

Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde Atlântica



Cuidados de Enfermagem ao Cliente no Período Pós-Operatório:
Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial na Ferida Operatória

Andrew Diogo Gouveia Rodrigues

Professora Orientadora: Doutora Maria João Sousa Fernandes

Barcarena

Dezembro de 2011

Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde Atlântica

**Cuidados de Enfermagem ao Cliente no Período Pós-Operatório:
Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial na Ferida Operatória**

Monografia elaborada para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem

Andrew Diogo Gouveia Rodrigues

Professora Orientadora: Doutora Maria João Sousa Fernandes

Barcarena

Dezembro de 2011

*Escolhe um trabalho de que gostes, e não
terás que trabalhar nem um dia na tua vida.*

Confúncio

O autor é o único responsável pelas ideias expressas no presente estudo

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido nos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa e Norte.

À Enfermeira Catarina das Dores Batuca, Directora da Direcção de Enfermagem do HSM, pela autorização que deu à realização deste estudo.

À Professora Doutora Maria João Sousa Fernandes, docente na Universidade Atlântica, pela orientação e supervisão deste trabalho, assim como pelo apoio e disponibilidade que demonstrou em todas as fases do estudo. Acima de tudo e a nível pessoal, agradeço a sua confiança e amizade.

Às Enfermeiras Ana Emília Pinheiro Soares Guitana, Generosa de Jesus Camelo Matias e Dores Martins, Enfermeiras chefes dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, pela recepção e apoio durante todo o processo de investigação.

À Dr.^a Cátia Rodrigues, médica especialista no HSM, pelo exemplo científico e pessoal.

Ao Engenheiro Ricardo Reimão Castro Maçarico, Engenheiro do grupo Mota-Engil, pela disponibilidade e ajuda na análise quantitativa dos dados estatísticos.

Aos meus amigos que me acompanharam durante todo este percurso académico e foram preponderantes na minha formação.

À minha família, nomeadamente, mãe, pai, irmã e sobrinho, por todo o amor e dedicação em todos os momentos da minha vida.

Resumo

O presente estudo teve como finalidade responder ao objectivo geral: conhecer os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria (HSM), na manipulação da ferida cirúrgica, como medida preventiva da infecção nosocomial; e aos objectivos específicos: identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na execução do penso operatório; na remoção dos agrafos/fios de sutura; e na manipulação do sistema de drenagem, como medida preventiva da infecção nosocomial.

Em termos metodológicos, utilizou-se o paradigma quantitativo, tendo-se efectuado um estudo descritivo simples. O estudo foi realizado num Centro Hospitalar de Lisboa e Norte, sendo a população acessível constituída por todos os Enfermeiros que prestam cuidados de saúde nos serviços de Cirurgia I e II do HSM. Foi estudada uma amostra não probabilística de 34 Enfermeiros.

Como instrumento de recolha de dados foi elaborado e pré-testado pelo autor um questionário composto por 31 questões de resposta fechada.

Em síntese geral, conclui-se que a maioria dos Enfermeiros é do género feminino, a média de idades é de 31,2 anos, a maior parte possui Licenciatura e exerce a profissão há 8,3 anos. Na dimensão execução do penso operatório, 88,2% dos Enfermeiros protege a incisão operatória com técnica asséptica 48 horas após a cirurgia e 94,1% opta pela utilização de solução estéril como soluto na limpeza da ferida que cicatriza por primeira intenção; na dimensão remoção dos agrafos/fios de sutura, 47,1% dos Enfermeiros utiliza Iodopovidona como soluto para limpeza/desinfecção da ferida; na dimensão manipulação do sistema de drenagem, 41,2% dos Enfermeiros refere desinfetar os terminais do sistema de drenagem após a sua manipulação. Contudo, existem Enfermeiros que não cumprem algumas recomendações referentes à prevenção da infecção cirúrgica, tais como: 35,3% dos Enfermeiros utiliza solução anti-séptica na limpeza da ferida que cicatriza por segunda intenção e 26,5% dos Enfermeiros por vezes protege a saída do dreno com o mesmo penso que protege a incisão operatória.

Palavras-chave: ferida operatória, infecção nosocomial, cuidados de enfermagem

Abstract

The present study aimed to answer to the general objective: acknowledgment of the provided care from the nurses of Surgery I and II of Hospital de Santa Maria (HSM), in the manipulation of the surgical wound, as a preventive measure against nosocomial infection. As secondary objectives: identification of provided care from the nurses of Surgery I and II of HSM, referring to preventive measures against nosocomial infection: execution of the operative patch; removal of staples/sutures; manipulation of drainage system.

In methodological terms, quantitative paradigm was used and a simple descriptive study was made. The study took place at Lisbon North Hospital Center, and the accessible population consisted in all nurses who provided health care services in the Surgery I and II of HSM. The study was a non-probabilistic sample of 34 nurses.

As an instrument of data collection, a questionnaire consisting in 31 closed response questions was developed and pre-tested by the author.

In summary, most of the nurses are female, with a graduation, an average practice of the profession for 8,3 years and with average age of 31,2 years. In the dimension execution patch surgery, 88,2% of the nurses protects the surgical wound with aseptic technique 48 hours after surgery and 94.1% opt for the use of sterile solution to clean the wound which heals by first intention; in the dimension removal of staples / sutures, 47.1% of the nurses use Iodopovidone as solute for cleaning / disinfecting the wound; in the dimension manipulation of the drainage system, 41,2% of the nurses referrers to disinfect the terminals of the drainage system after it's manipulation. However, there are nurses who do not follow some recommendations regarding the prevention of surgical infection, such as: 35,3% of the nurses uses anti-septic solution to clean the wound which heals by second intention and 26,5% of the nurses sometimes protects the output of the drain with the same patch which protects the surgical incision.

Key-words: surgical wound, nosocomial infection, nurse care

Índice

Agradecimentos	XI
Resumo	XIII
Abstract.....	XV
Índice de Tabelas	XXI
Índice de Figuras	XXV
Lista de Abreviaturas e Siglas	XXVI
1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	5
2.1 Anatomia e Histologia da pele	5
2.2 Infecção	6
2.2.1 Factos Históricos.....	6
2.2.2 Cadeia de Infecção	7
2.2.3 Infecção Nosocomial	7
2.2.4 Infecção do Sítio Cirúrgico.....	8
2.2.5 Tipos de Cicatrização.....	10
2.2.6 Classificação da Ferida Cirúrgica	10
2.2.7 Categorização das Recomendações	11
2.3 Cuidados Incisionais no Pós-Operatório	12
2.3.1 Execução do Penso Operatório	12
2.3.2 Remoção dos Agrafos/Fios da Sutura.....	14
2.3.3 Manipulação do Sistema de Drenagem.....	16
3. Decisões Metodológicas.....	19
3.1 Paradigma e Tipo de Estudo.....	19
3.2 População alvo, Amostra e Processo de Amostragem	19

3.3	Variáveis.....	20
3.4	Colheita de dados	22
3.5	Pré-teste	22
3.6	Considerações Éticas	23
4.	Resultados	25
4.1	Variáveis de atributo	25
4.1.1	Género.....	25
4.1.2	Idade.....	26
4.1.3	Habilitações académicas	27
4.1.4	Experiência profissional.....	28
4.1.5	Tempo de exercício profissional no serviço	28
4.1.6	Existência de norma no serviço	29
4.2	Variável de investigação – Execução do penso operatório	30
4.2.1	Lavagem das mãos aquando da realização do penso operatório.....	30
4.2.2	Produtos utilizados para a lavagem e desinfeção das mãos	31
4.2.3	Seleccção do material para execução do penso operatório.....	32
4.2.4	Explicação do procedimento ao utente aquando da execução do penso operatório.....	35
4.2.5	Levante do penso operatório	36
4.2.6	Protecção da incisão.....	37
4.2.7	Soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção	38
4.2.8	Soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção	39
4.2.9	a) Limpeza da ferida operatória	41
4.2.10	b) Limpeza da ferida operatória	42
4.2.11	Protecção da saída do dreno.....	43

4.2.12	Protecção da área circundante da ferida.....	44
4.2.13	Registos em diário de enfermagem.....	45
4.3	Dimensão – Remoção dos agrafos/fios de sutura.....	47
4.3.1	Lavagem das mãos aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura.....	47
4.3.2	Limpeza/desinfecção da sutura aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura.....	48
4.3.3	Soluto utilizado na limpeza/desinfecção da ferida operatória	49
4.3.4	Procedimento de remoção da sutura com pontos separados	50
4.3.5	Procedimento de remoção fios/agrafos de sutura	51
4.3.6	Desinfecção da sutura após o procedimento de remoção dos fios/agrafos de sutura	52
4.3.7	Registos em diário de enfermagem.....	53
4.4	Dimensão – Manipulação do sistema de drenagem	54
4.4.1	Lavagem das mãos aquando da manipulação do sistema de drenagem.....	54
4.4.2	Esvaziamento do reservatório do sistema de drenagem	56
4.4.3	Limpeza dos terminais do reservatório do sistema de drenagem	57
4.4.4	Eliminação do vácuo do dreno aquando da remoção do sistema de drenagem.....	58
4.4.5	Técnica utilizada para a remoção do dreno.....	59
4.4.6	Registos em diário de enfermagem – esvaziamento do reservatório de drenagem... ..	60
4.4.7	Registos em diário de enfermagem – remoção do sistema de drenagem.....	61
5.	Conclusão.....	63

6. Implicações e Sugestões.....	69
7. Limitações.....	71
Referências Bibliográficas.....	73
Apêndices	77
Apêndice I – Questionário	79
Apêndice II – Carta a solicitar autorização.....	91
Apêndice III – Carta de Autorização	95
Apêndice IV – Carta Explicativa do Estudo	97
Apêndice V – Consentimento Informado	101

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Indicadores da dimensão - Execução do penso operatório.....	21
Tabela 2 - Indicadores da dimensão - Remoção dos grafos/fios de sutura.....	21
Tabela 3 - Indicadores da dimensão - Manipulação do sistema de drenagem	21
Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao género	26
Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros quanto à idade	26
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao grau académico.....	27
Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de experiência profissional. 28	
Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de exercício profissional no serviço.....	29
Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros quanto à existência de norma no serviço	29
Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da realização do penso operatório	31
Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos produtos utilizados para a higienização das mãos	32
Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros quanto à selecção do material para execução do penso operatório	34
Tabela 13 - Distribuição dos enfermeiros quanto à explicação do procedimento ao utente aquando da execução do penso operatório	35
Tabela 14 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao levante do penso operatório.....	36
Tabela 15 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da incisão com técnica asséptica 48h após cirurgia.....	37
Tabela 16 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção	39
Tabela 17 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção.....	40

Tabela 18 - Distribuição dos enfermeiros quanto à manipulação de compressas na limpeza da ferida operatória	41
Tabela 19 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao sentido da limpeza da ferida operatória.....	42
Tabela 20 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da saída do dreno	43
Tabela 21 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da pele peri-incisional... 45	
Tabela 22 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos de enfermagem na execução do penso operatório.....	46
Tabela 23 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura	47
Tabela 24 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza/desinfecção da sutura aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura	48
Tabela 25 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado na limpeza/desinfecção da ferida operatória	49
Tabela 26 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção da sutura com pontos separados.....	51
Tabela 27 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção agrafos/fios de sutura.....	52
Tabela 28 - Distribuição dos enfermeiros quanto à desinfecção da sutura após o procedimento de remoção dos fios/agrafos de sutura.....	53
Tabela 29 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem na remoção dos fios/agrafos de sutura.....	54
Tabela 30 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da manipulação do sistema de drenagem	55
Tabela 31 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao esvaziamento do reservatório do sistema de drenagem.....	56
Tabela 32 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza dos terminais do reservatório do sistema de drenagem.....	57

Tabela 33 - Distribuição dos enfermeiros quanto à eliminação do vácuo do dreno aquando da remoção do sistema de drenagem.....	58
Tabela 34 - Distribuição dos enfermeiros quanto à técnica utilizada para a remoção do dreno	59
Tabela 35 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – esvaziamento do reservatório de drenagem.....	61
Tabela 36 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – remoção do sistema de drenagem.....	62

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao género	26
Figura 2 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao grau académico	28
Figura 3 - Distribuição dos enfermeiros quanto à existência de norma no serviço.....	30
Figura 4 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da realização do penso operatório	31
Figura 5 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos produtos utilizados para a higienização das mãos	32
Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros quanto à selecção do material para execução do penso operatório	34
Figura 7 - Distribuição dos enfermeiros quanto à explicação do procedimento ao utente aquando da execução do penso operatório	35
Figura 8 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao levante do penso operatório	37
Figura 9 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da incisão com técnica asséptica 48h após cirurgia.....	38
Figura 10 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção	39
Figura 11 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção.....	40
Figura 12 - Distribuição dos enfermeiros quanto à manipulação de compressas na limpeza da ferida operatória	42
Figura 13 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao sentido da limpeza da ferida operatória.....	43
Figura 14 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da saída do dreno.....	44
Figura 15 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da pele peri-incisional ...	45
Figura 16 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos de enfermagem na execução do penso operatório.....	46
Figura 17 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da remoção dos grafos/fios de sutura	48

Figura 18 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza/desinfecção da sutura aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura	49
Figura 19 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado na limpeza/desinfecção da ferida operatória	50
Figura 20 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção da sutura com pontos separados	51
Figura 21 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção fios/agrafos de sutura.....	52
Figura 22 - Distribuição dos enfermeiros quanto à desinfecção da sutura após o procedimento de remoção dos fios/agrafos de sutura.....	53
Figura 23 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem na remoção dos fios/agrafos de sutura.....	54
Figura 24 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da manipulação do sistema de drenagem	55
Figura 25 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao esvaziamento do reservatório do sistema de drenagem.....	57
Figura 26 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza dos terminais do reservatório do sistema de drenagem.....	58
Figura 27 - Distribuição dos enfermeiros quanto à eliminação do vácuo do dreno aquando da remoção do sistema de drenagem.....	59
Figura 28 - Distribuição dos enfermeiros quanto à técnica utilizada para a remoção do dreno	60
Figura 29 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – esvaziamento do reservatório de drenagem.....	61
Figura 30 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – remoção do sistema de drenagem.....	62

Lista de Abreviaturas e Siglas

AORN: Association of Perioperative Registered Nurses

CCIH: Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CHLN: Centro Hospitalar Lisboa e Norte

CNPPHMC: Comissão Nacional para a Protecção da Pessoa Humana sujeita à Pesquisa Médica e Comportamental

HICPAC: Hospital Infection Control Practices Advisory Committee

HSM: Hospital de Santa Maria

IACS: Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IN: Infecção Nosocomial

ISC: Infecção do Sítio Cirúrgico

MRSA: Multirresistente *Stafilococos Aureus*

NNIS: National Nosocomial Infections Surveillance

OE: Ordem dos Enfermeiros

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

1. Introdução

No âmbito do plano curricular do VIII Curso de Licenciatura em Enfermagem leccionado na Universidade Atlântica, foi proposta a realização de um trabalho de investigação científica em Enfermagem.

Em enfermagem é impreterível reflectir sobre os aspectos que nos marcam e suscitam o interesse numa determinada área. Como tal, o Ensino Clínico de Saúde do Adulto e Especialidades Cirúrgicas promoveu a mobilização de saberes que são preponderantes na evolução de um futuro profissional de saúde, e ao mesmo tempo desencadeou um especial interesse nesta mesma área.

Segundo Fortin (2009), a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas.

Para a elaboração do presente trabalho de investigação, o investigador escolheu como tema os cuidados de enfermagem ao cliente no período pós-operatório: medidas de prevenção da infecção nosocomial na ferida operatória.

Infecções nosocomiais, também denominadas hospitalares, são infecções adquiridas durante o internamento que não estavam presentes ou em incubação à data da admissão (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002).

O interesse por esta temática suscitou ao investigador curiosidade, pois a manipulação da ferida cirúrgica é uma prática corrente nas unidades de Cirurgia e cada vez mais as infecções nosocomiais assumem importância em Portugal e no mundo. Os dados epidemiológicos continuam a apresentar resultados alarmantes, pois nos inquéritos de prevalência efectuados em Portugal em 1988, 1993 e 2003, a infecção do local cirúrgico representou, respectivamente, 20%, 16% e 13,03% das infecções nosocomiais detectadas, tendo sido o tipo de infecção mais frequente nos serviços de Cirurgia (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

De acordo com o European Antimicrobial Resistance Surveillance System (2006), as taxas de infecção provocadas pela bactéria multirresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) em Cirurgia elevam-se em 54%.

Segundo Rocha (2008), as principais infecções cirúrgicas (pós-operatórias) são as do próprio local cirúrgico e estas apresentam uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade, prolongando assim o tempo de internamento.

De acordo com Wilson (2004), a infecção é uma complicação comum dos cuidados de saúde, mas em grande parte evitável, e que tem um impacto importante no doente e nos serviços de saúde. A enfermagem representa um papel imperioso na prevenção da infecção nosocomial, na medida em que as práticas de risco estão associadas a um aumento dos índices de infecção.

Apesar dos grandes avanços em todas as áreas da cirurgia, o controle da infecção continua a ser um grande desafio para a cirurgia (Medeiros et al, 2003). A cirurgia e o controle clínico do paciente cirúrgico apresentaram nos últimos anos avanços importantes que reflectiram directamente na queda das taxas de morbi-mortalidade de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Contudo, a infecção pós-operatória ainda representa uma complicação importante, tendo um elevado tributo em mortalidade, morbilidade e custo directo, indirecto e intangível ao tratamento médico do paciente (Ferraz et al, 2000).

O estudo é constituído por quatro fases: Fase Conceptual, Fase Metodológica, Fase Empírica com a Interpretação e Difusão dos Dados (Fortin, 2009).

De acordo com a mesma autora, a formulação do problema constitui um processo fundamental e situa-se no centro da fase conceptual. A manipulação da ferida cirúrgica suscitou ao investigador um elevado interesse, pois por vezes o mesmo observou que a técnica utilizada não estava de acordo com o que foi leccionado nas aulas teóricas e nas aulas práticas. Como tal, o problema de investigação consiste nos cuidados de enfermagem a ter com o doente, de modo a prevenir a infecção nosocomial da ferida operatória.

Como objectivo geral, foi definido:

- Conhecer os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria (HSM), na manipulação da ferida cirúrgica, como medida preventiva da infecção nosocomial.

Como objectivos específicos, foram estabelecidos:

- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na execução do penso operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na remoção dos fios/agrafos da sutura, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na manipulação do sistema de drenagem, como medida preventiva da infecção nosocomial.

Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo (Fortin, 2009). Assim sendo, a questão de investigação a que o autor pretende responder é: Quais são os cuidados de enfermagem prestados ao cliente no período pós-operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial, realizados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria?

A fase metodológica consiste em descrever os procedimentos e os meios que proporcionam a realização do estudo.

O investigador optou assim por um estudo de paradigma quantitativo, pois pretende colocar em evidência as relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses. O tipo de estudo é descritivo simples, pois fornece informações sobre as características da totalidade ou de uma parte dessa mesma população (Fortin, 2009). A

população é constituída por todos os Enfermeiros que exercem funções em unidades de Cirurgia. A população alvo é estabelecida por todos os Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM. Como amostra foram seleccionados 50 Enfermeiros que prestem cuidados de saúde nos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria. O processo de amostragem é não probabilístico aleatório simples.

A escolha do Hospital de Santa Maria como meio da investigação, prende-se com o facto de ser um hospital em que o autor do estudo já realizou dois ensinamentos clínicos e por ter também parceria com a Universidade Atlântica. O facto de escolher os serviços de Cirurgia I e II deve-se a uma questão de acessibilidade por parte do investigador, ou seja, por apresentar uma relação de maior proximidade com o ambiente laboral.

Como instrumento de recolha de dados, optou-se por realizar um questionário. Para o tratamento de dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences 19* (SPSS) e o Microsoft Office Excel.

O trabalho de investigação está estruturado em cinco capítulos. O primeiro compreende a revisão da literatura, de modo a conferir o suporte teórico que sustenta o trabalho de investigação. No segundo capítulo são abordadas as decisões metodológicas, fornecendo a informação referente às estratégias utilizadas na obtenção dos dados, isto é, qual o paradigma e tipo de estudo escolhido, a população alvo, amostra e processo de amostragem, quais as variáveis de estudo, o instrumento de recolha de dados que melhor se adequa e por fim as considerações éticas a ter em conta. No terceiro capítulo são apresentados os resultados do presente estudo, bem como a análise e interpretação dos mesmos. Posteriormente, no quarto capítulo, são apresentadas as conclusões do estudo e por fim, quais as implicações e sugestões associadas à elaboração do trabalho de investigação.

Para a elaboração do relatório de investigação, foram utilizadas as regras que estão preconizadas pelo “Guião para a elaboração dos trabalhos escritos realizados para a finalização de licenciatura ou de estágio” da Universidade Atlântica e ainda as orientações de Mário Azevedo (2006).

2. Revisão da Literatura

A revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Faz-se em todas as etapas da conceptualização da investigação e deve preceder, acompanhar e seguir o enunciado das questões de investigação (Fortin, 2009). O seu objectivo principal é determinar o que foi escrito sobre o tema que se propõe examinar e esclarecer a forma como o problema foi estudado (Dumas, Shurpin e Gallo, 1995, citado por Fortin, 2009).

Neste capítulo são abordados temas referentes à anatomia e histologia da pele, infecção e cuidados incisionais no período pós-operatório, que englobam a execução do penso operatório, a remoção dos agrafos/fios de sutura e a manipulação do sistema de drenagem.

2.1 Anatomia e Histologia da pele

O sistema tegumentar constitui a fronteira entre o corpo e o meio exterior e as suas principais funções são: protecção, sensação, regulação da temperatura, produção da vitamina D e excreção (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

A pele é composta por duas camadas principais de tecidos: a derme e a epiderme (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

A derme é uma camada de tecido conjuntivo que está unida à hipoderme e a epiderme é uma camada de tecido epitelial que assenta na derme.

Esta última é responsável pela maior parte da resistência estrutural da pele. É constituída por fibroblastos, algumas células adiposas e macrófagos. O colagénio constitui o principal tipo de fibra do tecido conjuntivo. Na derme encontram-se também as terminações nervosas e estas variam em estrutura e função: as terminações nervosas

livres para as sensações de dor, prurido e temperatura; os receptores do folículo piloso para o tacto superficial; os corpúsculos de Pacini para o tacto profundo; os corpúsculos de Meissner para a capacidade de detectar estimulação simultânea em dois pontos da pele; e os órgãos terminais de Ruffini para o tacto ou pressão mantidos (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

A epiderme não é tão espessa como a derme, não contém vasos sanguíneos e a maior parte das células da epiderme são designadas por queratinócitos. As outras células da epiderme incluem os melanócitos que contribuem para a cor da pele; as células de Langerhans que fazem parte do sistema imunitário e as células de Merkel que estão associadas a terminações nervosas, responsáveis por detectar o tacto superficial (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

2.2 Infecção

2.2.1 Factos Históricos

As informações e o conhecimento associados ao facto de que as bactérias podiam transmitir doenças não existiam até ao século XIX (Rothrock, 2008). O trabalho de líderes como Lister, Semmelweiss e Nightingale proporcionou as bases para as práticas de controlo de infecção.

Em meados de 1500, Fracastorius, o primeiro epidemiologista do mundo, declarou que as infecções se propagavam de três maneiras: por contacto directo, por manuseio de artigos que indivíduos infectados haviam manuseado anteriormente e por transmissão à distância (Rothrock, 2008).

Na metade do século XIX começou uma nova era, expandindo deste modo os horizontes da cirurgia. O interesse pelas técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento de novas operações aumentou. Contudo, as infecções das feridas eram tão comuns que eram consideradas como acontecimentos normais. Quando o pus aparecia na incisão, acreditava-se que era um sinal saudável. Hoje em dia essas infecções são referidas como

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), mais conhecidas por infecções nosocomiais (Rothrock, 2008).

2.2.2 Cadeia de Infecção

Na prevenção e controlo da infecção, para uma intervenção correcta é essencial compreender o processo de doença infecciosa (Phipps et al, 2003).

A cadeia de infecção é um processo cíclico e este depende da presença de alguns factores, tais como: o agente causal (bactéria, vírus, fungo, protozoário), o reservatório onde o agente possa estar, a porta de saída, o modo de transmissão, a porta de entrada e o hospedeiro susceptível (Phipps et al, 2003).

O organismo humano é extremamente resistente à infecção. No entanto quando estão comprometidos os mecanismos básicos de defesa, o microrganismo tem muito mais hipóteses de provocar a infecção.

Desta maneira é possível concluir que não existe um só factor na transmissão da doença, mas sim vários (Phipps et al, 2003).

2.2.3 Infecção Nosocomial

Quando um utente desenvolve uma infecção que não estava presente, ou em incubação, no momento da sua admissão no hospital, diz-se que aquela é uma infecção nosocomial (Potter e Perry, 2006).

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade. Por vezes, estas infecções são também denominadas de infecções nosocomiais, apesar desta designação não ser inteiramente abrangente por excluir o ambulatório. O conceito de IACS é, por isso, mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

As infecções hospitalares agravam a incapacidade funcional e o stress emocional do doente e podem, em alguns casos, levar a situações que diminuem a qualidade de vida (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002).

As infecções nosocomiais estão muito difundidas, e elas poderão tornar-se num problema de saúde pública, ainda mais importante com impacto humano e económico acrescidos devido a: aumento do número e da concentração de pessoas, alterações mais frequentes da imunidade (idade, doenças, terapêuticas), novos microrganismos e maior resistência bacteriana aos antibióticos (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002).

2.2.4 Infecção do Sítio Cirúrgico

Segundo a *National Nosocomial Infections Surveillance* (NNIS), as infecções do sítio cirúrgico são a terceira maior infecção nosocomial relatada, sendo responsável por 14% a 16% de todas as infecções hospitalares entre pacientes hospitalizados (Mangram et al, pag. 251, 1999).

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1999), os critérios definidores de Infecção no Sítio Cirúrgico (ISC), são classificados em: infecção incisional superficial, infecção incisional profunda e infecção de órgão/espaco.

A ISC incisional superficial é uma infecção que ocorre nos primeiros 30 dias após a operação, envolve apenas a pele e o tecido celular subcutâneo da incisão e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: drenagem purulenta da incisão; microrganismo isolado em cultura de líquido ou tecido de incisão por colheita asséptica; existência dos sintomas e sinais clássicos de infecção (dor, tumefacção local, rubor e calor) (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

A ISC incisional profundo ocorre no prazo de 30 dias após a operação no caso de não ser utilizado nenhum implante ou, no prazo de um ano se for utilizado um implante. Envolve os planos profundos da incisão (aponevrose e músculo) e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: drenagem purulenta da incisão; deiscência

espontânea da incisão ou abertura deliberada da mesma pelo médico no caso de o doente apresentar pelo menos um dos seguintes sintomas ou sinais – febre (38°), dor localizada ou dor à palpação; abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a profundidade da incisão detectada no exame clínico, em reoperação, em exame histológico ou estudo radiológico (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

A ISC Órgão/Espaço ocorre no prazo de 30 dias após a operação no caso de não ser usado um implante ou, no prazo de um ano se foi utilizado um implante, envolve qualquer local que tenha sido manipulado durante a intervenção com exceção da incisão, e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: drenagem purulenta por dreno, colocado no Órgão/Espaço; microrganismo isolado mediante colheita asséptica de líquido ou tecido do órgão/espaco; existência de abscesso ou outra evidência envolvendo o órgão/espaco identificado pelo exame clínico, em reoperação, por exame histológico ou estudo radiológico (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

As bactérias provocam muitas ISC. Os cocos gram-positivos, como um grupo, constituem a causa mais comum das ISC. Os organismos mais comumente encontrados em ISC pós-operatórias incluem espécies de estafilococos, enterococos, pseudomonas e estreptococos. O *Estafilococos Aureus* é o organismo identificado com maior frequência (Rothrock, 2008). De acordo com o CDC, esta bactéria adquiriu resistência a várias classes de antibióticos, tais como: penicilina, amoxicilina, eritromicina, entre outros (Silva et al, 2010).

Existem vários tipos de feridas, entre as quais as feridas cirúrgicas. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2001), “ferida cirúrgica é um tipo de ferida com as seguintes características específicas: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus”.

2.2.5 Tipos de Cicatrização

Os tipos de cicatrização incluem a cicatrização por primeira intenção e por segunda intenção.

Segundo Potter et al (2006), entende-se cicatrização por primeira intenção quando os bordos de uma incisão cirúrgica se mantêm unidos, a perda de tecido é mínima ou ausente e o cliente tem menor risco de desenvolver infecção.

A cicatrização por segunda intenção acompanha frequentemente as incisões traumáticas com perda tecidual, com bordos irregulares e o tecido de granulação preenche gradualmente a área lesada. Este processo é típico de uma grande intervenção cirúrgica com perda de tecido cutâneo (Potter et al, 2006).

2.2.6 Classificação da Ferida Cirúrgica

O CDC recomenda a classificação das feridas cirúrgicas em quatro classes: feridas limpas, feridas contaminadas - limpas, feridas contaminadas e feridas sujas ou infectadas (Rothrock, 2008). As Práticas Recomendadas para Registo dos Cuidados de Enfermagem Perioperatória da Associação de Enfermeiros Registados Peri-Operatórios (AORN), assinalam a importância de registar a classificação da ferida no registo do paciente.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), seguem-se as descrições de cada categoria:

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.

2.2.7 Categorização das Recomendações

Para uma melhor compreensão do sistema de classificação do CDC, os enfermeiros estão habilitados a pesarem os factores que são vistos como eficazes na prevenção da ISC.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), as recomendações que se seguem foram elaboradas, com base em estudos, pela *Hospital Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC) do Programa de Controlo de Infecção do CDC, Atlanta, e publicados no *Infection Control and Hospital Epidemiology* - Abril 1999. Estas estão categorizadas com base nos dados científicos existentes, fundamentos teóricos e aplicabilidade:

Categoria IA - Medidas de adopção fortemente recomendadas e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.

Categoria IB - Medidas de adopção fortemente recomendadas, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.

Categoria IC - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações.

Categoria II - Medidas de adopção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.

Questão não Resolvida – Medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto á sua eficácia.

2.3 Cuidados Incisionais no Pós-Operatório

Para promover a cicatrização da incisão cirúrgica, são necessários cuidados específicos. O risco de infecção local ou sistémica e a circulação diminuída estão directamente relacionados com a cicatrização da ferida operatória. Segundo Potter et al (2006), os factores que influenciam a cicatrização incluem a idade, o estado nutricional, a circulação, doenças crónicas e terapêutica habitual.

Para a elaboração do trabalho de investigação, foram utilizadas as recomendações preconizadas por Mangram et al (1999) e comparados estes documentos com a norma nº4 (2006) da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (CCIH) do HSM. São utilizadas também outras referências bibliográficas, nomeadamente a Potter et al (2006).

2.3.1 Execução do Penso Operatório

O factor pós-operatório mais importante para o sucesso terapêutico é o penso e a sua técnica de execução (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). Este é um procedimento que consiste na limpeza, desinfecção e protecção de uma ferida ou de uma parte do corpo traumatizada, visando a prevenção de infecção, cicatrização da ferida e minimização de lesões cutâneas. Os objectivos primordiais da execução do penso operatório são: criar um ambiente fisiológico propício à cicatrização; avaliar a ferida e eficácia do tratamento; minimizar lesões cutâneas da área circundante; prevenir infecção; proteger a ferida de possíveis traumatismos; absorver o exsudado; facilitar a drenagem; e avaliar a eficácia do tratamento (Elkin, Perry e Potter, 2005). A adesão a princípios assépticos restritos e a observação cuidadosa do local operatório é essencial para reduzir ao mínimo o risco de ISC pós-operatória (Rothrock, 2008).

Para que o Enfermeiro possa fazer um correcto planeamento da quantidade de material necessário, este deve em primeiro lugar identificar o local da incisão, tamanho,

tipo de incisão, presença de drenos e tipo de penso (Potter et al, 2006). O Enfermeiro deve reunir o seguinte material: tabuleiro, penso estéril, compressas esterilizadas, soro fisiológico (Cloreto de Sódio 0,9%), máscara cirúrgica, luvas limpas, luvas esterilizadas, campo esterilizado, taça esterilizada, resguardo absorvente e impermeável, saco de sujos e recipiente para cortantes e perfurantes.

Todo o procedimento deve ser explicado ao utente, de forma a diminuir a ansiedade, obter a colaboração e envolver a pessoa na prestação de cuidados. O nível de conforto deve ser avaliado, pois este está directamente relacionado com a incisão ou indirectamente com a tensão muscular e imobilidade (Potter et al, 2006).

Deve-se proceder à lavagem higiénica das mãos, de modo a prevenir a infecção cruzada. A lavagem cuidadosa das mãos e procedimentos de controlo de infecção, relacionados com os cuidados à incisão cirúrgica, minimizam o risco de infecção nosocomial (CCIH, 2002). De acordo com Mangram et al (1999), deve-se lavar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão - **Cat IB**.

Antes de fazer a limpeza da sutura, o Enfermeiro deve proceder à observação da mesma de modo a detectar sinais inflamatórios e o estágio de cicatrização. A sutura deve ser limpa de cima para baixo e sempre da parte mais limpa para a parte mais suja, pois assim é possível evitar a passagem de microrganismos da pele circundante para a incisão (Potter et al, 2006). Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), está preconizado limpar com soluto estéril (por ex. soro fisiológico) tanto as feridas fechadas como as abertas que cicatrizam por segunda intenção, de modo a remover todos os restos de matéria orgânica como sangue, pele e secreções. Não devem ser utilizados anti-sépticos nas feridas operatórias, pois estas atrasam o processo de cicatrização. Para limpar o local de inserção do dreno, deve ser feito um movimento circular, começando da parte mais próxima do dreno para a mais afastada.

A incisão deve ser protegida primariamente com penso estéril e técnica asséptica durante as primeiras 48 horas - **Cat IB**. Quando for necessário deve-se fazer o penso e substituir o mesmo com técnica asséptica - **Cat II** (Mangram et al, 1999).

O mesmo autor acrescenta que a necessidade de cobrir a incisão após as primeiras 48h ou a altura apropriada do doente poder tomar banho sem cobertura da incisão, é uma questão não resolvida.

Para uma correcta prestação de cuidados de saúde, o Enfermeiro deve realizar os registos de Enfermagem, de modo a que contenha a seguinte informação: aspecto da incisão e do exsudado/líquido drenado; alterações das características da incisão ou do exsudado/líquido drenado; tipo de penso feito (Potter et al, 2006). Os dados subjectivos relacionados com o nível e desconforto do cliente devem ser registados também.

2.3.2 Remoção dos Agrafos/Fios da Sutura

A remoção dos fios e agrafos de sutura é uma intervenção que consiste em retirar as linhas de sutura da pele de uma lesão em via de cicatrização. Contudo, cada pessoa é individual, bem como a natureza da sua lesão, estado de cicatrização, localização da cicatriz e o tipo de sutura utilizado tende a variar a permanência da sutura.

As suturas são linhas usadas para o encerramento de uma incisão cirúrgica, tanto nas camadas profundas dos tecidos, como nas camadas da pele (Potter et al, 2006).

As suturas da pele são aquelas que podem ser removidas e estas podem ser contínuas ou descontínuas. As suturas descontínuas são pontos separados, onde cada um tem o seu nó. Uma sutura contínua é uma linha que é passada em espiral e com intervalos iguais, ao longo de toda a sutura (Elkin, Perry e Potter, 2005).

Os agrafos são feitos de fio de aço e asseguram a força necessária à união dos bordos da incisão (Potter et al, 2006).

Se a cicatrização for adequada, os pontos e os agrafos podem ser removidos entre o 7º e o 10º dia após a cirurgia. Deixar as suturas demasiado tempo, torna a sua remoção mais difícil e aumenta o risco de infecção (Potter et al, 2006).

Normalmente, os fios e grafos de uma sutura são removidos alternadamente e em dois momentos, retirando os restantes quando a incisão está seguramente encerrada. Se durante este procedimento se verificar algum sinal de separação dos bordos da incisão, os restantes pontos/grafos não devem ser removidos e a situação deve ser comunicada ao médico (Potter et al, 2006).

Para a realização deste procedimento, o Enfermeiro deve reunir o seguinte material: tabuleiro; kit esterilizado para remoção de fios (pinça de dissecação e lâmina de bisturi) ou grafos (pinça de Michel); máscara cirúrgica; compressas esterilizadas; luvas esterilizadas, luvas limpas; “SteriStrips”; solução anti-séptica (Iodo-povidona); recipiente para cortantes; saco impermeável descartável.

É impreterível à realização deste procedimento, a lavagem higiénica das mãos de modo a prevenir a infecção cruzada.

Ao avaliar a sutura operatória, o Enfermeiro deve observar a aproximação dos bordos da incisão e a ausência de exsudado e inflamação (rubor, calor, edema e tumor), pois a presença de qualquer um destes sinais pode indicar a necessidade de retardar a remoção dos fios/grafos de sutura (Potter et al, 2006).

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), está preconizado fazer a limpeza da sutura com solução anti-séptica aquando retirada de pontos/grafos da sutura. Assim, é possível remover as bactérias da superfície da incisão e prevenir a infecção da solução de continuidade.

A colocação de “SteriStrips” na ferida operatória é um procedimento “opcional” por parte do Enfermeiro, mas revela ser uma intervenção importante na medida em que pode ser prevenida a deiscência da incisão (Potter et al, 2005).

No final do procedimento, o Enfermeiro deve proceder à realização dos registos de Enfermagem e estes devem indicar o seguinte: número de pontos ou grafos removidos (se for o caso, indicar que todos os pontos foram removidos), hora, nível de cicatrização da incisão e reacção do cliente. Em caso de deiscência, evisceração,

hemorragia ou exsudado purulento, registar que o médico foi notificado da situação (Potter et al, 2005).

2.3.3 Manipulação do Sistema de Drenagem

Os drenos controlam a equimose e permitem a saída de ar e líquidos, como soro, sangue, linfa, secreções intestinais, bÍlis e pus (Rothrock, 2008). Os drenos podem ser usados também para prevenir o desenvolvimento de infecções na profundidade da ferida.

Quando a acumulação de exsudados pode interferir com a cicatrização, o cirurgião introduz um dreno ou no local operado, directamente através da linha da sutura, ou através de um pequeno orifício feito perto da linha da sutura (Potter et al, 2005).

Existem dois tipos de sistema de drenagens portáteis, que têm uma unidade de vácuo para ligar ao tubo e que mantêm uma baixa pressão contínua, de modo a colectar o líquido drenado, sem fazer aspiração da parede (Potter et al, 2006). A selecção de um sistema de drenagem simples *versus* um fechado depende das necessidades do local a ser drenado, da actividade do paciente e da capacidade de cicatrização (Rothrock, 2008). Muitos tipos de drenos estão disponíveis e os mais comuns são feitos de látex, cloreto de polivinila ou silicone.

Segundo Potter et al (2006), o dreno de *Jacksson-Pratt* é usado quando se espera uma drenagem em pequena quantidade (100 – 200ml) e o sistema de *Hemovac* usa-se para grandes quantidades (até 500ml).

De acordo com Rothrock (2008), uma desvantagem dos sistemas de drenagem é que eles criam uma porta de entrada e saída de microrganismos, por isso o Enfermeiro deve ter cuidado ao esvaziar os reservatórios de drenagem para evitar a contaminação.

Para que o Enfermeiro possa proceder à vigilância e medição do líquido drenado, este deve reunir o seguinte material: recipiente graduado (se necessário); solução anti-séptica (álcool); compressas limpas; luvas limpas; penso estéril; recipiente esterilizado para colheitas (se necessário) (Potter et al, 2006).

Identificar o local de inserção do dreno ou o tipo de drenagem e verificar a permeabilidade do tubo são tarefas primordiais que o Enfermeiro deve ter em consideração. Os resultados esperados centram-se na promoção da cicatrização e no conforto, de modo a manter uma aspiração adequada e prevenir a infecção (Potter et al, 2006).

Para esvaziar o reservatório de *Hemovac*, o Enfermeiro deve verter o conteúdo para um recipiente, segurar os dois topos juntos com uma mão, limpar a abertura e a torneira com uma compressa embebida em álcool e refazer a ligação imediatamente. Deste modo é possível reduzir a transmissão de microrganismos e a compressão das superfícies do sistema de drenagem vai produzir vácuo (Potter et al, 2006). É importante também verificar sempre a permeabilidade do tubo de drenagem, pois assim previne-se o traumatismo e a pressão nos tecidos.

Para esvaziar o reservatório de *Jacksson-Pratt*, o Enfermeiro deve abrir a torneira em forma de bolbo, esvaziar o conteúdo para um recipiente e restabelecer o vácuo apertando o reservatório. Limpar os terminais da torneira com uma compressa embebida em álcool é uma intervenção que não deve ser esquecida, pois assim é possível prevenir infecções nosocomiais (Potter et al, 2006).

A drenagem pode ser irritante para a pele e conseqüentemente pode provocar quebra da integridade cutânea. Logo é importante observar a pele e mudar o penso do local de drenagem (Potter et al, 2006). É igualmente importante lembrar ao cliente para que mantenha sempre a drenagem a um nível inferior ao local de drenagem.

Para a remoção dos drenos, o Enfermeiro deve desligar a aspiração, abrindo a torneira (se se tratar de um dreno de *Jacksson-Pratt* ou *Hemovac*), pois a aspiração contínua aumenta o risco de lesão dos tecidos e aumenta a hemorragia (Potter et al,

2006). Após a sua remoção, deve ser colocado um penso compressivo no local do ex-dreno.

Para uma correcta avaliação é necessário: despejar o reservatório do dreno de 8/8h, ou menos, se este estiver a metade ou 2/3 cheio; observar se existe exsudado no local de inserção, o que pode indicar obstrução do sistema de drenagem e pedir ao cliente para descrever o nível de conforto (Potter et al, 2006).

No final, o Enfermeiro deve proceder aos registos de Enfermagem e estes devem conter a seguinte informação: quantidade de conteúdo despejado e as características do local de inserção e líquido drenado, funcionamento do sistema de drenagem, frequência com que é despejada no final de cada turno de Enfermagem e os dados subjectivos referentes ao desconforto do cliente (Potter et al, 2006).

Perante a revisão da literatura efectuada, surge a pergunta de investigação: quais são os cuidados de enfermagem prestados ao cliente no período pós-operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial, realizados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria?

Foram traçados os objectivos:

- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na execução do penso operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na remoção dos fios/agafos da sutura, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na manipulação do sistema de drenagem, como medida preventiva da infecção nosocomial.

3. Decisões Metodológicas

De acordo com Fortin (2009), é no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. Como tal, nesta fase selecciona-se quais os métodos referente às estratégias utilizadas para responder à questão de investigação e aos objectivos propostos.

3.1 Paradigma e Tipo de Estudo

Para a realização do trabalho de investigação, o investigador opta por um estudo de paradigma quantitativo, pois o “objectivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou proposições teóricas” (Fortin, 2009, p. 30). A partir deste método é possível recolher resultados susceptíveis de serem utilizados na prática e contribuir ao mesmo tempo para a validação do estudo.

Dentro deste paradigma, é realizado um estudo descritivo simples, pois segundo Fortin (2009, p. 237) o estudo descritivo “implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte dessa mesma população”.

3.2 População alvo, Amostra e Processo de Amostragem

“A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 311). Segundo Fortin (2009) é difícil estudar a população na sua totalidade. Como tal, o investigador opta por seleccionar a população acessível, o qual é constituída por todos os Enfermeiros que prestam cuidados de saúde nos serviços de Cirurgia I e II do HSM – Centro Hospitalar Lisboa e Norte (CHLN).

Os critérios de elegibilidade correspondem às características essenciais dos elementos da população (Fortin, 2009). Por isso, os critérios de inclusão preconizados para o referente estudo são: ser Enfermeiro na área de prestação de cuidados de saúde de Cirurgia e aceitar participar no estudo.

A amostra é constituída por 34 Enfermeiros que prestam cuidados de saúde nos serviços de Cirurgia I e II do HSM – CHLN e o processo de amostragem é não probabilístico aleatório simples.

3.3 Variáveis

De acordo com Fortin (2009, p. 172), as variáveis de atributo são “características pré-existentes dos participantes num estudo”. Assim sendo, as variáveis de atributo permitem obter um perfil demográfico dos profissionais de Enfermagem, logo as que são consideradas neste trabalho de investigação são: género, idade, habilitações académicas e experiência profissional.

Segundo Fortin (2009, p. 171), as “variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas”. Como tal, a variável de investigação que o autor pretende examinar é constituída pelos cuidados de enfermagem na manipulação da ferida operatória, como medida preventiva da infecção nosocomial. Para uma melhor compreensão da variável de investigação, esta foi subdividida em três dimensões: execução do penso operatório, remoção dos agrafos/fios de sutura e manipulação do sistema de drenagem. Por cada dimensão, foram criados indicadores de modo a operacionalizar a variável de investigação, apresentados respectivamente nas Tabelas 1, 2 e 3.

Dimensão	Indicadores
Execução do penso operatório	Lavagem e desinfecção das mãos
	Seleção do material
	Técnica de limpeza da sutura
	Colocação do penso estéril
	Notas de Enfermagem

Tabela 1 - Indicadores da dimensão - Execução do penso operatório

Dimensão	Indicadores
Remoção dos agramos/fios de sutura	Lavagem e desinfecção das mãos
	Limpeza e desinfecção da ferida
	Técnica de remoção dos agramos/fios de sutura
	Notas de Enfermagem

Tabela 2 - Indicadores da dimensão - Remoção dos agramos/fios de sutura

Dimensão	Indicadores
Manipulação do sistema de drenagem	Lavagem e desinfecção das mãos
	Esvaziamento dos reservatórios de drenagem
	Remoção dos sistemas de drenagem
	Notas de Enfermagem

Tabela 3 - Indicadores da dimensão - Manipulação do sistema de drenagem

3.4 Colheita de dados

A escolha do método de colheita de dados depende do tipo de investigação que vai ser utilizada. Segundo Fortin (2009, p. 368), “o investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação”.

Para a realização do presente trabalho de investigação, foi utilizado o questionário (Apêndice I) como instrumento de colheita de dados, pois segundo Fortin (2009) este tem como objectivo recolher informação sobre acontecimentos ou situações conhecidas.

Para a elaboração do questionário foram seguidas as etapas preconizadas por Fortin (2009) que consistem na determinação da informação a recolher, constituição de um banco de questões, formulação das questões, submeter o esboço do questionário à revisão, pré-testar o questionário e redigir a introdução e directrizes.

Toda a informação do questionário foca-se nos cuidados de enfermagem a ter com a ferida operatória, como medida preventiva da IN. Assim sendo, o questionário é dividido em quatro partes (caracterização do participante, execução do penso operatório, remoção dos agrafos/fios de sutura e manipulação do sistema de drenagem), constituído por 31 questões de resposta fechada e todas elas relacionadas com a variável de investigação. Nas opções de resposta, foram incorporadas respostas incorrectas de modo a validar as opções correctas.

3.5 Pré-teste

De acordo com Fortin (2009), o pré-teste é a prova que permite verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma pequena amostra da população. Como tal, o pré-teste foi aplicado no dia 25 de Julho a cinco Enfermeiros de um serviço de Cirurgia do Hospital Fernando Fonseca. No decorrer dessa prova, não foram comunicadas, por parte dos Enfermeiros, anomalias na formulação das questões.

3.6 Considerações Éticas

De acordo com Fortin (2009, p. 181), “qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética.” É essencial proteger os direitos e as liberdades dos sujeitos que participam nos estudos de investigação. Neste sentido, o investigador rege-se pelos princípios éticos do Relatório de Belmont (1978) – Comissão Nacional para a Protecção da Pessoa Humana sujeita à Pesquisa Médica e Comportamental (CNPPHMC).

Segundo a CNPPHMC (2005), existem três princípios básicos que são particularmente relevantes à ética da pesquisa envolvendo seres humanos: princípio da beneficência, respeito à dignidade humana e o princípio de justiça.

O princípio do respeito à dignidade humana subdivide-se em dois requerimentos morais: direito à autodeterminação e direito de revelação completa (CNPPHMC, 2005). No direito à autodeterminação os sujeitos têm o direito de decidir voluntariamente se querem fazer parte do estudo, sem o risco de se sujeitarem a penalidades. O direito à revelação completa consiste no facto de os sujeitos conhecerem a natureza do estudo em toda a sua extensão e onde todos os dados obtidos da investigação são dados a conhecer (Fortin, 2009). O consentimento livre e esclarecido assenta neste princípio e segundo Fortin (2009), ele é violado se a pessoa for obrigada a participar ou se a sua autonomia é reduzida.

O princípio da beneficência é entendido como uma obrigação, onde este consiste na isenção de dano, isenção de exploração e relação risco/benefício. A isenção de dano baseia-se em não expor os sujeitos a experiências que resultem em danos físicos ou psicológicos ou que possam resultar em danos graves ou permanentes. A isenção de exploração permite determinar que a participação no estudo não venha a ser utilizada contra os sujeitos do estudo e consiste também em não colocar os sujeitos do estudo em desvantagem. A relação risco/benefício permite estabelecer que os potenciais riscos nunca devem exceder aos benefícios envolvidos e como tal estes devem ser analisados com precaução.

Segundo CNPPHPMC (2005), o princípio de justiça consiste no direito que os sujeitos têm em receber um tratamento justo e imparcial, antes, durante e após a realização do estudo de investigação. Uma injustiça ocorre, quando algum benefício a que uma pessoa tem o direito é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo é imposto indevidamente (CNPPHPMC, 2005, p. 6).

De modo a assegurar todos os valores anteriormente descritos, foi enviada uma carta a solicitar autorização (Apêndice II) à Direcção Geral de Enfermagem do Centro Hospital Lisboa e Norte do Hospital de Santa Maria. Todos os Enfermeiros que participaram no estudo, receberam uma carta explicativa do estudo (Apêndice IV), bem como do consentimento informado (Apêndice V).

4. Resultados

Neste capítulo é realizada toda a análise dos dados obtidos sob a forma de quadros e gráficos. É conveniente apresentar os dados com este formato, pois assim é possível analisar a informação recolhida de uma forma mais clara e concisa. De modo a tornar esta análise exequível, são relacionados os dados obtidos com o enquadramento teórico apresentado anteriormente.

Os dados recolhidos advêm da entrega de questionários nos serviços de Cirurgia I e II do HSM. O serviço de Cirurgia I está dividido em dois sectores e tem uma capacidade para cerca de 40 clientes de ambos os géneros. O serviço de Cirurgia II está dividido em três sectores: masculino, feminino e uma unidade de cuidados intensivos. Tem capacidade para 46 clientes de ambos os géneros. Para dar resposta a este movimento, o serviço de Cirurgia I conta com 30 Enfermeiros e o de Cirurgia II com 35 Enfermeiros.

Dentre os diversos tipos de gráficos estatísticos existentes, alguns são fundamentais pela sua utilidade, simplicidade e melhor visualização da informação neles contida (Iica, 2009). Os gráficos apresentados têm a forma de gráfico de colunas, pois a sua finalidade é de comparar dados de uma série estatística e do qual também podem ser usadas uma ou mais variáveis; gráfico de barras, pois estes permitem ajustar o tamanho da legenda quando esta é longa e gráfico de sectores em círculo, quando o seu objectivo é de comparar uma determinada parcela em relação ao total.

4.1 Variáveis de atributo

4.1.1 Género

De acordo com a Tabela 4 e Figura 1, pode-se verificar que a amostra é constituída por Enfermeiros de ambos os géneros, sendo que a maioria dos Enfermeiros são do género feminino, 82,4% (28) e 17,6% (6) são do género masculino.

Através destes dados, pode-se aferir que o género com maior representatividade é o feminino. Segundo a OE (2008), os Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros a 31 de Dezembro de 2007 era de 44307 para o género feminino e 10183 para o género masculino, o que nos parece concordante com a amostra do estudo.

Género	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Feminino	28	82,4	82,4
Masculino	6	17,6	100
Total	34	100	-

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao género

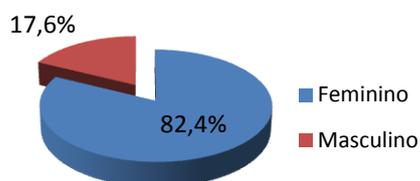


Figura 1 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao género

4.1.2 Idade

De acordo com a Tabela 5, verifica-se que a idade mínima dos participantes é 23 anos e idade máxima é 56 anos. Com estes dados pode-se constatar que os Enfermeiros dos serviços de cirurgia I e II do HSM são bastante jovens, pois a média de idades é de 31,2 anos. Este resultado corrobora com valores nacionais porque segundo a OE (2010), os Enfermeiros que se encontram activos são relativamente jovens.

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	34	23	56	31,2	7,27

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros quanto à idade

4.1.3 Habilitações académicas

Analisando a Tabela 6 e a Figura 2, verifica-se que 17,6% (6) dos Enfermeiros possuem o grau académico de Bacharelato. A maioria dos Enfermeiros, 52,9% (18), possui o grau de Licenciatura em Enfermagem, 17,6% (6) possui uma Pós-Graduação em Enfermagem e 11,8% (4) possui um curso de Especialização em Enfermagem. Na amostra não existe nenhum Enfermeiro com Mestrado ou Doutoramento.

De acordo com a OE (2008, p. 7), 55,4% (30028) dos Enfermeiros possuem o grau académico de Licenciatura, num total de 54220 Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros. O mesmo documento refere ainda que existe aproximadamente cerca de 29,5% de Enfermeiros com grau académico de Bacharelato. “Apenas uma pequena percentagem, possui um grau académico de nível mais elevado” (OE, 2008, p. 7). Neste sentido os valores apresentados pela OE corroboram os resultados obtidos no estudo.

Habilitações académicas	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Bacharelato	6	17,6	17,6
Licenciatura em enfermagem	18	52,9	70,6
Pós-graduação em enfermagem	6	17,6	88,2
Curso de especialização em enfermagem	4	11,8	100
Mestrado	0	0	-
Doutoramento	0	0	-
Total	34	100	-

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao grau académico

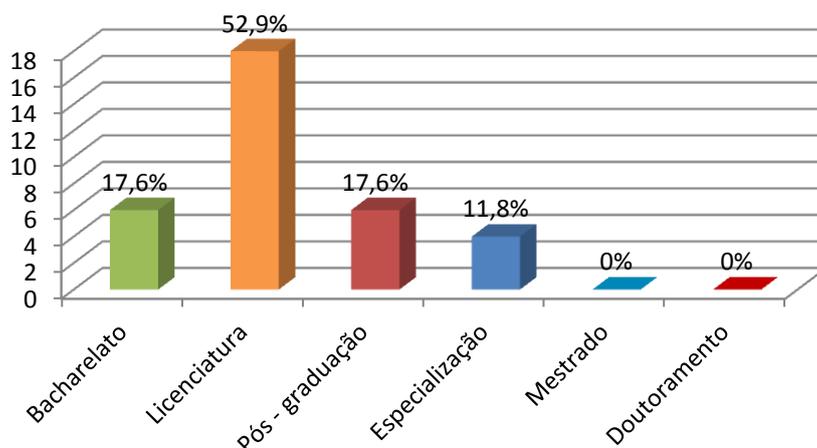


Figura 2 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao grau académico

4.1.4 Experiência profissional

Pelos resultados obtidos na Tabela 7, é possível verificar que o tempo mínimo de experiência profissional é de um ano e o tempo máximo é de 30 anos. A média de exercício profissional dos Enfermeiros é de 8,3 anos. Segundo Benner (2001), já são considerados peritos. A mesma autora refere que a experiência na Enfermagem fornece a proficiência, autoridade intelectual e científica, que pode ser entendida como associação entre o conhecimento teórico e o conhecimento prático (Benner, 2001).

Experiência profissional (anos)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	34	1	30	8,3	6,76

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de experiência profissional

4.1.5 Tempo de exercício profissional no serviço

Os resultados obtidos através da Tabela 8, referentes ao tempo de exercício profissional no serviço, mostram um tempo mínimo de 0,2 anos e um tempo máximo de 17 anos para os Enfermeiros que exercem Enfermagem nos serviços de cirurgia I e II. A média do tempo de exercício profissional é de 5,4 anos. Segundo Bennar (2001), a

habilidade e o fruto da experiência neste domínio promove o ganho de competências na prática quotidiana.

Tempo de exercício profissional no serviço (anos)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	34	0,2	17	5,4	4,1

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de exercício profissional no serviço

4.1.6 Existência de norma no serviço

De acordo com a análise da Tabela 9 e da Figura 3, pode-se verificar que a maioria dos enfermeiros, 76,5% (26), tem conhecimento da existência de uma norma no serviço referente à prevenção da infecção nosocomial no período peri-operatório. Revela-se no entanto que, 23,5% (8) dos enfermeiros, não têm conhecimento da existência dessa norma.

Acrescenta-se que a Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do HSM, possui uma norma (nº4) referente à prevenção da infecção cirúrgica. Esta foi actualizada em Março de 2006 e conseqüentemente implementada nos serviços de cirurgia I e II do HSM.

Existência de norma no serviço	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sim	26	76,5	76,5
Não	8	23,5	100
Total	34	100	-

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros quanto à existência de norma no serviço

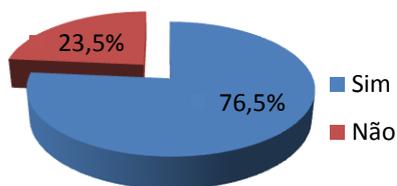


Figura 3 - Distribuição dos enfermeiros quanto à existência de norma no serviço

4.2 Variável de investigação – Execução do penso operatório

4.2.1 Lavagem das mãos aquando da realização do penso operatório

Através da análise da Tabela 10 e da Figura 4, pode-se verificar qual o comportamento dos Enfermeiros perante este procedimento. Precisamente 67,6% (23) dos Enfermeiros realiza a lavagem das mãos antes de proceder à preparação do material e apenas 11,8% (4) realiza a lavagem das mãos após proceder à preparação do material. Deve-se proceder à lavagem higiénica das mãos, de modo a prevenir a infecção cruzada. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), a lavagem das mãos deve ser efectuada antes e após a preparação do material.

Contudo, verifica-se que 67,6% (23) dos Enfermeiros realiza a lavagem das mãos antes de proceder à técnica de execução do penso operatório e 76,5% (26) realiza o mesmo procedimento após a realização da técnica. Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), a lavagem das mãos deve ser realizada antes e após as mudanças do penso ou de qualquer contacto com o local da incisão. Este parâmetro é sustentado pela categoria **IB**.

Lavagem das mãos aquando da realização do penso operatório	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Antes de proceder à preparação do material	23	67,6
Após proceder à preparação do material	4	11,8
Antes de proceder à técnica de execução do penso operatório	23	67,6
Após a realização da técnica	26	76,5
Não efectuo	0	0

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da realização do penso operatório

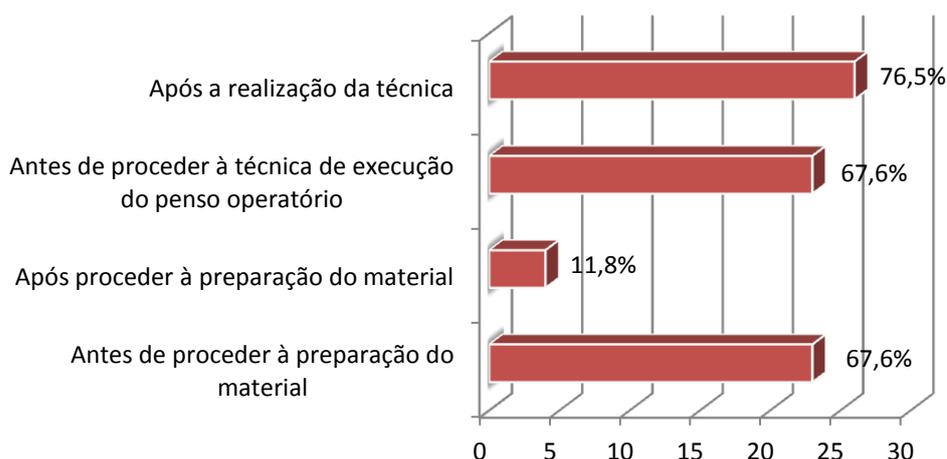


Figura 4 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da realização do penso operatório

4.2.2 Produtos utilizados para a lavagem e desinfecção das mãos

De acordo com a Tabela 11 e a Figura 5, todos os Enfermeiros utilizam pelo menos um dos produtos para a lavagem/desinfecção das mãos: água e sabão ou solução anti-séptica. 32,4% (11) dos Enfermeiros inquiridos utilizam somente água e sabão para a lavagem das mãos; 8,8% (3) utiliza solução anti-séptica para proceder à desinfecção das mãos. Os restantes Enfermeiros, 58,8% (20) referem utilizar ambos os produtos. De

acordo com a norma nº3 (2002) da CCIH do HSM, a lavagem das mãos é a principal medida de controlo da infecção nosocomial. O mesmo documento refere que em situações em que as mãos se encontrem visivelmente limpas pode optar-se pela utilização de um soluto alcoólico, pois a eficácia na redução da flora transitória é idêntica ou superior. A utilização de um agente anti-séptico é essencial na eliminação da flora residente.

Produtos utilizados para a lavagem/desinfecção das mãos	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Água e sabão	11	32,4	32,4
Solução anti-séptica	3	8,8	41,2
Ambos	20	58,8	100
Nada	0	0	-
Total	34	100	-

Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos produtos utilizados para a higienização das mãos

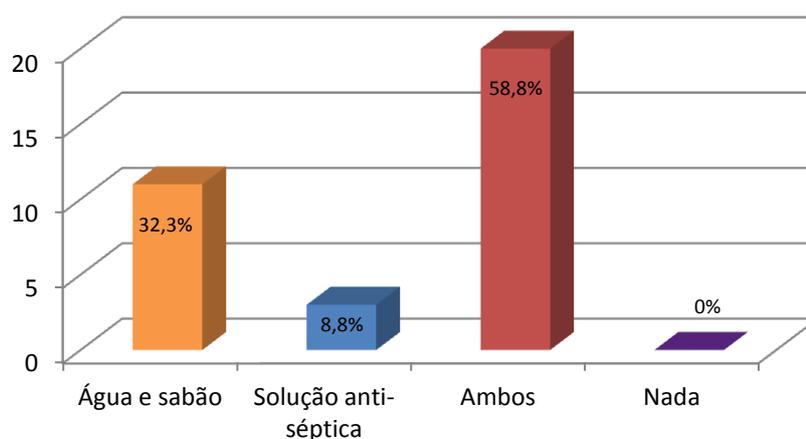


Figura 5 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos produtos utilizados para a higienização das mãos

4.2.3 Selecção do material para execução do penso operatório

Através da análise da Tabela 12 e da Figura 6, conclui-se que 100% (34) dos Enfermeiros utiliza o soro fisiológico 0,9%, penso estéril e compressas esterilizadas

para a execução do penso da ferida operatória. Verifica-se assim que os Enfermeiros participantes no estudo seguem o protocolo pela Norma nº4 referente à prevenção da infecção cirúrgica (2006). Esta refere que a utilização de soro fisiológico, penso estéril e compressas esterilizadas são essenciais no período pós-operatório como medida de prevenção da infecção nosocomial.

Na presente amostra, é possível verificar que 38,2% (13) dos Enfermeiros utiliza o tabuleiro para transporte do material; 61,8% (21) e 94,1% (32) utilizam, respectivamente, campo esterilizado e luvas esterilizadas. Estes parâmetros encontram-se em concordância com o Boletim trimestral (2006) da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do HSM.

67,6% (23) dos Enfermeiros utilizam luvas limpas e 23,5% (8) utiliza máscara cirúrgica. É de ressaltar que o uso de máscara cirúrgica é imprescindível na execução do penso operatório, visto esta impedir que os microorganismos existentes nas mucosas oral e nasal do profissional de saúde, se possam depositar sobre a ferida operatória e consequentemente provocar uma infecção nosocomial (Monteiro et al, 2000).

Relativamente aos restantes materiais, pode-se constatar que 47,1% (16) dos Enfermeiros utilizam taça esterilizada e recipiente para cortantes; 61,8% (21) e 32,4% (11) dos Enfermeiros, respectivamente, utilizam saco de sujos e resguardo impermeável como material para a execução do procedimento. A selecção do saco de sujos revela ser uma medida importante como prevenção da infecção nosocomial (Potter et al, 2006).

Por fim, 41,2% (14) dos profissionais de saúde, revela seleccionar solução anti-séptica como material para a execução do penso da ferida operatória. De acordo com a Norma nº4 (2006) do HSM, esta medida não se revela ser necessária, visto que a administração de solução anti-séptica na ferida operatória atrasa o período de cicatrização.

Seleção de material para execução do penso operatório	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Tabuleiro	13	38,2
Soro fisiológico 0,9%	34	100
Penso estéril	34	100
Compressas esterilizadas	34	100
Campo esterilizado	21	61,8
Luvras limpas	23	67,6
Compressas limpas	5	14,7
Máscara cirúrgica	8	23,5
Taça esterilizada	16	47,1
Luvras esterilizadas	32	94,1
Saco de sujos	21	61,8
Resguardo impermeável	11	32,4
Recipiente para cortantes	16	47,1
Solução anti-séptica	14	41,2

Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros quanto à selecção do material para execução do penso operatório

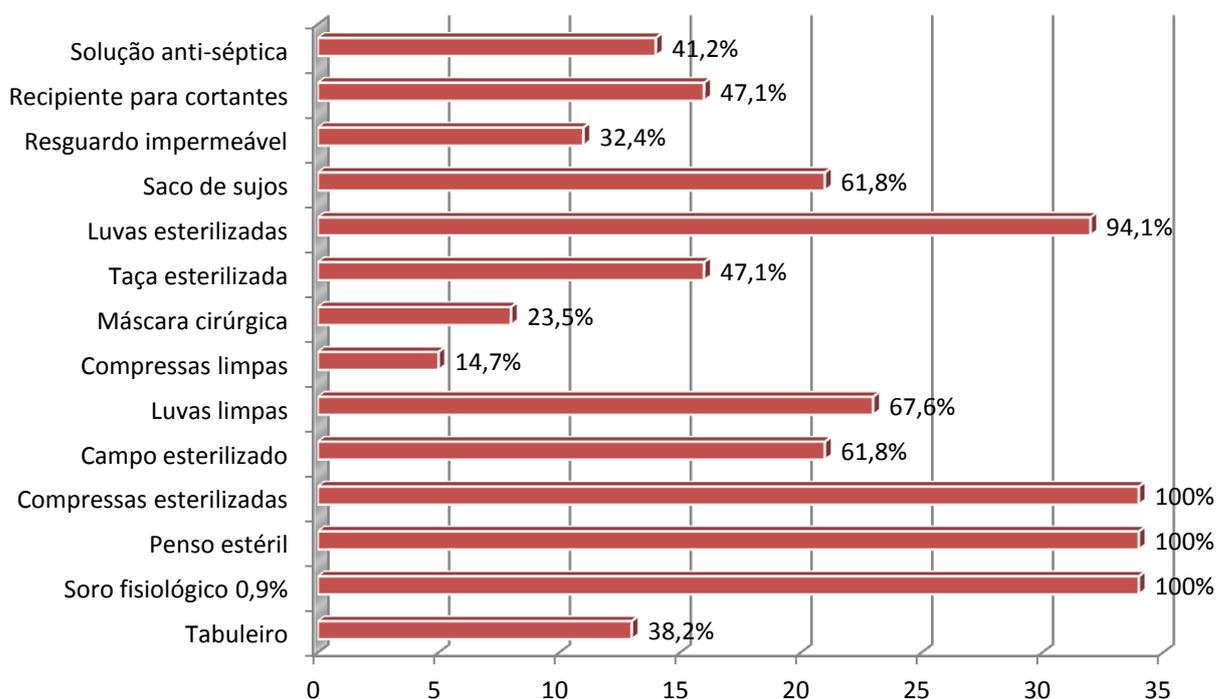


Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros quanto à selecção do material para execução do penso operatório

4.2.4 Explicação do procedimento ao utente aquando da execução do penso operatório

A análise da Tabela 13 e Figura 7, permite de uma forma clara e concisa perceber como o Enfermeiro actua e aborda o utente perante este procedimento, sendo que 73,5% (25) dos Enfermeiros refere que explica sempre o procedimento antes de proceder à execução do penso operatório e 26,5% (9) menciona que por vezes explica o mesmo procedimento.

Todo o procedimento deve ser explicado de forma a minimizar a ansiedade e obter a colaboração da pessoa na prestação dos cuidados (Potter et al, 2005). Ao obter o consentimento do utente para a execução do penso operatório, é possível garantir ao Enfermeiro uma maior segurança na manipulação da ferida cirúrgica.

Explicação do procedimento antes da execução do penso operatório	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sempre	25	73,5	73,5
Por vezes	9	26,5	100
Não	0	0	-
Total	34	100	-

Tabela 13 - Distribuição dos enfermeiros quanto à explicação do procedimento ao utente aquando da execução do penso operatório

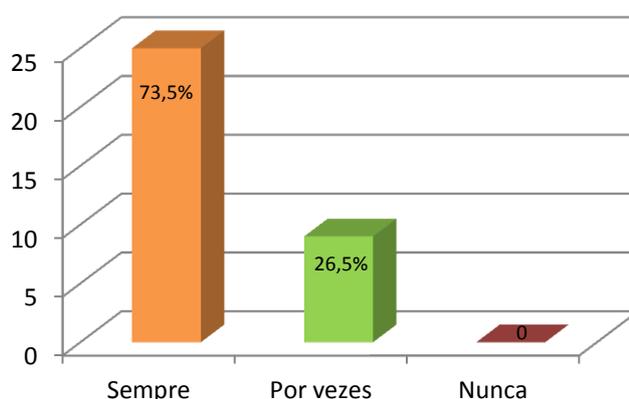


Figura 7 - Distribuição dos enfermeiros quanto à explicação do procedimento ao utente aquando da execução do penso operatório

4.2.5 Levante do penso operatório

De acordo com a Tabela 14 e Figura 8, é possível concluir que 5,9% (2) dos Enfermeiros fazem o levante do penso operatório antes das 48h após a cirurgia como rotina, 17,6% (6) não promovem o levante do mesmo e 76,5% (26) dos Enfermeiros fazem o levante do penso antes das 48h após a cirurgia, mas só em situações pontuais. De acordo com a Norma nº4 (2006) do CCIH, o penso primário não deve ser removido antes das 48h após cirurgia, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado). Esta medida é fortemente recomendada, apoiada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica (**Cat. IB**).

Levante do penso operatório antes das 48h após cirurgia	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sim	2	5,9	5,9
Não	6	17,6	23,5
Situações pontuais	26	76,5	100
Total	34	100	-

Tabela 14 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao levante do penso operatório

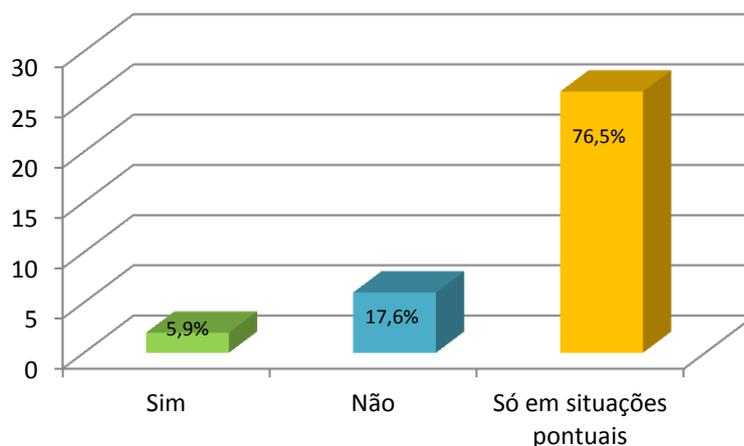


Figura 8 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao levantar do penso operatório

4.2.6 Protecção da incisão

Analisando a Tabela 15 e Figura 9, conclui-se que a maioria dos Enfermeiros, 88,2% (30) protege sempre a incisão com técnica asséptica 48h após a cirurgia; 8,8% (3) dos Enfermeiros protegem por vezes a incisão com a mesma técnica 48h após a cirurgia e 2,9% (1) refere que nunca protege a incisão.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), a necessidade de cobrir a incisão após as primeiras 48 horas é uma questão não resolvida, pois ainda não existe consenso quanto à sua eficácia.

Protecção da incisão com técnica asséptica 48h após cirurgia	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sempre	30	88,2	88,2
Por vezes	3	8,8	97,1
Nunca	1	2,9	100
Total	34	100	-

Tabela 15 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da incisão com técnica asséptica 48h após cirurgia

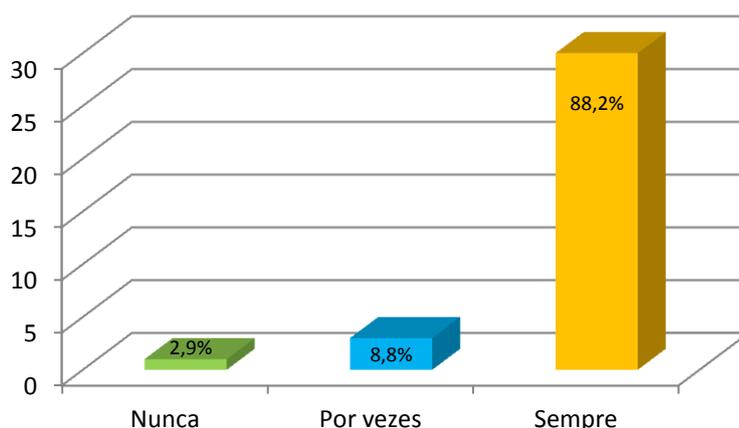


Figura 9 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da incisão com técnica asséptica 48h após cirurgia

4.2.7 Soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção

Segundo a Tabela 16 e a Figura 10, é possível concluir que a maioria dos Enfermeiros dos serviços de cirurgia I e II, 94,1% (32), utiliza solução estéril como soluto para a limpeza da ferida operatória que cicatriza por primeira intenção. Revela-se que 5,9% (2) dos Enfermeiros utiliza solução estéril e solução anti-séptica (ambos) para a limpeza da ferida operatória.

De acordo com a Norma nº4 (2006) do CCIH, as feridas que cicatrizam por primeira intenção devem ser limpas com solução estéril (ex. soro fisiológico 0,9%), de modo a remover todos os restos de matéria orgânica como sangue, pele e secreções. A administração de anti-sépticos na pele atrasa o processo de cicatrização (Potter et al, 2006).

Soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Solução estéril	32	94,1	94,1
Solução anti-séptica	0	0	94,1
Ambos	2	5,9	100
Não utiliza	0	0	-
Total	34	100	-

Tabela 16 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção

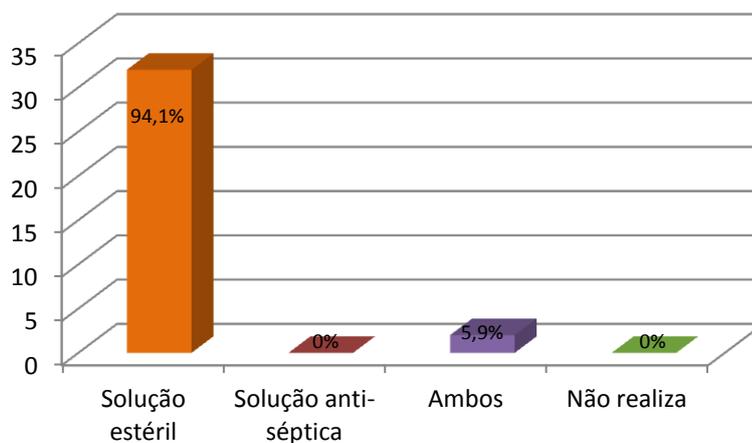


Figura 10 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção

4.2.8 Soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção

De modo a obter maior entendimento acerca do procedimento que é efectuado pelos Enfermeiros para a limpeza da ferida operatória, o investigador quis saber se é feita alguma distinção entre as feridas que cicatrizam por primeira intenção e pelas feridas que cicatrizam por segunda intenção.

Como tal e através da análise da Tabela 17 e da Figura 11, 64,7% (22) dos Enfermeiros utilizam solução estéril como soluto para a limpeza da ferida que cicatriza

por segunda intenção; 8,8% (3) utiliza solução anti-séptica e 26,5% (9) dos Enfermeiros utilizam ambos os solutos para a limpeza da ferida operatória.

De acordo com a Norma nº 4 (2006) da CCIH do HSM, tanto as feridas fechadas como as abertas que cicatrizam por segunda intenção devem ser limpas com solução estéril. Não devem ser administradas soluções anti-sépticas nas feridas que cicatrizam por segunda intenção (Potter et al, 2006).

Soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Solução estéril	22	64,7	64,7
Solução anti-séptica	3	8,8	73,5
Ambos	9	26,5	100
Não utiliza	0	0	-
Total	34	100	-

Tabela 17 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção

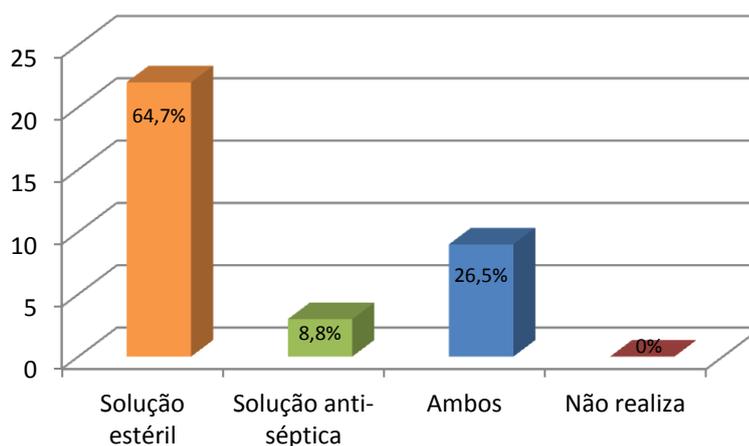


Figura 11 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção

4.2.9 a) Limpeza da ferida operatória

De modo a que o investigador conseguisse obter um maior esclarecimento acerca deste procedimento, a seguinte questão foi dividida em duas alíneas para que seja possível uma melhor análise da mesma.

Através da análise da Tabela 18 e da Figura 12, verifica-se que a quase total percentagem dos Enfermeiros, 91,2% (31), realiza apenas uma passagem com cada compressa na limpeza ferida operatória e 8,8% (3) dos Enfermeiros realiza mais do que uma passagem com cada compressa na limpeza da ferida operatória.

Para a realização deste procedimento, está protocolado a utilização de apenas uma compressa esterilizada para a execução de um único movimento na limpeza da ferida operatória (Potter et al, 2005). Assim é possível evitar a proliferação de microrganismos pela ferida operatória.

Limpeza da ferida operatória	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Realizo apenas uma passagem com cada compressa	31	91,2
Realizo mais do que uma passagem com cada compressa	3	8,8
Sem critérios	0	0
Total	34	100

Tabela 18 - Distribuição dos enfermeiros quanto à manipulação de compressas na limpeza da ferida operatória

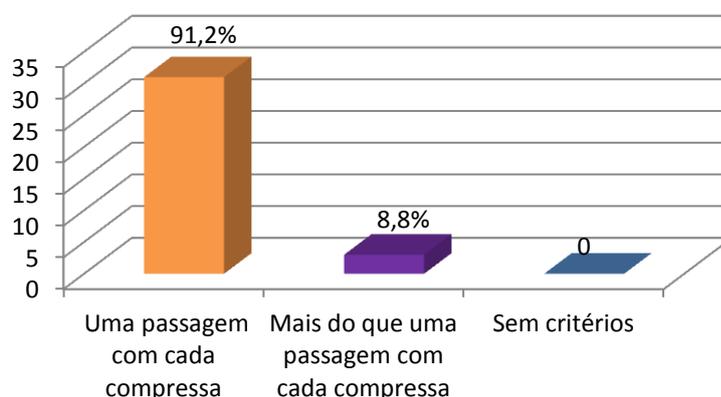


Figura 12 - Distribuição dos enfermeiros quanto à manipulação de compressas na limpeza da ferida operatória

4.2.10 b) Limpeza da ferida operatória

Para a investigação da mesma questão, verifica-se que através da análise da Tabela 19 e da Figura 13, 2,9% (1) dos Enfermeiros promove a limpeza da ferida operatória da parte mais suja, para a mais limpa e 97,1% (33) realiza a limpeza da ferida operatória da parte mais limpa, para a mais suja.

De acordo com Potter et al (2006), a sutura deve ser limpa de cima para baixo e sempre da parte mais limpa para a mais suja, pois assim é possível evitar a passagem de microrganismos da pele circundante para a incisão.

Limpeza da ferida operatória	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Limpo da parte mais suja, para a mais limpa	1	2,9
Limpo da parte mais limpa, para a mais suja	33	97,1
Sem critérios	0	

Tabela 19 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao sentido da limpeza da ferida operatória

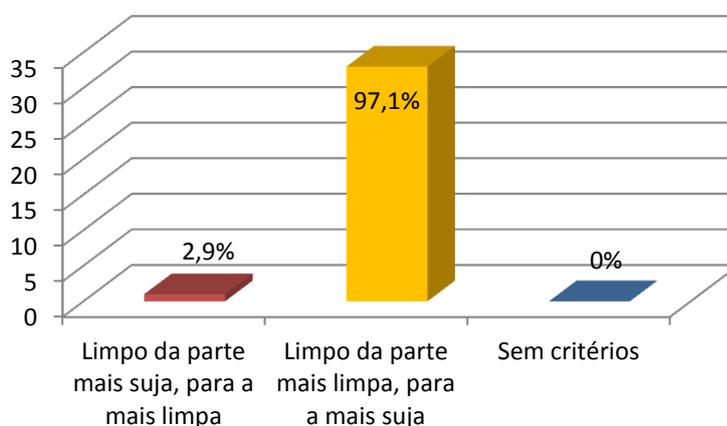


Figura 13 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao sentido da limpeza da ferida operatória

4.2.11 Protecção da saída do dreno

Analisando a Tabela 20 e a Figura 14, é possível concluir que 73,5% (25) dos Enfermeiros não protege a saída do dreno com o mesmo penso que cobre a incisão operatória e 26,5% (9) refere que por vezes o penso que protege a ferida operatória, é o mesmo que protege a saída do dreno.

De acordo com a CCIH (2006) do HSM, os pensos, quer da ferida operatória, quer da saída do dreno, devem ser independentes. O penso da saída do dreno deve então ser individualizado (Norma nº4, 2006).

Penso que protege a ferida operatória, é o mesmo que protege a saída do dreno	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sim	0	0	0
Por vezes	9	26,5	26,5
Não	25	73,5	100
Total	34	100	-

Tabela 20 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da saída do dreno

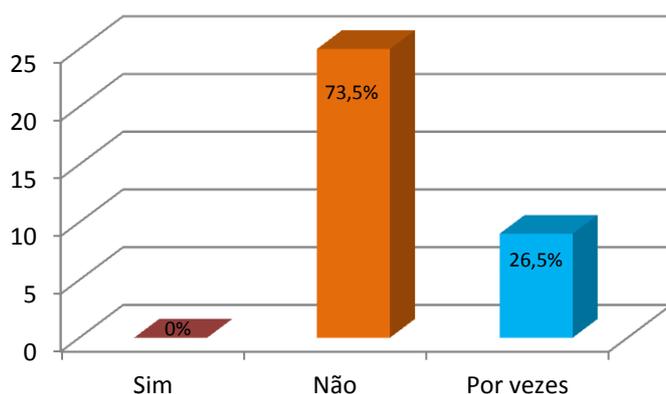


Figura 14 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da saída do dreno

4.2.12 Protecção da área circundante da ferida

A análise da Tabela 21 e da Figura 15 é conclusiva no que se refere à protecção da pele peri-incisional, ou seja, 11,8% (4) dos Enfermeiros mencionam que utilizam creme hidratante, 14,7% (5) refere que dá preferência à vitamina A, 5,9% (2) utiliza óleo de amêndoas doces e a maior percentagem de Enfermeiros, 67,6% (23), referem que não protegem a pele peri-incisional.

A utilização de creme hidratante ou vitamina A na pele circundante da ferida, pode prevenir o aparecimento de algumas infecções dermatológicas (ex. dermatites de contacto) (Potter et al, 2006), mas esta questão pode evidenciar algum desacordo, pois a aplicação de creme hidratante ou óleo de amêndoas doces pode não permitir uma correcta aderência do penso estéril à pele. Uma alternativa que se tem evidenciado eficaz e eficiente, é a aplicação de Cavilon® na pele peri-incisional, pois para além de proteger a pele de infecções, promove a aderência do penso à pele (Purser, 2009).

Protecção da área circundante da ferida operatória	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Creme hidratante	4	11,8	11,8
Vitamina A	5	14,7	26,5
Óleo de amêndoas doces	2	5,9	32,4
Não protejo	23	67,6	100
Total	34	100	-

Tabela 21 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da pele peri-incisional

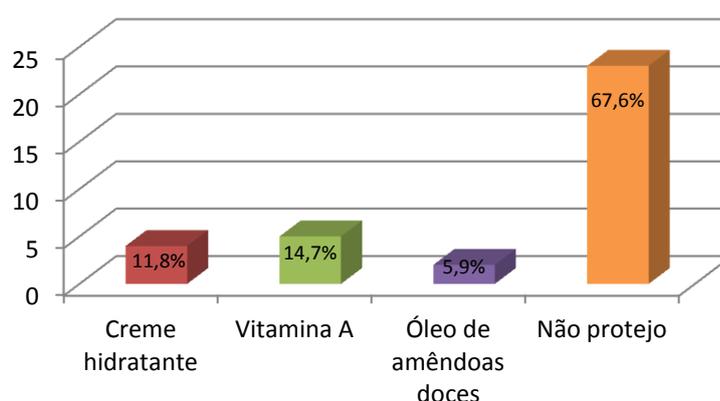


Figura 15 - Distribuição dos enfermeiros quanto à protecção da pele peri-incisional

4.2.13 Registos em diário de enfermagem

Para finalizar a análise da variável de investigação, execução do penso operatório, o investigador extrapolou os objectivos inicialmente definidos e considerou igualmente pertinente avaliar o que é registado em diário de enfermagem. Como tal e através da análise da Tabela 22 e Figura 16, o registo mais comum refere-se às características da ferida, que corresponde a 100% (34) dos Enfermeiros que o efectuam; 97,1% (33) refere que regista a localização da ferida operatória; 94,1% (32) dos Enfermeiros registam o tipo de penso que é realizado, bem como as características do exsudado; 85,3% (29) refere que regista a avaliação/evolução da cicatrização; em relação à data e hora, 50% (17) dos Enfermeiros referem que efectuam este registo; e 29,4% (10) menciona que regista a reacção da pessoa.

De acordo com Potter et al (2006), todos estes registos são essenciais para uma correcta prestação de cuidados de saúde e ao mesmo tempo promover uma monitorização assertiva do cliente. É de ressaltar que apenas 29,4% dos Enfermeiros efectuem registos relacionados com o nível e desconforto do cliente. O nível de conforto está directamente relacionado com a incisão ou indirectamente com a tensão muscular e imobilidade (Elkin et al, 2005).

Registo em diário de enfermagem – Execução do penso operatório	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Data e hora	17	50
Tipo de penso	32	94,1
Localização	33	97,1
Reacção da pessoa	10	29,4
Características da ferida	34	100
Características do exsudado	32	94,1
Avaliação/evolução da cicatrização	29	85,3

Tabela 22 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos de enfermagem na execução do penso operatório

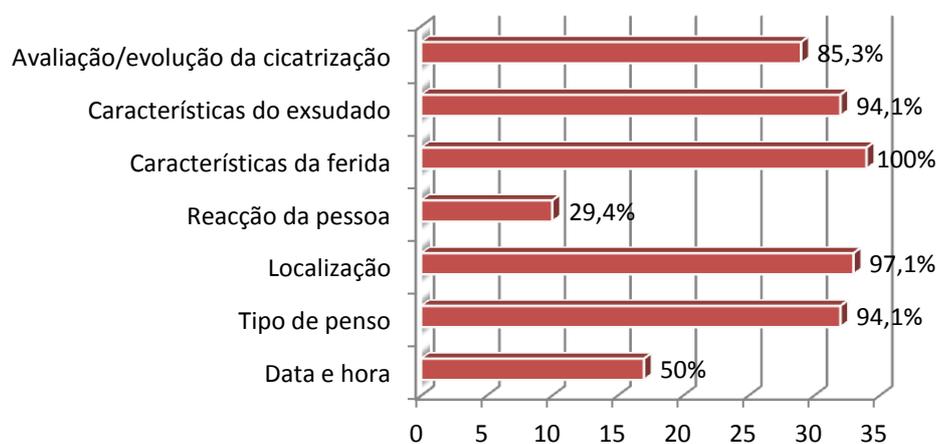


Figura 16 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos de enfermagem na execução do penso operatório

4.3 Dimensão – Remoção dos agrafos/fios de sutura

4.3.1 Lavagem das mãos aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura

Pela observação da Tabela 23 e da Figura 17, é possível constatar que nenhum dos Enfermeiros não efectua a lavagem das mãos em pelo menos num dos momentos, sendo que 73,5% (25) dos Enfermeiros refere que realiza a lavagem das mãos antes de proceder à preparação do material; 17,6% (6) dos Enfermeiros menciona que executa o mesmo procedimento, mas após a preparação do material; 61,8% (21) refere que realiza a lavagem das mãos antes de proceder à técnica de remoção dos agrafos/fios de sutura e 79,4% (27) efectua a lavagem das mãos após a realização da técnica.

Pode-se verificar que a maioria dos Enfermeiros realiza a lavagem das mãos antes de proceder à preparação do material e após a realização da técnica, o que se encontra de acordo com a Norma nº3 (2002) da CCIH do HSM.

Ao realizar a técnica de remoção dos agrafos/fios de sutura, quando é que efectua a lavagem das mãos	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Antes de proceder à preparação do material	25	73,5
Após proceder à preparação do material	6	17,6
Antes de proceder à técnica de remoção dos agrafos/fios de sutura	21	61,8
Após a realização da técnica	27	79,4
Não efectuo	0	0

Tabela 23 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura

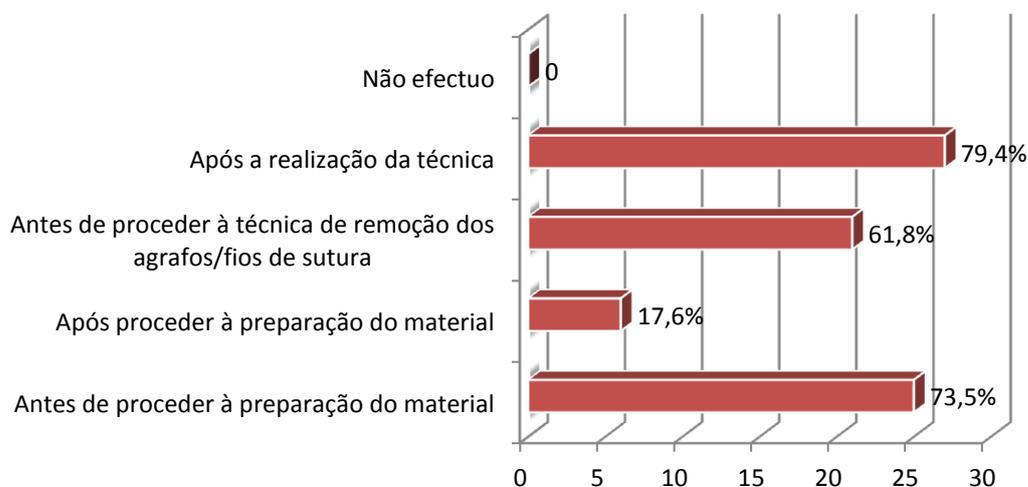


Figura 17 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura

4.3.2 Limpeza/desinfecção da sutura aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura

A investigação a esta questão é bastante conclusiva, na medida em que através da análise da Tabela 24 e da Figura 18, verifica-se que 100% (34) dos Enfermeiros refere realizar a limpeza/desinfecção da incisão operatória, antes de remover os agrafos/fios de sutura.

Pode-se verificar que todos os Enfermeiros realizam a limpeza/desinfecção da sutura antes da remoção dos agrafos/fios de sutura, o que encontra conformidade preconizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004).

Limpeza/desinfecção da ferida, aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sim	34	100	100
Não	0	0	-
Total	34	100	-

Tabela 24 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza/desinfecção da sutura aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura

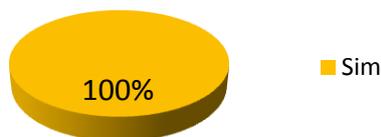


Figura 18 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza/desinfecção da sutura aquando da remoção dos grafos/fios de sutura

4.3.3 Solutos utilizados na limpeza/desinfecção da ferida operatória

De acordo com a análise da Tabela 25 e da Figura 19, conclui-se que 85,3% (29) dos Enfermeiros utiliza o soro fisiológico como soluto para a limpeza da ferida cirúrgica e 47,1% (16) utiliza a Iodopovidona como soluto para a desinfecção da incisão operatória. Nenhum Enfermeiro utiliza o Éter, soluto de Dakin, água oxigenada e álcool como soluto para a execução do mesmo procedimento.

De acordo com a Norma nº4 (2006) da CCIH do HSM, não devem ser utilizados anti-sépticos nas feridas operatórias, excepto quando da retirada dos pontos. Assim é possível remover as bactérias da superfície da incisão e prevenir a infecção da sutura. Como tal, 47,1% dos Enfermeiros encontra-se em concordância com esta norma.

Solutos utilizados na limpeza/desinfecção da ferida	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Soro fisiológico 0,9%	29	85,3
Iodopovidona	16	47,1
Éter	0	0
Solutos de Dakin	0	0
Água oxigenada	0	0
Álcool 70°	0	0

Tabela 25 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado na limpeza/desinfecção da ferida operatória

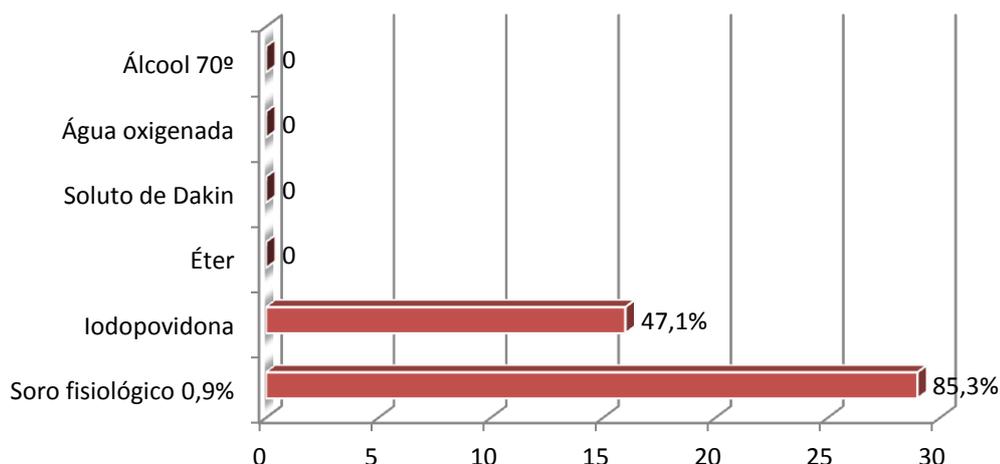


Figura 19 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao soluto utilizado na limpeza/desinfecção da ferida operatória

4.3.4 Procedimento de remoção da sutura com pontos separados

Segundo a Tabela 26 e a Figura 20, verifica-se que 12,1% (4) dos Enfermeiros realiza este procedimento removendo os pontos de cima para baixo; 27,3% (9) dos Enfermeiros remove os pontos alternadamente; 36,4% (12) refere que remove os pontos alternadamente, sendo os da periferia os últimos a serem removidos e por fim, 24,2% (8) dos Enfermeiros menciona que remove os pontos alternadamente, sendo os do centro os últimos a serem removidos.

Normalmente os fios de sutura são removidos alternadamente, de modo a que seja possível verificar algum sinal de deiscência da sutura (Potter et al, 2006). Assim sendo, é possível verificar que uma grande percentagem de Enfermeiros remove os fios de sutura alternadamente, logo com esta acção é possível prevenir complicações no período pós-operatório.

Procedimento de remoção da sutura com pontos separados	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Cima para baixo	4	12,1	12,1
Alternadamente	9	27,3	39,4
Alternadamente, sendo os da periferia os últimos a serem removidos	12	36,4	75,8
Alternadamente, sendo os do centro os últimos a serem removidos	8	24,2	100
Total	33	100	-

Tabela 26 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção da sutura com pontos separados

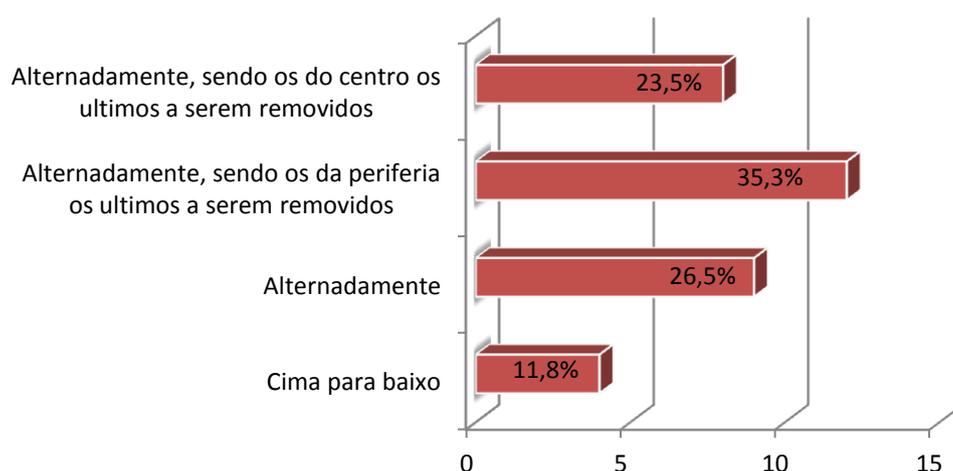


Figura 20 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção da sutura com pontos separados

4.3.5 Procedimento de remoção fios/agrafos de sutura

Esta questão pretende ir de encontro com a questão anterior, de modo a que se possam complementar na avaliação deste procedimento. Deste modo, e através da análise da Tabela 27 e da Figura 21, é possível concluir que 72,7% (24) dos Enfermeiros retira os fios/agrafos de sutura em dois momentos diferentes e 27,3% (9) dos Enfermeiros refere remover os pontos num único momento.

Os fios e agrafos de sutura são removidos geralmente em dois momentos diferentes, de modo a verificar se existe deiscência da sutura e ao mesmo tempo

prevenir complicações no pós-operatório. A maioria dos Enfermeiros encontra-se em concordância com este facto.

Procedimento de remoção de agrafos de sutura	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Dois momentos diferentes	24	72,7	72,7
Único momento	9	27,3	100
Total	33	100	-

Tabela 27 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção agrafos/fios de sutura

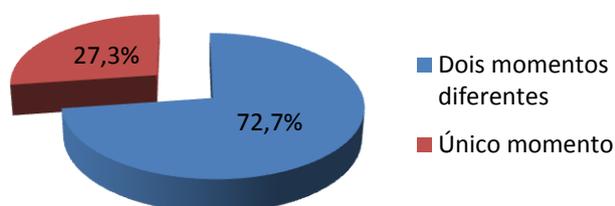


Figura 21 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao procedimento de remoção fios/agrafos de sutura

4.3.6 Desinfecção da sutura após o procedimento de remoção dos fios/agrafos de sutura

A análise da Tabela 28 e da Figura 22 é bastante conclusiva, na medida em que 97,1% (33) dos Enfermeiros refere desinfetar novamente a sutura após o procedimento de remoção dos fios/agrafos de sutura. 2,9% (1) dos Enfermeiros refere que não realiza este procedimento.

Pode-se verificar que a maioria dos Enfermeiros, 97,1% (33), realiza novamente a desinfecção da sutura, pois assim é possível prevenir a infecção nosocomial da ferida operatória (Rocha, 2008).

Desinfecta novamente a sutura, após o procedimento	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sim	33	97,1	97,1
Não	1	2,9	100
Total	34	100	-

Tabela 28 - Distribuição dos enfermeiros quanto à desinfecção da sutura após o procedimento de remoção dos fios/agrafos de sutura

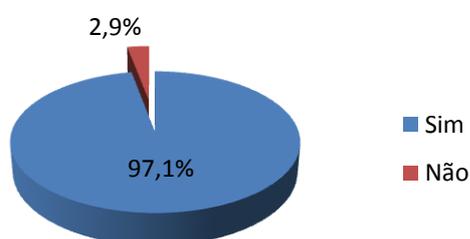


Figura 22 - Distribuição dos enfermeiros quanto à desinfecção da sutura após o procedimento de remoção dos fios/agrafos de sutura

4.3.7 Registos em diário de enfermagem

Para finalizar a análise da dimensão, remoção dos agrafos/fios de sutura, o investigador considerou pertinente avaliar o que é registado em diário de enfermagem. Por isso e através da análise da Tabela 29 e Figura 23, 100% (34) dos Enfermeiros refere que regista em diário de enfermagem aspectos relacionados com a avaliação/evolução da cicatrização, 97,1% (33) dos Enfermeiros menciona que regista as características da ferida, 55,9% (19) dos Enfermeiros refere que regista a data e hora do procedimento, bem como o número de pontos/agrafos removidos e por fim, 29,4% (10) refere registar dados acerca da reacção da pessoa.

De acordo com Potter et al (2006), todos estes dados são imprescindíveis nos registos de enfermagem, de modo a que se possa obter uma correcta prestação de cuidados de saúde. É de ressaltar a importância do registo dos dados subjectivos do

cliente durante o procedimento, pois o seu nível de conforto é primordial nos cuidados prestados pelo Enfermeiro.

Registo em diário de enfermagem – Remoção dos agrafos/fios de sutura	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Data e hora	19	55,9
Características da ferida	33	97,1
Reacção da pessoa	10	29,4
Número de pontos/agrafos removidos	19	55,9
Avaliação/evolução da cicatrização	34	100

Tabela 29 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem na remoção dos fios/agrafos de sutura

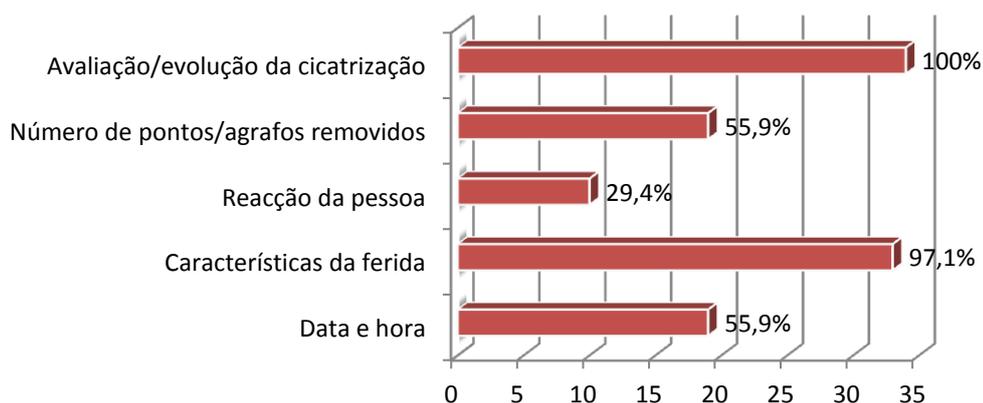


Figura 23 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem na remoção dos fios/agrafos de sutura

4.4 Dimensão – Manipulação do sistema de drenagem

4.4.1 Lavagem das mãos aquando da manipulação do sistema de drenagem

A análise da Tabela 30 e da Figura 24, permite concluir que 88,2% (30) dos Enfermeiros realiza a lavagem das mãos antes e após proceder à manipulação do

sistema de drenagem, 8,8% (3) realiza somente a lavagem das mãos antes de proceder à manipulação do sistema de drenagem e 2,9% (1) dos Enfermeiros procede à lavagem das mãos somente após a manipulação do sistema de drenagem. Nenhum Enfermeiro não efectua este procedimento.

Pode-se verificar que a maioria dos Enfermeiros, 88,2% (30) está em conformidade com a Norma nº3 (2002) da CCIH do HSM.

Lavagem das mãos, aquando da manipulação do sistema de drenagem	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Antes de proceder à manipulação	3	8,8	8,8
Após a manipulação	1	2,9	11,8
Antes e após proceder à manipulação	30	88,2	100
Não efectua	0	0	-
Total	34	100	-

Tabela 30 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da manipulação do sistema de drenagem

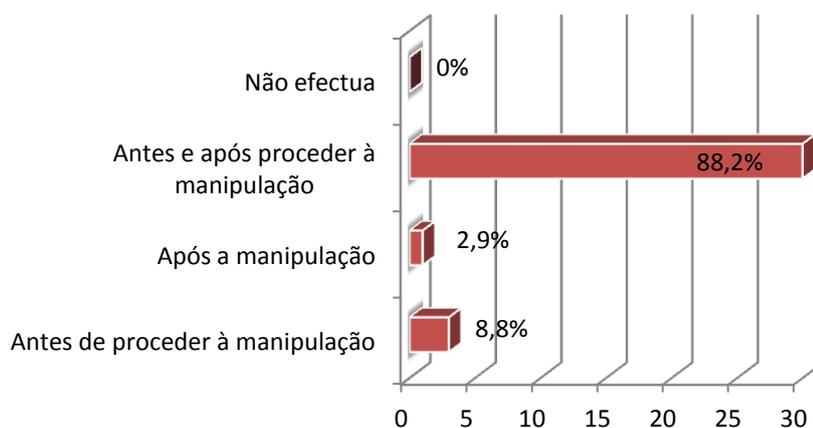


Figura 24 - Distribuição dos enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da manipulação do sistema de drenagem

4.4.2 Esvaziamento do reservatório do sistema de drenagem

Verificar o tipo de drenagem e a permeabilidade do tubo são tarefas primordiais que o Enfermeiro deve ter em consideração. Através da análise da Tabela 31 e da Figura 25, é possível verificar uma grande heterogeneidade na forma como os Enfermeiros realizam o esvaziamento do reservatório de drenagem. 30,3% (10) dos Enfermeiros refere que executa este procedimento uma vez por turno, 27,3% (9) dos Enfermeiros menciona que promove o esvaziamento do sistema de drenagem quando este se encontra a $\frac{1}{2}$ da sua capacidade, 39,4% (13) refere que executa o mesmo procedimento, mas quando o dreno se encontra a $\frac{2}{3}$ da sua capacidade e por fim, 3% (1) dos Enfermeiros refere que só quando o dreno se encontra totalmente cheio, é que realiza o esvaziamento do mesmo.

Para uma correcta avaliação, a literatura refere que o dreno deve ser esvaziado de 8/8h ou menos se este estiver a metade ou a $\frac{2}{3}$ cheio (Potter et al, 2006). Logo é necessário revelar o facto de 3% (1) dos Enfermeiros não se encontrar em conformidade com esta indicação.

Despejo do reservatório do sistema de drenagem	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Uma vez por turno	10	30,3	30,3
1/2 da sua capacidade	9	27,3	57,6
2/3 da sua capacidade	13	39,4	97
Totalmente cheio	1	3	100
Total	33	100	-

Tabela 31 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao esvaziamento do reservatório do sistema de drenagem

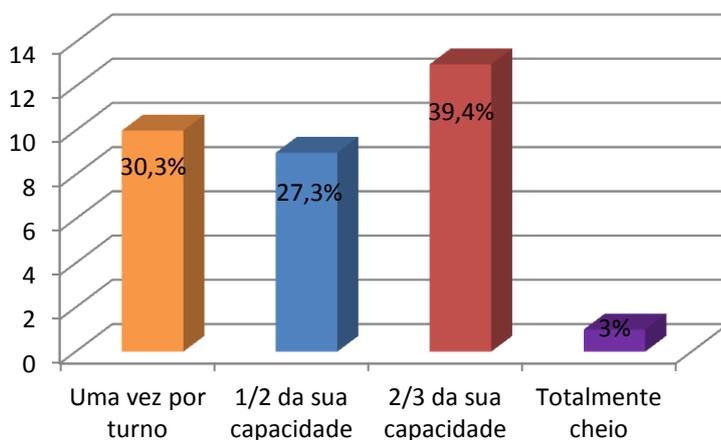


Figura 25 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao esvaziamento do reservatório do sistema de drenagem

4.4.3 Limpeza dos terminais do reservatório do sistema de drenagem

Uma das desvantagens dos sistemas de drenagem, é que eles criam uma porta de entrada e saída de microrganismos, logo o Enfermeiro deve ter cuidado para evitar a contaminação (Rothrock, 2008). Através da análise da Tabela 32 e da Figura 26, 58,8% (20) dos Enfermeiros refere que não limpa os terminais do sistema de drenagem após o seu esvaziamento e apenas 41,2% (14) dos Enfermeiros é que realiza esta prática.

De acordo com Potter et al (2006), os terminais do sistema de drenagem devem ser sempre desinfetados com solução anti-séptica (álcool 70°) após a sua manipulação, de modo a reduzir a transmissão de microrganismos e consequentemente, prevenir infecções nosocomiais.

Limpeza dos terminais do dreno (Jacksson-Pratt e Hemovac) com compressa embebida em álcool	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sim	14	41,2	41,2
Não	20	58,8	100
Total	34	100	-

Tabela 32 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza dos terminais do reservatório do sistema de drenagem

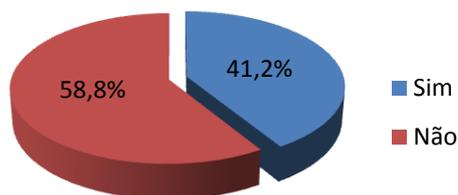


Figura 26 - Distribuição dos enfermeiros quanto à limpeza dos terminais do reservatório do sistema de drenagem

4.4.4 Eliminação do vácuo do dreno aquando da remoção do sistema de drenagem

Através da análise da Tabela 33 e da Figura 27, conclui-se que 67,6% (23) dos Enfermeiros procede à desconexão dos terminais do sistema de drenagem aquando da remoção do mesmo e 32,4% (11) dos Enfermeiros não realiza este procedimento.

Para a remoção do sistema de drenagem, o Enfermeiro deve desconectar os terminais do dreno, de modo a eliminar o vácuo que se encontra no interior do dreno. Pois, a aspiração contínua aumenta o risco de lesão dos tecidos e aumenta a hemorragia (Potter et al, 2006). Verifica-se que 67,6% (23) dos Enfermeiros se encontra em conformidade com esta indicação.

Eliminação do vácuo, aquando da remoção do sistema de drenagem	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Sim	23	67,6	67,6
Não	11	32,4	100
Total	34	100	-

Tabela 33 - Distribuição dos enfermeiros quanto à eliminação do vácuo do dreno aquando da remoção do sistema de drenagem

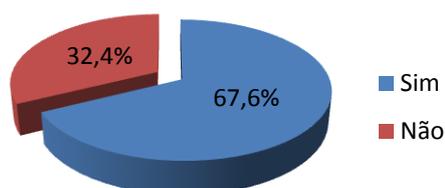


Figura 27 - Distribuição dos enfermeiros quanto à eliminação do vácuo do dreno aquando da remoção do sistema de drenagem

4.4.5 Técnica utilizada para a remoção do dreno

Conclui-se que através da análise da Tabela 34 e da Figura 28, a maioria dos Enfermeiros, 88,2% (30), utiliza técnica asséptica para a remoção do dreno e 11,8% (4) dos Enfermeiros, utilizam técnica limpa para a execução do mesmo procedimento.

De acordo com a Norma nº 6 (2002) da CCIH do HSM, está preconizada a utilização de luvas de exame estéreis para a execução de técnicas assépticas pouco prolongadas, como por exemplo: pensos, algaliações, etc. Verifica-se então que 88,2% (30) dos Enfermeiros está em conformidade com esta norma.

Técnica utilizada para remoção do dreno	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência relativa acumulada %
Técnica asséptica	30	88,2	88,2
Técnica limpa	4	11,8	100
Total	34	100	-

Tabela 34 - Distribuição dos enfermeiros quanto à técnica utilizada para a remoção do dreno

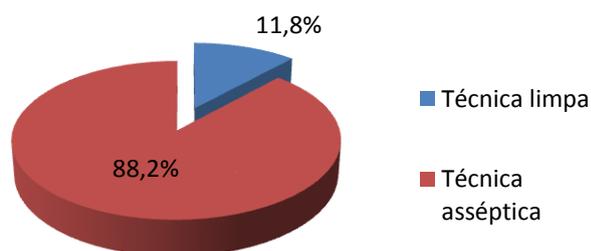


Figura 28 - Distribuição dos enfermeiros quanto à técnica utilizada para a remoção do dreno

4.4.6 Registos em diário de enfermagem – esvaziamento do reservatório de drenagem

Através da análise da Tabela 35 e da Figura 29, conclui-se que a totalidade dos Enfermeiros, 100% (34), regista a quantidade de líquido que é despejada do reservatório, bem como as características do líquido drenado. 76,5% (26) dos Enfermeiros efectuam registos de enfermagem acerca das características do local de inserção, 29,4% (10) comunica o funcionamento do sistema de drenagem e 11,8% (4) regista os dados subjectivos relacionados com o desconforto.

Todos estes registos são essenciais para uma correcta prestação de cuidados de saúde e ao mesmo tempo é possível promover uma monitorização assertiva do cliente (Potter et al, 2006). Como se verifica em dados anteriores relacionados com os registos de enfermagem, os dados subjectivos relacionados com o desconforto são por muitas vezes esquecidos.

Registo em diário de enfermagem – Despejo do reservatório de drenagem	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Quantidade despejada do reservatório	34	100
Características do local de inserção	26	76,5
Características do líquido drenado	34	100
Dados subjectivos relacionados com o desconforto	4	11,8
Comunico o funcionamento do sistema de drenagem	10	29,4

Tabela 35 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – esvaziamento do reservatório de drenagem

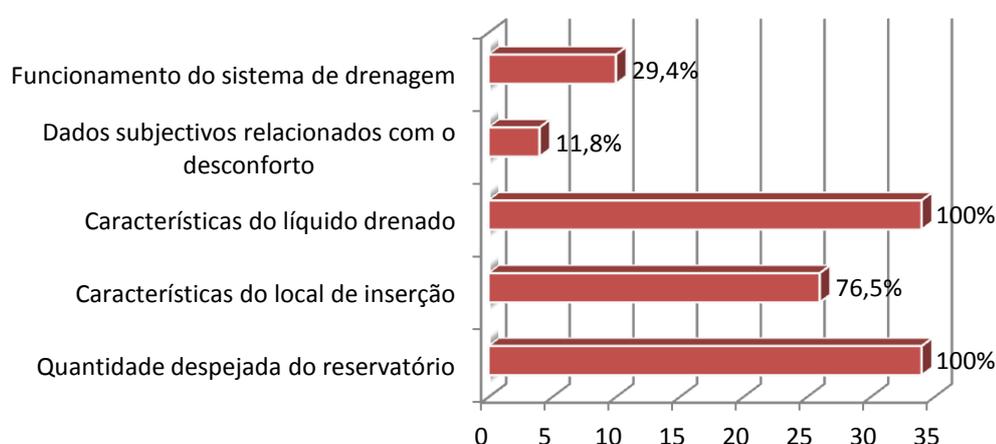


Figura 29 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – esvaziamento do reservatório de drenagem

4.4.7 Registos em diário de enfermagem – remoção do sistema de drenagem

Através da análise da Tabela 36 e da Figura 30, a maioria dos Enfermeiros, 91,2% (31), efectua registos acerca do número e tipo de dreno(s) removido(s), bem como as características do local de inserção. 94,1% (32) dos Enfermeiros regista quais as características do líquido drenado, 88,2% (30) refere qual o tipo de penso que foi feito após a remoção do sistema de drenagem e por fim, 26,5% (9) menciona quais os dados subjectivos relacionados com o desconforto.

A maioria dos Enfermeiros efectua os registos necessários após a remoção do sistema de drenagem, excepto no que é considerado com os dados relacionados com o desconforto do cliente.

Registo em diário de enfermagem – Remoção do dreno	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Número e tipo de dreno(s) removido(s)	31	91,2
Características do líquido drenado	32	94,1
Características do local de inserção	31	91,2
Tipo de penso feito	30	88,2
Dados subjectivos relacionados com o desconforto	9	26,5

Tabela 36 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – remoção do sistema de drenagem

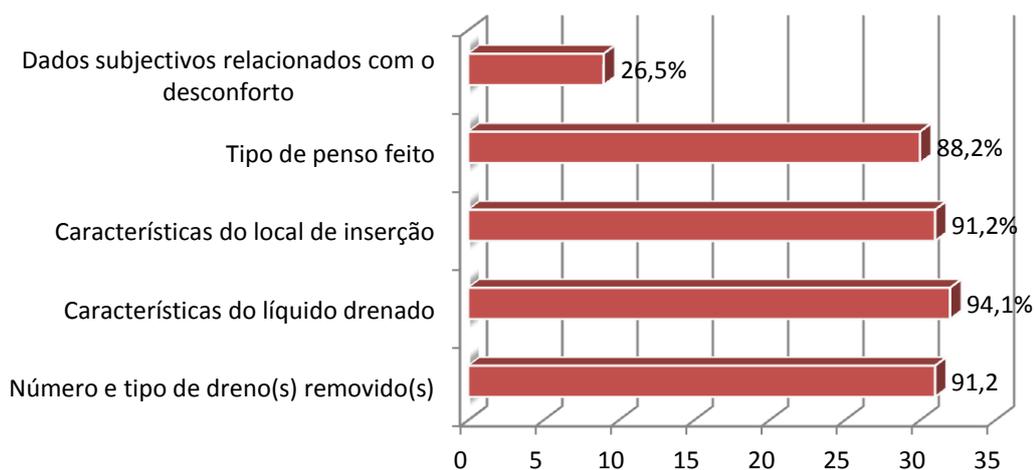


Figura 30 - Distribuição dos enfermeiros quanto aos registos em diário de enfermagem – remoção do sistema de drenagem

5. Conclusão

Neste último capítulo, o investigador pretende realizar uma síntese acerca de todos os dados obtidos através da análise minuciosa de cada questão e realçar os pontos mais fortes e os pontos mais fracos do estudo.

Para a elaboração deste estudo, o investigador optou pelo paradigma quantitativo por se adequar melhor ao que se pretendia estudar, do qual foi realizado um estudo descritivo simples.

A problemática em estudo desencadeou a questão de investigação: quais são os cuidados de enfermagem prestados ao cliente no período pós-operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial. Respondeu-se ao objectivo geral: conhecer os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na manipulação da ferida cirúrgica, como medida preventiva da infecção nosocomial, e aos objectivos específicos: identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do HSM, na execução do penso operatório; na remoção dos agrafos/fios de sutura; e na manipulação do sistema de drenagem, como medida preventiva da infecção nosocomial.

Foi estudada uma amostra constituída por 34 Enfermeiros que exercem funções de enfermagem nos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria. O processo de amostragem foi não probabilístico. Como instrumento de recolha de informação foi aplicado um questionário elaborado e pré-testado pelo investigador.

De modo a obter uma análise mais estratificado acerca do tema em estudo, o autor estabeleceu três dimensões de avaliação dos cuidados prestados ao cliente no período pós-operatório: execução do penso operatório, remoção dos agrafos/fios de sutura e manipulação do sistema de drenagem.

Através da análise das **variáveis de atributo**, é possível concluir que 82,4% dos Enfermeiros são do género feminino e a idade média dos mesmos é de 31,2 anos. Relativamente às habilitações académicas, verifica-se que 82,4% dos Enfermeiros

possuem o Curso de Licenciatura em Enfermagem. A experiência profissional média dos Enfermeiros é de 8,3 anos e em relação ao tempo de exercício profissional no serviço, a média é de 5,4 anos. A maioria dos Enfermeiros (76,5%) tem conhecimento da existência de uma norma referente à prevenção da infecção nosocomial no período peri-operatório.

No que respeita à análise da dimensão – **execução do penso operatório** – verifica-se que o momento em que os Enfermeiros mais realizam a lavagem das mãos é após a realização da técnica (76,5%) e o momento em que menos Enfermeiros realizam o mesmo procedimento, é após a preparação do material (11,8%).

Em relação aos produtos utilizados pelos Enfermeiros para a lavagem/desinfecção das mãos, verifica-se que 58,8% utiliza água e sabão e solução anti-séptica e 32,4% dos Enfermeiros utilizam somente água e sabão para a lavagem das mãos.

A totalidade dos Enfermeiros (100%) utiliza soro fisiológico, penso estéril e compressas esterilizadas como material para a execução do penso operatório. Destaca-se que apenas 23,5% dos Enfermeiros utiliza máscara cirúrgica para a realização deste mesmo procedimento.

Quanto à explicação do procedimento antes da execução do penso operatório, verifica-se que 73,5% dos Enfermeiros explicam sempre o procedimento e 26,5% explica por vezes o mesmo procedimento.

Relativamente ao levantar do penso operatório antes das 48h após cirurgia, conclui-se que 76,5% dos Enfermeiros só o faz em situações pontuais e apenas 5,9% dos Enfermeiros faz este procedimento antes das 48h após cirurgia.

88,2% dos Enfermeiros refere que protege sempre a incisão operatória com técnica asséptica 48h após cirurgia e apenas 2,9% dos Enfermeiros não faz este procedimento.

Relativamente ao soluto utilizado nas feridas que cicatrizam por primeira intenção, 94,1% dos Enfermeiros optam por solução estéril e apenas 5,9% por solução estéril e solução anti-séptica.

Quanto ao soluto usado nas feridas que cicatrizam por segunda intenção, constata-se que 64,7% dos Enfermeiros utilizam solução estéril e 35,3% solução anti-séptica.

Analisando a distribuição dos Enfermeiros quanto à limpeza da ferida operatória, verifica-se que 91,2% realiza apenas uma passagem com cada compressa na incisão operatória e 8,8% realiza mais do que uma passagem com cada compressa. Para a mesma questão, observa-se também que 97,1% dos Enfermeiros promove a limpeza da ferida operatória da parte mais limpa para a mais suja e apenas 2,9% o faz da parte mais suja, para a mais limpa.

Quanto à protecção da saída do dreno, verifica-se que 73,5% dos Enfermeiros referem que o penso que protege a ferida operatória, não é o mesmo que protege a saída do dreno. É de ressaltar que 26,5% dos Enfermeiros por vezes protege a saída do dreno com o mesmo penso que protege a incisão operatória.

Quanto à protecção da área circundante da ferida operatória, constata-se que 67,6% dos Enfermeiros não protege a área peri-incisional.

Relativamente aos registos em diário de enfermagem, a totalidade (100%) dos Enfermeiros regista as características da ferida.

No que respeita à análise da dimensão – **remoção dos agrafos/fios de sutura** – 73,5% dos Enfermeiros realizam a lavagem das mãos antes de proceder à preparação do material e 79,4% realiza a lavagem das mãos após o procedimento.

A totalidade dos Enfermeiros promove a limpeza/desinfecção da ferida operatória aquando da remoção dos agrafos/fios de sutura.

Quanto ao soluto utilizado na limpeza/desinfecção da ferida, 85,3% dos Enfermeiros utilizam soro fisiológico 0,9% e 47,1% utiliza Iodopovidona.

A maioria dos Enfermeiros (87,9%) remove os pontos separados da sutura alternadamente.

72,7% dos Enfermeiros remove os agrafos/fios de sutura em dois momentos diferentes.

A maioria dos Enfermeiros (97,1%) refere desinfetar novamente a sutura após a remoção dos agrafos/fios de sutura.

Relativamente aos registos de enfermagem, a totalidade dos enfermeiros refere registar a avaliação/evolução da cicatrização.

No que respeita à análise da dimensão – **manipulação do sistema de drenagem** – a maioria dos Enfermeiros (88,2%) refere lavar as mãos antes e após proceder à manipulação do sistema de drenagem.

Relativamente ao esvaziamento do reservatório do sistema de drenagem, 39,4% dos Enfermeiros opta por este procedimento quando o reservatório se encontra a 2/3 da sua capacidade total e apenas 3% dos Enfermeiros promove o esvaziamento do dreno quando este se encontra totalmente cheio.

Relativamente à limpeza dos terminais dos drenos *Jacksson-Pratt e Hemovac*, 41,2% dos Enfermeiros referem que executam esta técnica.

67,6% dos Enfermeiros mencionam que promovem a eliminação do vácuo do dreno antes da remoção do sistema de drenagem.

Relativamente à técnica utilizada para a remoção do sistema de drenagem, 88,2% dos Enfermeiros referem que utilizam técnica asséptica.

Em relação aos registos de enfermagem para o esvaziamento do dreno, a totalidade dos Enfermeiros refere que regista a quantidade despejada do reservatório,

bem como as características do líquido drenado. Quanto aos registos de enfermagem para a remoção do sistema de drenagem, 94,1% dos Enfermeiros refere registar as características do líquido drenado. É de ressaltar, que apenas 26,5% dos Enfermeiros opta por registar os dados subjectivos relacionados com o desconforto do cliente.

O investigador considera que os resultados obtidos vieram dar resposta à sua questão de investigação e que os objectivos delineados previamente, foram alcançados com sucesso.

Este estudo de investigação foi um trabalho árduo e envolveu muitos recursos materiais e temporais. Foram sentidas muitas dificuldades no desenvolvimento deste trabalho, mas no final o resultado foi bastante gratificante para o autor. Foi um privilégio realizar um trabalho desta natureza.

6. Implicações e Sugestões

A realização deste estudo envolveu uma vasta mobilização de competências e conhecimentos na área de cirurgia que não esperaria atingir tão cedo. Pessoalmente é uma área que me interessa muito, pois o Enfermeiro como profissional de saúde e prestador de cuidados de enfermagem é detentor de conhecimentos que podem contribuir para a prevenção de infecções nosocomiais no período peri-operatório. Para tal, a investigação é primordial para o decurso da evolução da enfermagem como identidade, capaz de marcar a diferença no cuidar da pessoa.

No que respeita aos resultados obtidos através do tratamento e análise de dados, penso que estes devem ser avaliados pelos Enfermeiros dos serviços de cirurgia I e II do HSM com um sentido crítico, pois foram encontradas algumas práticas de enfermagem que não se encontram em concordância com a actual literatura. Está comprovado que os factores intrínsecos da pessoa são os maiores causadores de infecção no período pós-operatório (Surgical Site Infection, 2008), mas até que ponto as práticas de enfermagem não podem funcionar como “trigger” no processo de infecção da ferida operatória? É uma questão que deve ser analisada mais pormenorizadamente pela enfermagem.

Devido à escassez de estudos encontrados no âmbito dos cuidados de enfermagem perante o cliente no período pós-operatório, o autor sugere que sejam realizados mais estudos no âmbito desta área. Para tal, devem ser realizados estudos mais aprofundados no interior das unidades de cirurgia e estes coordenados pelas comissões de controlo de infecção, de modo a que seja possível diminuir a taxa de infecções associadas aos cuidados de saúde decorrentes da prestação de cuidados.

A realização do estudo envolveu um compromisso ético e moral com as equipas de enfermagem dos serviços de cirurgia I e II, no sentido de promover a apresentação dos resultados obtidos. Igualmente, poderá candidatar-se a sua apresentação no Congresso de Cirurgia para Enfermeiros em 2012, que terá novamente lugar no HSM.

7. Limitações

No decorrer da realização deste estudo, o investigador deparou-se com várias dificuldades que foram promotoras de atraso, especialmente na análise dos dados obtidos.

Em primeiro lugar pretende-se destacar que a meta inicial para a entrega de questionários estava apontada para uma amostra de 50 Enfermeiros, mas infelizmente só 34 questionários foram preenchidos. Esta situação deveu-se em grande parte ao período de férias dos Enfermeiros.

A dificuldade na procura de literatura que comprovasse a eficácia dos cuidados de enfermagem na prevenção de infecções nosocomiais na ferida operatória foi patente. Existem normas estabelecidas para os procedimentos que devem ser efectuados no período pós-operatório, mas estas ainda são um pouco limitadas às exigências pretendidas para este estudo.

A avaliação rigorosa dos resultados e da potencial contribuição desta investigação para o estado de arte, exige uma maior complementaridade entre Enfermagem e Medicina, visto algumas intervenções médicas não poderem ir de encontro com o que está protocolado na literatura referente à ferida operatória.

Referências Bibliográficas

European Antimicrobial Resistance Surveillance System. (2006). *Surveillance of surgical site infections* , pp. 1-3.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (Junho de 2009). *Segurança do Paciente - Higienização das Mãos* .

Azevedo, M. (2006). *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares - Sugestões para a Estruturação da Escrita*. Lisboa: Universidade Católica.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Cavaleiro, P. L. (2011). *Prevenção da Infecção Nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Porto.

Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Santa Maria. (2002). *Utilização de Luvas - Norma nº 6* , pp. 1-2.

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Maria. (2002). *Lavagem e Desinfecção das Mãos - Norma nº 3* , pp. 1-3.

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Maria. (Março de 2006). *Prevenção da Infecção Cirúrgica - (Norma nº 4)* .

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital de Santa Maria. (2006). *Boletim Trimestral*. Lisboa.

Department of Health, Education, and Welfare. (7 de Julho de 2005). *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* , pp. 1-11.

Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde* .

Elkin, M., Perry, A., & Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Loures: Lusociência.

Fernandes, R., Martins, B., Maurício, B., Matos, D., Ferreira, D., Afonso, L., et al. (2009). Ordem dos Enfermeiros. *Estudo sobre situação profissional dos jovens enfermeiros em Portugal*, pp. 1-18.

Ferraz, E., Ferraz, A., Bacelar, T., Vasconcelos, M., & Leão, C. (2000). Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. *Controle de infecção em cirurgia geral - Resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias*.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Instituto Inter-americano de Cooperação para a Agricultura - IICA. (Março de 2009). *Manual para a Apresentação de Relatórios Técnicos, Produtos e Consultoria*, pp. 94-97.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2002). *Prevenção de infecções Adquiridas no Hospital - Um Guia Prático*.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2004). *Recomendações para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*.

Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & Jarvis, W. R. (Abril de 1999). Infection Control and Hospital Epidemiology. *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*, pp. 247 - 278.

Medeiros, A. d., Neto, T. A., Filho, A. M., Pinto, F. E., Uchôa, R. A., & Carvalho, M. R. (2003). *Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário*.

Monteiro, C. E., Lacerda, R. A., Paz, M. S., & Conceição, V. P. (Junho de 2000). *Paramentação Cirúrgica: Avaliação da sua Adequação para a Prevenção de Riscos Biológicos em Cirurgias*, pp. 174-184.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Enfermagem em Portugal* , pp. 1-12.

Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico - Cirúrgica*. Loures: Lusociência.

Purser, K. (16 de Janeiro de 2007). Royal United Hospital Bath NHS Trust. *Wound Dressing Guidelines* , pp. 1-25.

Rocha, J. (Abril de 2008). Fundamentos em Clínica Cirúrgica. *Infecção em Cirurgia e Cirurgia das Infecções* , pp. 487-490.

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Doente Cirúrgico*. Loures: Lusodidacta.

Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia* (6º edição ed.). Loures: Lusociência.

Silva, A., Carvalho, M. d., Canini, S., Cruz, E., Simões, C., & Gir, E. (Junho de 2010). Rev. Latino-Am. Enfermagem. *Staphylococcus Aureus resistente à meticilina: conhecimento e factores associados à adesão da equipe de enfermagem às medidas preventivas* , pp. 50-56.

Surgical Site Infection - Prevention and treatment of surgical site infection. (2008). Londres: Henry Ling Ltd, The Dorset Press.

Torrado, A., Guerreiro, P., Marreiras, R., & Marreiras, S. (Maio de 2005). Revista Nursing. *Prevenção da Infecção Hospitalar* , pp. 44 - 48.

Wilson, J. (2004). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. Loures: Lusodidacta.

Apêndices

Apêndice I – Questionário

Questionário

Parte I – Caracterização do participante

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade

anos

3. Habilitações académicas

Bacharelato

Licenciatura em Enfermagem

Pós – graduação em Enfermagem

Curso de Especialização em Enfermagem

Mestrado

Doutoramento

4. Experiência profissional

anos

5. Trabalha no serviço há quantos anos?

anos

6. No seu serviço existe alguma norma referente à prevenção da infecção nosocomial no período peri-operatório?

Sim

Não

Parte II – Execução do penso operatório

7. Ao realizar o penso da ferida operatória, quando é que efectua a lavagem das mãos? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Antes de proceder à preparação do material
- Após proceder à preparação do material
- Antes de proceder à técnica de execução do penso operatório
- Após a realização da técnica
- Não efectuo

8. Para a lavagem e desinfecção das mãos, o que utiliza?

- Água e sabão Solução anti-séptica Ambos Nada

9. Na preparação do material, o que é que utiliza? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tabuleiro | <input type="checkbox"/> Luvas limpas | <input type="checkbox"/> Saco de sujos |
| <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% | <input type="checkbox"/> Compressas limpas | <input type="checkbox"/> Resguardo impermeável |
| <input type="checkbox"/> Penso estéril | <input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica | <input type="checkbox"/> Recipiente para cortantes |
| <input type="checkbox"/> Compressas esterilizadas | <input type="checkbox"/> Taça esterilizada | <input type="checkbox"/> Solução anti-séptica |
| <input type="checkbox"/> Campo esterilizado | <input type="checkbox"/> Luvas esterilizadas | |

15. Ao limpar a ferida operatória: (Coloque um X em cada coluna)

Realizo apenas uma passagem com cada compressa

Realizo mais do que uma passagem com cada compressa

Sem critérios

Limpo da parte mais suja para a mais limpa

Limpo da parte mais limpa para a mais suja

Sem critérios

16. O penso que protege a ferida operatória, é o mesmo que protege a saída do dreno?

Sim

Por vezes

Não

17. Na área circundante da ferida, protejo a pele com:

Creme hidratante

Vitamina A

Óleo de amêndoas doce

Não protejo

18. O que regista nas notas de Enfermagem? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

Data e hora

Características da ferida

Tipo de penso

Características do exsudado

Localização

Avaliação/evolução da cicatrização

Reacção da pessoa

Parte III – Remoção dos agrafos/fios de sutura

19. Ao realizar a técnica de remoção dos agrafos/fios de sutura, quando é que efectua a lavagem das mãos? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Antes de proceder à preparação do material
- Após proceder à preparação do material
- Antes de proceder à técnica de remoção dos agrafos/fios de sutura
- Após a realização da técnica
- Não efectuo

20. Antes de remover os agrafos/fios de sutura, limpa/desinfecta a ferida?

- Sim
- Não

21. Se respondeu “sim” na questão 20, que soluto utiliza na limpeza/desinfecção da ferida? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Soro fisiológico 0,9%
- Soluto de Dakin
- Iodo-povidona
- Água oxigenada
- Éter
- Álcool 70°

22. Como procede na remoção da sutura com pontos separados?

- Retiro os pontos de cima para baixo
- Retiro os pontos alternadamente
- Retiro os pontos alternadamente, sendo os da periferia os últimos a serem removidos
- Retiro os pontos alternadamente, sendo os do centro os últimos a serem removidos

23. Como procede na remoção de agrafos de sutura?

- Retiro os agrafos em dois momentos diferentes
- Retiro os agrafos de uma só vez

24. Após o procedimento, desinfecta novamente a sutura?

- Sim
- Não

25. O que regista nas notas de Enfermagem? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Data e hora
- Número de pontos ou agrafos removidos
- Características da ferida
- Avaliação/evolução da cicatrização
- Reacção da pessoa

Parte IV – Manipulação do Sistema de Drenagem

26. Ao manipular o sistema de drenagem, quando é que efectua a lavagem das mãos?

- Antes de proceder à manipulação do sistema de drenagem
- Após a manipulação do sistema de drenagem
- Antes e após proceder à manipulação do sistema de drenagem
- Não efectuo

27. Por rotina, qual a periodicidade com que despeja o reservatório do sistema de drenagem?

- Uma vez por turno
- Quando está a 1/2 da sua capacidade
- Quando está a 2/3 da sua capacidade
- Quando está totalmente cheio

28. Ao esvaziar o reservatório do sistema de drenagem (*Jacksson-Pratt e Hemovac*), limpa os terminais da torneira com uma compressa embebida em álcool?

Sim

Não

29. Antes de remover o sistema de drenagem (*Jacksson-Pratt e Hemovac*), desliga a aspiração do dreno?

Sim

Não

30. Para proceder à remoção do dreno, que técnica utiliza?

Técnica asséptica

Técnica limpa

31. O que regista nas notas de Enfermagem? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

a) Despejar o reservatório de drenagem

Quantidade despejada do reservatório

Dados subjectivos relacionados com o desconforto

Características do local de inserção

Comunico o funcionamento do sistema de drenagem

Características do liquido drenado

b) Remoção do dreno

Número e tipo de dreno(s) removido(s)

Tipo de penso feito

Características do líquido drenado

Dados subjectivos relacionados
com o desconforto

Características do local de inserção

Apêndice II – Carta a solicitar autorização

À Direcção Geral de Enfermagem
do Centro Hospitalar Lisboa e Norte
do Hospital de Santa Maria

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados da Monografia de final de curso, nos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria.

Andrew Diogo Gouveia Rodrigues, estudante do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica, vem por este meio solicitar autorização para realizar a recolha de dados referentes à Monografia de final de curso, que tem como tema: **Os Cuidados de Enfermagem ao Doente no Período Pós-Operatório: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial na Ferida Operatória.**

Como objectivo geral, pretendo:

- Conhecer os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na manipulação da ferida cirúrgica, como medida preventiva da infecção nosocomial.

Como objectivos específicos, pretendo:

- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na execução do penso operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na remoção dos fios/agrafos da sutura, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na manipulação do sistema de drenagem, como medida preventiva da infecção nosocomial.

Nesta investigação, optarei por realizar um estudo de paradigma quantitativo descritivo simples. A amostra será constituída por 50 Enfermeiros que prestem cuidados de saúde nos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria e o processo de amostragem será probabilístico aleatório simples.

Para proceder à colheita de dados implementarei um questionário constituído por 31 questões de resposta fechada e este focar-se-á nos cuidados de Enfermagem a ter com a ferida operatória, como medida preventiva da infecção nosocomial.

A recolha de dados será feita mediante a apresentação da Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento Informado.

Comprometo-me desde já a respeitar o direito à auto-determinação, revelação completa, isenção de dano, isenção de exploração e ao princípio de justiça. Disponibilizo-me, se para tal me for solicitado, a apresentar os resultados obtidos do estudo.

Grato pela atenção

Cumprimentos

Barcarena, 02 de Maio de 2011

O estudante

_____ (919430991; a.rodriques_88@hotmail.com)

O docente

_____ (916592068; mjfernandes@uatlantica.pt)

Apêndice III – Carta de Autorização



Exma Sr^a
Prof^a M^a João Sousa Fernandes
Universidade Atlântica
Fábrica da Pólvora de Barcarena
2730-036 BARCARENA

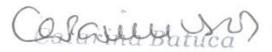
ASSUNTO: Autorização para aplicação de um questionário a efectuar no âmbito da Monografia subordinada ao tema “Os Cuidados de Enfermagem ao Doente no Período Pós-Operatório: Medidas e Prevenção da Infecção Nosocomial na Ferida Operatória”, a realizar no 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação de um questionário a efectuar no âmbito da Monografia subordinada ao tema “Os Cuidados de Enfermagem ao Doente no Período Pós-Operatório: Medidas e Prevenção da Infecção Nosocomial na Ferida Operatória”, a realizar no 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pelo aluno Andrew Diogo Gouveia Rodrigues, nos Serviços de Cirurgia I - Pavilhão, Cirurgia I P7, Cirurgia I SO P9 e Cirurgia II do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Pólo HSM.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 21 de Junho de 2011

A Enfermeira Directora


Enfermeira Directora

/AR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

Apêndice IV – Carta Explicativa do Estudo

Assunto: Carta explicativa do estudo

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem ao Cliente no Período Pós-Operatório: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial na Ferida Operatória

Investigador principal: Andrew Diogo Gouveia Rodrigues, aluno do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica

Co-investigadora: Enf.ª Maria João Sousa Fernandes, docente na Universidade Atlântica

Para a elaboração do estudo, o investigador delineou como objectivos:

- Conhecer os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na manipulação da ferida cirúrgica, como medida preventiva da infecção nosocomial.
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na execução do penso operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na remoção dos fios/agrafos da sutura, como medida preventiva da infecção nosocomial;
- Identificar os cuidados prestados pelos Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria, na manipulação do sistema de drenagem, como medida preventiva da infecção nosocomial.

O interesse por esta temática suscitou em mim muita curiosidade, pois a manipulação da ferida cirúrgica é uma prática muito corrente nas unidades de Cirurgia e cada vez mais as infecções nosocomiais assumem importância em Portugal e no mundo.

Para a realização deste estudo, o investigador optou por fazer uma abordagem quantitativa, o tipo de estudo será descritivo simples e pretende analisar quais são os cuidados de enfermagem prestados ao cliente no período pós-operatório, como medida preventiva da infecção nosocomial. O instrumento de recolha de dados aplicado terá por base um questionário e o mesmo será aplicado a todos os Enfermeiros dos serviços de Cirurgia I e II do Hospital de Santa Maria.

Não existe qualquer risco ou dano potencial para os participantes do estudo.

A sua participação é inteiramente voluntária e os participantes são livres de se retirarem do estudo em qualquer momento, sem terem a necessidade de se justificarem.

As informações que advêm do preenchimento do questionário garantem o anonimato, visto que não é colocada a identificação do Enfermeiro.

Os dados obtidos do estudo de investigação serão dados aos participantes, mediante solicitação dos mesmos. É garantido também que os dados só serão acedidos pelo investigador e pela co-investigadora. No final do estudo, a recolha de dados será destruída de modo a garantir a privacidade dos participantes.

O investigador

_____ (919430991)

Apêndice V – Consentimento Informado

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem ao Cliente no Período Pós-Operatório:
Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial na Ferida Operatória

Investigador principal: Andrew Diogo Gouveia Rodrigues, aluno do 3º ano do
Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica

Eu _____ reconheço que o processo de investigação descrito no formulário, do qual possuo uma cópia, me foi explicado e que responderam a todas as minhas questões. Compreendo a natureza do estudo, as vantagens da minha participação, bem como os inconvenientes e riscos potenciais associados.

Asseguraram-me que todos os dados obtidos serão confidenciais e que as informações por mim fornecidas, serão usadas somente para fins científicos.

Compreendo que sou livre de me retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Pelo presente, eu consinto em participar neste estudo de livre vontade.

Assinatura:

Data:

Investigador:

_____ (Andrew Rodrigues)