãos frequente e correta é um método simples que previne infeção e salvam vidas”.

F5- “As nossas mãos é responsável pela maior parte de propagação das infeções de um paciente para outro, deve-se lavar as mãos antes e depois e a utilização de álcool gel também é eficaz”.

F6- “É importante, porque com as nossas mãos é que fazemos todo o trabalho, como ajudar os pacientes, tocar nos materiais e a nós próprios. É através das mãos que os microrganismos se deslocam, por isso, se fizermos a higienização das mãos prevenimos essas infeções”.

F7- “Já na antiguidade já se provou que muitas doenças poderiam ser prevenidas com a lavagem das mãos e na nossa era isso não foge á regra que atua muito na prevenção das doenças”.

Verifica-se que de acordo com a perceção dos entrevistados muitos baseiam no princípio da lavagem das mãos, referindo como a técnica mais eficaz na prevenção de

infecções, sendo uma técnica simples, mas que salva muitas vidas, prevenindo muitas complicações. É de realçar que a lavagem das mãos não é um dever apenas dos enfermeiros ou dos médicos, mas sim de todos os profissionais que fazem parte do serviço. Refere-se ainda que a percepção dos entrevistados vão de acordo com a literatura em relação á lavagem das mãos.

As mãos dos profissionais de saúde são fontes de microrganismos, uma vez, que com as mãos é que os profissionais realizam as suas atividades por todo o local de serviço, prestando cuidados com os utentes, utilizando os objetos do serviço, por isso, os microrganismos se armazenam nas mãos que são invisíveis ao olho nu. Daí a importância da lavagem constante das mãos como forma de prevenção para ambos, porque é com as mãos dos profissionais de saúde que as infecções são transmitidas, provocando assim as infecções cruzadas no serviço.

Por isso, achou-se pertinente saber a opinião dos enfermeiros sobre o seu contributo para prevenir as infecções no serviço, como forma de ajudar na prevenção e minimização das infecções, sendo uma preocupação de todos, portanto, passa-se às transcrições abaixo indicadas.

F1- “É cumprir os requisitos de assepsia e antissepsia”.

F2- “Continuar com as medidas preventivas, reforçando a lavagem das mãos sendo uma responsabilidade partilhada”.

F3- “Cumprir as medidas, fazer educação para saúde, cuidados com a assepsia, avaliar os materiais se estão bem esterilizados e verificar a integridade física do paciente”.

F4- “Deve começar a prevenção desde a consulta médica, como os pacientes obesos, estado nutricional, etc., e manter os cuidados com a assepsia”.

F5- “Respeitar e cumprir as normas indicadas no serviço”.

F6- “Agir sempre para a prevenção, lavar as mãos constantemente e incentivar sempre a equipa para a prevenção da mesma”.

F7- “Boas práticas de higiene, cuidar de cada caso como sendo um caso infeccioso, cuidar dos materiais, lavar as mãos e usar equipamentos de proteção individual”.

Conclui-se que são vários os contributos que os enfermeiros podem proporcionar para ajudar na prevenção, a lavagem das mãos, referindo eles que é um dos contributos mais importantes e que é uma medida simples que salva vidas.

E não só, a assepsia durante o procedimento, o respeitar das regras do serviço, a avaliação dos utentes verificando a sua integridade física que muitas vezes, os profissionais de saúde podem ter proporcionado os melhores cuidados possíveis, mas a sua integridade física pode provocar o surgimento de uma infeção, visto que, o utente se encontra vulnerável.

A promoção de educação para saúde mesmo entre os profissionais de saúde é fundamental para o incentivo, assim a equipa pode melhorar mais os cuidados e fornecer uma melhor prestação de cuidados de enfermagem aos utentes, para que estes saem ilesos para uma boa recuperação enquanto estiverem internados ou mesmo se o seu destino é irem para casa.

3.4 - Conclusão de Análise dos Resultados

Tendo atingido esta fase do trabalho torna-se necessário proceder á conclusão e algumas considerações acerca dos resultados do estudo, e de acordo com a análise dos resultados das entrevistas feitas anteriormente, pode-se dizer que as respostas vão de encontro com os objetivos formulados para a pesquisa.

Tendo em conta o objetivo geral: Analisar quais as medidas preventivas que são utilizadas pelos enfermeiros no serviço do bloco operatório do hospital Baptista de Sousa de modo a prevenir infeções no serviço, é pertinente demonstrar que este foi atingido, porque de acordo com as entrevistas foi possível conhecer juntamente com os enfermeiros quais foram as medidas preventivas utilizadas por eles, que são as luvas, máscaras, gorros, a lavagem das mãos, a limpeza mensal no serviço e a assepsia nos procedimentos realizados e a utilização dessas tais medidas preventivas é muito importante para prevenir as infeções no serviço.

Em relação aos objetivos específicos, procurou-se encontrar respostas durante a análise dos resultados das entrevistas, de acordo com as perceções dos entrevistados.

Sendo assim, evidencia-se que dos sete entrevistados todos eles responderam de forma positiva no que tange a infeção hospitalar, demonstrando que conhecem o conceito da

infecção hospitalar. As suas respostas são semelhantes umas às outras diferenciando apenas um entrevistado que referiu que a infeção se decorre no ambiente hospitalar após 72 horas do seu internamento, enquanto os outros entrevistados não mencionaram essa questão de quantas horas, pode ocorrer uma infeção hospitalar a um utente após o seu internamento.

Portanto, constatou-se que os principais fatores que levam a infeção hospitalar de acordo com a perceção dos enfermeiros são a pouca prática da higienização das mãos ou mesmo a lavagem incorreta das mãos que é um dos principais fatores que pode desencadear uma infeção, o sistema imunológico do utente, o ambiente hospitalar, salientando que apenas dois dos entrevistados referiram o ambiente hospitalar como um dos fatores que leva a infeção, visto que, o ambiente hospitalar é o meio onde se está sujeito praticamente a adquirir qualquer infeção.

Tendo em conta às várias medidas preventivas que existem, tentou-se saber se existe alguma intervenção de enfermagem específica e em relação aos resultados alcançados concluiu-se que para a maioria dos entrevistados não existe uma intervenção específica de enfermagem na prevenção das infeções, porque os cuidados são iguais para todos os utentes, enquanto, dois dos entrevistados salientaram que a intervenção específica é a lavagem das mãos e a utilização de equipamentos de proteção individual, e para apenas um entrevistado a sua intervenção específica é a higienização corporal e cuidados com o penso do utente caso tiver, antes da realização da cirurgia.

No que tange ao modo de como os entrevistados se procedam no dia-a-dia para a prevenção das infeções, referiram a lavagem das mãos, o uso dos equipamentos de proteção individual e a assepsia durante a realização dos procedimentos.

Sendo o bloco operatório um serviço onde se realiza muitos procedimentos invasivos com os utentes, o cuidado com o local, mesmo com os utentes deve ser rigorosos, uma vez que, se não houver um controlo da assepsia pode originar o aparecimento das infeções, causando complicações para os utentes. Neste sentido, constatou-se de acordo com os entrevistados que quando surge um caso de uma ferida cirúrgica infetada e que necessita de tratamentos cirúrgicos utilizam-se técnicas de panos de lixivia nas portas para que a infeção não se propaga no local e os enfermeiros que prestam esses cuidados não circulem para as outras salas e depois dessa intervenção cirúrgica fazem a higienização corporal como modo de prevenção.

Segundo os entrevistados os cuidados que exigem mais assepsia no serviço são as intervenções cirúrgicas, em casos de uma ferida cirúrgica infetada, utentes com founier e HIV, mas para outros os cuidados devem ser iguais para todos os utentes.

Em relação a existência de dificuldades na prestação de cuidados de enfermagem a maioria enfatizou que não sente quaisquer dificuldades na prestação dos cuidados, enquanto, dois entrevistados salientaram por sentirem dificuldades na prestação do mesmo, visto que, às vezes falta alguns recursos materiais e que também a estrutura do espaço físico do bloco não é muito favorável para a prestação desses tais cuidados. Outro entrevistado referiu-se que quando essas dificuldades surgem tem que ter a capacidade de resolver e ultrapassa-las.

Sendo assim, a maioria dos entrevistados enfatizaram que não existe todos os recursos materiais necessários, uma vez que, sem todos os recursos disponíveis surgem as dificuldades de prestação de cuidados de enfermagem, mas para os outros entrevistados o serviço dispõe de todos os recursos materiais necessários.

A falta de recursos influenciam muito a prevenção das infeções, de acordo com os entrevistados estes recursos são muito essenciais no controle da infeção, visto que, sem eles os profissionais de saúde não consegue prevenir as infeções, uma vez que a prevenção das infeções não depende somente do modo como agimos num determinado procedimento.

Relativamente ao conhecimento dos entrevistados em relação se existe ou não um CCIH, a maioria salientou que existe, mas não sabe como funciona.

No que se constatou em relação aos equipamentos de proteção individual, salientaram que sem esses equipamentos não se conseguiria realizar as atividades, porque são fundamentais para a prevenção na transmissão das infeções tanto para os profissionais como para os utentes.

Também constatou-se a importância de respeitar as regras básicas de assepsia, onde os entrevistados dão muita importância a assepsia, porque sem a assepsia estariam a colocar em risco a vida dos utentes e mesmo também para os profissionais. Mas, pode-se observar que os entrevistados tem uma percepção positiva em relação a assepsia e nos cuidados que devem ter para manter um determinado procedimento sem risco de infeção. Neste sentido os entrevistados referiram que as principais medidas preventivas é a lavagem das mãos e a assepsia durante os procedimentos realizados, porque sem eles muitas complicações surgiriam causando muitos transtornos no serviço.

De acordo com as atividades dos entrevistados, estes referem que sempre tentam cumprir e respeitar as medidas de prevenção durante as atividades desempenhadas, para que os seus cuidados sejam baseados na prevenção de infeções. Portanto, a lavagem das mãos é uma técnica eficaz na prevenção das infeções e salientam que baseiam muito no princípio da lavagem das mãos, sendo uma técnica simples e que salva vidas. Referem também que a lavagem das mãos é uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais de saúde.

E em relação aos contributos dos enfermeiros na prevenção das infeções os entrevistados mencionaram que um dos contributos que sempre deve estar presente é a lavagem das mãos, a assepsia nos procedimentos, a avaliação dos utentes e práticas de educação para saúde na prevenção das infeções.

Sendo assim, da análise fica comprovada que tanto o objetivo geral como os objetivos específicos do trabalho foram atingidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias de hoje tanto a nível mundial como em Cabo Verde, a infeção hospitalar tem sido um aspeto preocupante pelos profissionais de saúde, uma vez que a infeção trás as suas consequências para quem a contraiu, causando danos á nível de saúde dos utentes fazendo com que a sua saúde permanece mais vulnerável e frágil e aumentando os custos hospitalares durante a sua internação.

Sendo assim os profissionais de saúde tem um papel crucial na prevenção das infeções, sendo um problema que não atinge apenas os utentes mas também os profissionais de saúde. Muitas vezes as infeções são devidas ao internamento prolongado, porque cada vez que o utente vai tendo mais contato com o ambiente hospitalar, mais probabilidade tem de ocorrer uma infeção.

Constatou-se que a melhor prevenção que os profissionais de saúde podem fazer no local cirúrgico é a lavagem das mãos e manter uma boa assepsia durante os procedimentos, onde a lavagem das mãos é uma medida muito simples, mas muito fundamental na prevenção das infeções.

Também de acordo com os avanços na medicina que tem vindo a surgir, uma vez que quando mais invasivos for os procedimentos maior é o aumento da possibilidade de originar uma infeção durante uma intervenção cirúrgica.

Comprovou-se com esta investigação existe alguns fatores que contribuem para o aparecimento dessas infeções, que revelam uma luta para a enfermagem e para os outros profissionais em manter um papel ativo na prevenção e controle das infeções, visto que, esses fatores podem ser intrínsecos ou extrínsecos.

Com isso, uma avaliação holística do utente ao longo do período perioperatório é importantíssimo para a realização das intervenções de enfermagem eficientes e eficazes com o objetivo de prevenir ou minimizar as infeções do local cirúrgico.

Uma vez que não existe uma Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar neste hospital fica difícil de conhecer quantos casos de infeções pode ocorrer no serviço depois que os utentes são submetidos a cirurgia. E durante o decorrer desta investigação muitos obstáculos foram encontrados, mas ultrapassados com sucesso.

Um dos obstáculos encontrados foi a não entrega de alguns dados por razões maiores, e também por poucos registos desenvolvidos no hospital Baptista de Sousa que são essenciais para a realização do estudo. Também durante a realização da pesquisa deparou-se com a dificuldade em encontrar materiais bibliográficos a nível de Cabo Verde, visto que, ainda não há dados registados no que tange as infeções hospitalares no local cirúrgico.

Não obstante a todos os obstáculos acima referidos, após esta investigação pode-se afirmar que todos os objetivos delineados foram alcançados com sucesso. Mesmo com um tempo limitado com a realização do trabalho e com o ensino clínico a decorrer ao mesmo tempo, conseguiu-se finalizar este trabalho de investigação.

Propostas/Sugestões

- ✓ Adequar a estrutura física do bloco operatório, visto que, tem uma única entrada tanto para limpo e para sujo;
- ✓ Aumentar a disponibilidade de recursos humanos, materiais e equipamentos;
- ✓ Distribuir no serviço mais álcool gel para a desinfecção rápida das mãos;
- ✓ Proporcionar ventilação no serviço;
- ✓ Os tubos de aspiração devem ser descartáveis;
- ✓ Os auxiliares de serviços gerais devem evitar a entrada e saída da área de serviço para as áreas restritas do bloco;
- ✓ Diminuir os caixotes no serviço para prevenir a acumulação de poeiras;
- ✓ A arrecadação de material estéril deve conter apenas materiais estéreis.

Referências Bibliográficas

- ✓ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2000). Caderno A, Epidemiologia para o controle de infecção hospitalar. Design Gráfico. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoA.pdf> 21/05/17
- ✓ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2004). Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde. Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_microbiologia_completo.pdf 30/03/2017
- ✓ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2007). Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasil. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf 09/05/17
- ✓ Almeida, L. (2011). A Vigilância Epidemiológica Da Infecção do Local Cirúrgico, Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ Andrade, A.F., Saraiva, F.J.C. e Oliveira, M.M.F. (2010). Florence Nightingale. Faculdade de Alagoas. Disponível em: <http://emfermagemfaal2010.blogspot.com/2011/08/florence-nightingale.html> 17/05/17
- ✓ Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (1994). Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório. Edição 2005. Lisboa.
- ✓ Associação de Enfermeiros Perioperatório Registados (AORN). (2014). 11 dicas para prevenir a infeção cirúrgica. Hospital Moinhos de Vento. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/11-dicas-para-prevenir-a-infeccao-cirurgica/> 01/06/17
- ✓ Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006). Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia á Prática dos Cuidados. Lisboa. Lusodidacta.
- ✓ Barata, J.C. (2013). Infecções associadas a prestação de cuidados de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- ✓ Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa. LDA.
- ✓ Bernard (2000). Segurança e Controle de Infecção. Editores Reichmann e Affonso.
- ✓ Bock, L.F, Costa, R, Padilha, M.I, e Moreira, A.R. (2009). A teoria ambientalista de Florence Neightingale: Reflexos nas práticas de cuidado na atualidade. 61º

- Congresso Brasileiro de enfermagem. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00900.pdf 17/05/17
- ✓ Boehnlein, M.J. e Marek, J.F. In Monahan, F.D, Sands, J.K, Neighbors, M, Marek, J.F e Green, C.J. (2010). Enfermagem Médico Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença. 8º Edição. Vol. 1. Losodidacta.
 - ✓ Bolick, D. (2000). Segurança e controle de infecção. Rio de Janeiro, Editores Reichmann e Affonso.
 - ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2616, Diário Oficial da União, Brasília, 12 de Maio de 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html 27/03/2017
 - ✓ Cabral, F,W e Silva, M,Z,O. (2013). Prevenção e Controle de Infecções no Ambiente Hospitalar. S A N A R E, Sobral. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/330/264> 01/05/17
 - ✓ Cardoso. R.S. e Silva, M.A. (2004). A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enfermagem- São José. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13nspe/v13nspea05.pdf> 07/05/17
 - ✓ Carraro, T.E. (1194). Resgatando Florence Nightingale: A trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. Dissertação de Mestrado. Universidade de Federal de Santa Catarina.
 - ✓ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). Infecção do Centro Cirúrgico- Boas Práticas. Disponível em: <http://www.provida.ind.br/site/index.php/bacterias/boas-praticas/180-infeccao-centro-cirurgico.html> 01/06/17
 - ✓ Comissão Municipal de Controle de Infecção em Serviços de Saúde – CMCISS. (2010). Recomendações para Prevenção das Infecções do Sítio Cirúrgico. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: http://novo.contagem.mg.gov.br/arquivos/downloads/manual_sitio_cirurgico.pdf 04/05/17
 - ✓ Comissão Municipal de Controle de Infecção em Serviços de Saúde. (2010). Recomendações para Prevenção das Infecções do Sítio Cirúrgico. Disponível em:

http://novo.contagem.mg.gov.br/arquivos/downloads/manual_sitio_cirurgico.pdf

27/03/2017

- ✓ Delage, D.G.A. (2011), Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares: um desafio em instituições públicas, privadas e filantrópicas do município de Juiz de Fora. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora.
- ✓ Dias, E. (2014). Enfermagem Clínica Cirúrgica. Instituto formação cursos técnicos profissionalizantes. Disponível em: <http://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/14-18-16-apostilacirurgica.pdf> 15/05/17
- ✓ 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. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15569/1/d192936.pdf> 29/03/2017
- ✓ Figueiredo, D. A. (2012), Factores de risco associados à infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba.
- ✓ Fontana, R.T. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. Rev. brasilia. Enfermagem. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167200600050001 04/05/17
- ✓ Garner, B.D. In Meeker, M.H. e Rothrock, J.C. (1997). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10ª Edição. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro.
- ✓ Giariola, L.B, Baratieri, T, Costa, A, M, Bedendo, J, Marcon, S.S e Waidman, M.A.P. (2012). Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. Cogitare Enfermagem. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26390/17583> 15/05/17
- ✓ Gonçalves, S.M.F. (2012). Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação, Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- ✓ Grittem, L. (2007). Sistematização da Assistência Perioperatória: uma tecnologia de enfermagem. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná.
- ✓ Harriso. (1998). Medicina Interna. Rio de Janeiro. Vol. 1. Edição 14ª. McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.

- ✓ Horr, L., Maria, I., Lorenzini, A, e Silva. (1998). Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Rev. Brasileira. Enfermage. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167197800020012 01/05/17
- ✓ Hospital de Santa Maria. Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar. Prevenção da Infecção Cirúrgica (2003). Disponível em : http://www.chln.pt/~chlnpt/media/k2/attachments/GCLPPCIRA/Norma_n_4_Prevencao_Infeccao_Cirurgica.pdf 27/03/2017
- ✓ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2004). Recomendações para prevenção da infecção do local cirúrgico. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...infeccao/.../recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-cirurg> 15/04/17
- ✓ Junior, A., Levy, C., Lima, C., et al. (2013). Infecção do Sítio Cirúrgico, Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Disponível em : <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>, 26/03/2017
- ✓ Lacerda, R.A. e Egry, E.Y. (1997). As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a03.pdf> 01/05/17
- ✓ Lacerda, R.A. (1989). Atividades das enfermeiras das comissões de controle de infecção hospitalar de hospitais do Município de São Paulo. Revista. Esc. Enfermagem. USP, São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v23n1/0080-6234-reeusp-23-1-079.pdf> 19/05/17
- ✓ Ladden, C.S, e Garner, B.D, In Meeker, M.H, e Rothrock, J.C. (1997). Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª Edição. Editora Guanabara Koogan S.A.
- ✓ Larson, E. (1989). Innovations in Health Care: Antisepsis as a Case Study. Public Health Then and Now. Vol. 79. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349481/pdf/amjph00227-0094.pdf> 04/05/17
- ✓ Levy, C.E. (2004). Manual de microbiologia clínica para o controle de infecção em serviços de saúde. ANVISA. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/microbiologia/introducao.pdf> 19/05/17

- ✓ Lima, C.F.G, Melchior, L.M.R, Menezes, A.N, Soares, R.A.S.B e Prado, P.M.A. (2014). Tricotomia pré-operatória: aspetos relacionado á segurança do paciente. Revista eletrónica trimestral de enfermaria. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion3.pdf 19/05/17
- ✓ Lyons, A,S. e Petrucelli, R,J. (V). História da Medicina. 5º Edição. Lisboa.
- ✓ Martha Keene Elkin, Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter. (2005). Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos. Segunda edição. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ✓ Martins, L.M.S. (2014). Formação da Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório no reprocessamento de Dispositivos Médicos (DM) Reutilizáveis. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde.
- ✓ McCloskey, J.C e Bulechek, G.M. (2004). Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3 Edição. Design gráfico editorial.
- ✓ Mcewen, D, R. (2008). Cicatrização de Feridas, Curativos e Drenos in Jane C. Rothrock (coord.). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª Edição.Loures, Lusodidacta.
- ✓ Meldau, D.C. (2017). Ferida cirúrgica. Infoescola- Navegando e Aprendendo. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/ferida-cirurgica/> 30/05/17
- ✓ Nicolette, L.H. In Rothrock, J.C. (2008). Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13º Edição. New York. Lusodidacta.
- ✓ Nóbrega, M.M.L e Garcia, T.R. (1992). North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- ✓ Oliveira, A,C, Rodrigues, A,B, Silva, M,M,C, Ribeiro, S,C,L, e Santos, A,M,R. (2009). Estudo bibliográfico sobre infecção em sitio cirúrgico. 61º Congresso Brasileiro de enfermagem. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01305.pdf 15/05/17
- ✓ Oliveira, T. (2012), Atitudes do Enfermeiro face ás Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- ✓ Organização Mundial da Saúde (OMS). (2009). Cirurgias Seguras Salvam Vidas Manual. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf 27/03/2017

- ✓ Organização Mundial da Saúde .(2016). OMS divulga novas recomendações para evitar infecções cirúrgicas. Disponível em : <http://www.apcd.org.br/index.php/noticias/681/em-foco/16-01-2017/oms-divulga-novas-recomendacoes-para-evitar-infecoes-cirurgicas> 27/03/2017
- ✓ Pereira1, M.S, Souza2,A.C.S, Tipple, A.F.V,e Prado, M,A. (2005). A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf> 15/05/2017
- ✓ Pfettscher, S,A. In Tomey, A,M. e Alligod, M,R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5º Edição. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ✓ Rocha, J.P.J, e Lages. (2016). O enfermeiro e a prevenção das infecções do sitio cirúrgico. Cadernos UniFOA, Volta Redonda. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/revistas/index.php/cadernos/article/view/357pdf> 17/05/17
- ✓ Santos, N, Veiga, P e Andrade, R, (2011). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Revista Brasileira Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf> 19/05/17
- ✓ Santos, N.Q. (2004). A Resistência Bacteriana no Contexto da Infecção Hospitalar. Texto Contexto Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13nspe/v13nspea07.pdf> 15/05/2017
- ✓ Schaffner, W. In Wyngaarden, J.B, Smith, L. H, e Bennett, J.C. (1993). Tratado de Medicina Interna. Edição 19ª. Vol. 2. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.
- ✓ Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. (2008). Protocolo de cuidados de feridas. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf 30/05/17
- ✓ Silva, E.L. (2013). Higienização das Mãos: Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros do Hospital Agostinho Neto. Dissertação de Mestrado de Escola de Enfermagem de Coimbra.
- ✓ Silva, O.B.M. (2014). Avaliação de enfermagem: Anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante). Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: http://www.hc.ufpr.br/arquivos/livreto_sae.pdf 19/05/17

- ✓ Soares, A.C.R.P. (2010). Principais conceitos em infeção hospitalar. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/principais-conceitos-em-infeccao-hospitalar/32332/> 15/06/17
- ✓ Sousa, A.F.L, Queiroz, A.A.F.L.N, Oliveira, L.B, Valle, A.R.M.C e Moura, M.E.B. (2015). Representações sociais da infeção comunitária por profissionais da atenção primária. Brazil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0454.pdf> 04707/17
- ✓ Spencer, S.S. (1995). Princípios da Cirurgia. Edição 6ª. McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- ✓ Vranjac, A. (2015). Infecção em Sítio Cirúrgico. Secretaria do Estado da Saúde Coordenadoria de Controle de Doenças-CDC. Disponível em: <http://docplayer.com.br/18607128-Infeccao-em-sitio-cirurgico.html> 27/01/17
- ✓ Wilson, Jennie. (2003). Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2ª Edição. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Anexos

Anexo I – Intervenções cirúrgicas do Hospital Agostinho Neto 2009/2013

Especialidades	Programadas					Urgências					Total				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	1.268	1.169	1.172	1.119	677	907	746	963	920	678	2.175	1.915	2.135	1.939	1.355
Ginecologia	311	296	334	228	196	935	1.089	2.469	1.316	15	1.246	1.385	2.803	1.544	211
Maxilo-facial	117	122	95	107	72	18	18	16	8	13	135	140	111	115	85
Oftalmologia	427	385	292	296	271	48	61	38	38	40	475	446	330	334	311
Otorrinolaringologia	273	244	223	214	122	61	89	70	0	62	334	333	293	214	184
Orto-traumatologia	621	634	735	583	444	247	301	446	563	464	868	935	1.181	1.146	908
Urologia	39	20	0	16	30	7	1	0	8	10	46	21	0	24	40
Pequena cirurgia	-	-	362	401	223	-	-	0	0		-	-	362	401	223
Total	3.056	2.870	3.213	2.464	2.035	2.305	2.305	4.002	2.853	1.282	5.279	5.175	7.215	5.717	3.317

Fonte: Relatório estatístico de Cabo Verde (2013)

Anexo II - Intervenções cirúrgicas do Hospital Baptista de Sousa 2009/2013

Especialidades	Programadas					Urgências					Total				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	503	430	457	519	549	145	180	182	177	156	648	610	639	696	705
Gineco-Obstetrícia	22	6	46	34	56	164	119	327	464	350	186	125	373	498	406
Orto-Traumatologia	275	147	186	398	408	143	82	29	237	162	418	229	215	635	570
Otorrinolaringologia	195	197	186	221	204	35	24	29	17	29	230	221	215	238	233
Urologia	226	178	165	199	147	20	16	28	12	27	246	194	193	211	174
Oftalmologia	138	150	167	98	271	9	11	10	9	08	147	167	177	107	279
Estomatologia	3	0	0	0	0	2	1	0	2	0	5	1	0	2	0
Cardiologia	-	2	0		0	-	0	0		0	-	2	0	-	0
Cirurgia Plástica				50	56				26	10				76	66
Outros					03				4	6				4	9
Total	1.363	1.110	1.207	1.519	1.694	518	433	605	948	748	1.880	1.543	1.812	2.467	2.442

Fonte: Relatório estatístico de Cabo Verde (2013)

Anexo III – Intervenções cirúrgicas do Hospital Baptista de Sousa 2013/2016

Especialidades	2013		Total	2014		Total	2015		Total	2016		Total
	Eletivas	Urgência		Eletivas	Urgência		Eletivas	Urgência		Eletivas	Urgência	
Cirurgia	549	156	705	524	250	774	510	234	744	409	261	670
Ginecologia	56	350	406	111	720	835	429	674	1103	352	795	1147
Ortopedia	408	162	570	358	308	666	347	224	571	360	299	659
Urologia	147	27	174	255	25	281	306	31	337	322	23	345
Otorrinolaringologi a	204	29	233	233	18	251	247	11	258	270	32	302

Cirurgia Plástica	56	10	66	68	44	112	92	31	123	58	14	72
Oftalmologia	271	08	279	74	11	85	257	15	272	196	10	205
Neurocirurgia	10	00	10	05	00	05	25	07	32	05	00	05
Hematologia	01	01	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Maxilo-facial	01	05	06	00	00	00	12	02	14	07	03	10
Estomatologia	00	00	00	00	00	00	00	01	01	00	00	00
Anestesia	00	00	00	00	00	00	00	03	03	00	00	00
Neonatologia	00	00	00	00	00	00	01	01	02	00	00	00
Total	2453			3017			3462			3416		

Fonte: Elaboração própria / Departamento estatístico do HBS

Anexo IV – Lavagem das mãos



Anexo V – Precauções padrão no controle de infecção nos serviços que prestam cuidados de saúde

Ministério da SAÚDE

"PRECAUÇÕES PADRÃO" NO CONTROLE DE INFECÇÃO NOS SERVIÇOS QUE PRESTAM CUIDADOS DE SAÚDE ⁽¹⁾

As "precauções padrão" visam reduzir o risco de transmissão da doença no ambiente de prestação de cuidados de saúde, mesmo quando a fonte de infecção ainda não é conhecida. "Precauções padrão" são recomendadas para uso em todos os pacientes que se apresentam nos serviços que prestam cuidados de saúde e se aplicam a:

- sangue e na maioria dos fluidos corporais que contenham ou não sangue
- feridas na pele e nas membranas mucosas.

PARA REDUZIR O RISCO DE TRANSMISSÃO DE UMA DOENÇA, NO AMBIENTE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DEVE SEGUIR RIGOROSAMENTE AS "PRECAUÇÕES PADRÃO" SEGUINTE:

1. Lave as mãos, imediatamente, com água e sabão antes e depois de examinar os pacientes e após contato com sangue, fluidos corporais e outros objetos que tenha ou não utilizado luvas. São recomendados sabão contendo um desinfetante.
2. Use luvas limpas e estéreis sempre que houver contato com sangue, fluidos corporais, membrana mucosa e aberturas na pele. Trocar as luvas entre tarefas ou procedimentos no mesmo paciente. Antes de mudar para outro paciente, retire de imediato as luvas e lavar as mãos imediatamente e em seguida colocar novas luvas.
3. Use uma máscara, óculos de proteção e uma bata durante a prestação de cuidados a um paciente sempre que haja risco de respingos e de aerosóis. Retire o vestuário sujo, logo que possível e lave as mãos com água e sabão.
4. Manipule com segurança agulhas e outros instrumentos cortantes.
5. Nunca re-capote as agulhas. Certifique-se de que os materiais contaminados não são reutilizados noutro paciente antes de serem lavados, desinfetados e esterilizados corretamente. Coloque as seringas e outros instrumentos cortantes utilizados, em recipientes resistentes e não sujeitos a perfurações.
6. Limpe e desinfete sistematicamente superfícies que são tocadas com frequência, incluindo camas, trilhos da cama, mesas de exame do paciente e mesinhas de cabeceira, etc.
7. Lave e desinfete a roupa suja com segurança. Evite o contato direto com materiais e outros objetos sujos com sangue e fluidos corporais.
8. Coloque o paciente, cujo sangue e fluidos corporais podem contaminar superfícies ou outros pacientes numa sala de isolamento ou área.
9. Reduza o uso de procedimentos invasivos para evitar uma potencial lesão e exposição acidental. Use medicamentos locais em vez de injetáveis sempre que possível.

UMA VEZ CONFIRMADO O DIAGNÓSTICO DE FEBRE HEMORRÁGICA POR ÉBOLA (FHE), APLIQUE IMEDIATAMENTE AS PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS RECOMENDADAS.

1. Coloque o paciente no quarto/área de isolamento e limite o acesso à área.
2. Utilize todos os equipamentos de proteção individual recomendados para a doença de Ébola durante os procedimentos (luvas, óculos protetores, vestuário adequado, botas, avental, touca, etc.). Use duas camadas de roupa de proteção.
3. Reforce a lavagem das mãos em todo o estabelecimento de saúde.
4. Limite a circulação do paciente à sala de isolamento.
5. Separe o equipamento de uso exclusivo para cada paciente. Se não for possível, limpe e desinfete os equipamentos muito bem antes de os usar no próximo paciente.

1. (1) Tratado de Serrat J, Corbelli para Conselhos práticos de Controle de Infecção em ambiente hospitalar: Guia para precauções de isolamento, Janeiro, 1998. Centro para prevenção e Controle de Doenças, Serviço de Saúde Pública, Departamento dos EUA, Atlanta Georgia)

Apêndices

Apêndice I - Cronograma

Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Entrega do projeto							
Pesquisa bibliográfica							
Elaboração do guião de entrevista							
Realização da entrevista							
Análise dos dados							
Revisão do trabalho							
Entrega do trabalho final							
Apresentação do trabalho final							

Apêndice II- Guião de entrevista

Grupo I – Caracterização Geral:

1. Sexo:
2. Idade:
3. Habilitações Literárias:
4. Tempo de atividade profissional:
5. Tempo de atividade profissional no serviço do bloco operatório

Grupo II- aspetos gerais sobre infeção hospitalar

1. Da sua experiência fala um pouco sobre a infeção hospitalar.
2. Na sua opinião quais os principais fatores que levam a infeção hospitalar?
3. Como procede para prevenir infeção hospitalar no dia-a-dia do trabalho?
4. Quais os cuidados a ter face a um utente com uma ferida cirúrgica infetada quando dá entrada no bloco operatório?
5. Existe algumas intervenções de enfermagem específicas para prevenir uma infeção hospitalar? Se sim quais?
6. Sente dificuldades na prestação dos cuidados de enfermagem no dia-a-dia? Sim ou não, porquê?

Grupo III- aspetos sobre o serviço do bloco operatório:

1. Na sua opinião qual é a importância da utilização rigorosa dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?
2. O serviço dispõe de todos os recursos materiais necessários adequados para prevenir a reprodução das infeções? Se sim quais?
3. Como os recursos disponíveis podem influenciar na prevenção de infeção hospitalar?
4. Existe uma Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) neste hospital? Sim ou não? Se sim como funciona essa CCIH?
5. Enquanto enfermeiro (a) o que tem a dizer sobre a importância de respeitar as regras básicas de assepsia?
6. O que declara sobre a lavagem das mãos sendo uma das técnicas eficazes para prevenir a propagação das infeções?
7. Como é que descreve as suas atividades desenvolvidas no bloco operatório tendo como base a prevenção de infeções?

8. Quais os cuidados que exigem mais assepsia no serviço? E como procede nesses casos?
9. Na sua opinião quais as principais medidas preventivas de infecção utilizadas no bloco operatório? Porquê?
10. Na sua opinião qual seria o melhor contributo do enfermeiro para prevenir a infecção no bloco operatório?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Zenaida do Rosário

Apêndice III- Consentimento informado

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Zenaida Ramos do Rosário pretende realizar um estudo intitulado “Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Infecções no Serviço do Bloco Operatório do Hospital Baptista de Sousa”. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas ideias sobre o assunto em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

A sua participação será de grande valia, sendo assim solícito a sua participação respondendo á entrevista com sinceridade de modo a obter a veracidade dos fatos em estudo, por isso as suas respostas só serão utilizadas no âmbito dessa investigação científica.

Todas as informações recolhidas serão utilizadas somente para os fins desta investigação e serão colhidas através de um gravador de áudio e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a sua identidade, pelo que o material colhido será destruído após o seu uso no estudo.

É de salientar também que a sua participação é voluntaria, podendo o senhor (a), recusar-se a participar, ou mesmo desistir da entrevista em qualquer momento.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá contribuir para aperfeiçoar a percepção que os enfermeiros têm sobre a importância da realização de procedimentos assépticos e dos cuidados de enfermagem na prevenção das infeções e mostrar a sua importância que este tem quando presta-se cuidados de saúde aos utentes.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Apêndice IV- Requerimento

Directora do Hospital de São Vicente
24/4/2017
Do conhecimento à enf
C. Ref. Bloco T.C. Aut. 881/17
Mindelo, 17 de Abril de 2017

Exma. Senhora Diretora do HBS
São Vicente
Dr.ª. Ana Brito

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Zenaida Ramos do Rosário, aluna nº 3281 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Infecções no Serviço do Bloco Operatório do Hospital Baptista de Sousa".

O referido trabalho tem como objetivo geral: Analisar quais as medidas preventivas que são utilizadas pelos enfermeiros no serviço do **bloco operatório** do hospital Baptista de Sousa de modo a prevenir infeções no serviço.

E os objetivos específicos são: Descrever o perfil do enfermeiro que trabalha no serviço de bloco operatório do hospital Baptista de Sousa; Descrever as funções do enfermeiro que trabalha no serviço do bloco operatório do hospital Baptista de Sousa; Verificar a percepção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório sobre as medidas preventivas de infeções no local de trabalho; Identificar os contributos dos enfermeiros do serviço do bloco operatório do hospital Baptista de Sousa no controlo de infeção no local de trabalho. Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros do Bloco Operatório.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

A requerente,

Zenaida Ramos do Rosário

Zenaida Ramos do Rosário

UNIVERSIDADE DO MINDELO
20-04-17

Mindelo - 17 de Abril de 2017