

Infecções em cuidados continuados – Saúde Mental

Infections in integrated continuous care units – mental health

Álvaro Ferreira da Silva*

Unidade de Cuidados Continuados João Paulo II; Centro Hospitalar Conde Ferreira. Santa Casa da Misericórdia do Porto

Resumo

Inseridas na RNCCI, as UCCs constituem-se como um novo modelo organizacional entre as instituições públicas e privadas. Prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, e representam uma concepção humanista dos cuidados de saúde ao se situarem entre o hospital e a família. A SCMP em protocolo firmado com a ARS Norte abriu em Dezembro 2008 no Centro Hospitalar Conde de Ferreira uma UCC, em projecto piloto para utentes com patologia mental crónica, denominada João Paulo II, e com a tipologia de unidade de longa duração e manutenção. Segundo o PNPCI associado aos cuidados de saúde, os dados disponíveis sobre as infecções provocadas por agentes resistentes demonstram que: 30-40 % são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde; 20-25 % resultam da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada; 20-25% são consequência do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade e 20% têm origem desconhecida. Nesse sentido considerou-se como prioritário na UCC João Paulo II a prevenção das IACS, pelo que se estabeleceu um programa de Acção de Formação aos seus profissionais. Na UCC João Paulo II, de entre as infecções ocorridas nos 5 meses de actividade, 37 % foram infecções de tracto urinário, 30 % respiratórias, 11 % conjuntivites, 7 % infecções de boca e dentes, 7 % otites e 4 % Infecções vaginais e cutâneas. Para o tratamento das infecções diagnosticadas e passíveis de serem tratadas na UCC, recorremos ao Prontuário Terapêutico recomendado pela RNCCI, de forma a racionalizar o uso de antibioterapia nos vários tipos de estabelecimentos do SNS (Centros de Saúde, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados, Domicílios e Lares).

Palavras-chave: cuidados continuados; saúde mental ◀◀

Glossário

ARS – Administração Regional de Saúde
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
PNPCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto
UCC. – Unidade de Cuidados Continuados
SNS – Serviço Nacional de Saúde

* alvarofs_@aeiou.pt

Abstract

Integrated in the NNICC, the ICCUs constitute a new organisational model between the public and private institutions. Providing continuum of care and social support and represent a humanist conception of health care to be located between the hospital and the family. The SCMP, in a protocol signed with the ARS North, created in December 2008, in Hospital Conde de Ferreira, in Oporto, an ICCU in the pilot project for patients with chronic mental condition, called John Paul II. According NPPIC data, associated health care infections caused by resistant agents show that: 30-40% are the result of colonization and cross infection, being hands of health professionals the main vehicle, 20-25% result of successive and prolonged antibiotic therapies, 20-25% result from contact with community-acquired pathogens, and 20% are of unknown origin. The prevention of HCAI was considered a priority in the UCC John Paul II, so it was established a program for the professional training. In the ICCU John Paul II, among the infections that occurred within 5 months of operation, 37% of infections were urinary tract infections, 30% respiratory infections, 11% were conjunctivitis, 7% mouth and teeth infections, 7% were otitis, and 4 % were vaginal and skin infections. For the treatment of these infections treated at ICCU the guidelines of RNCC were followed, in order to rationalize the use of antibiotics in various types of NHS establishments: Health Centers, Hospitals, Continuing Care Unit and Residential Homes.

Keywords: integrated continuous care; mental health ◀◀

Glossary

ARS – Regional Health Administration
HCAIs – Health Care associated infection
ICCU. – Integrated Continuous Care Unit
NHS – National Health Service
NNICC – National Network for Integrated Continuous Care
NPPIC – National Program for Prevention and Infection Control
SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto

No ano 2002 a Organização Mundial de Saúde definiu Cuidados Paliativos. Assim, pelo Decreto-lei nº 101/2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que “representam uma concepção humanista dos cuidados de saúde, e que se situam entre o hospital e a família.” Constituiu-se assim um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, e da Saúde. Formadas por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, define-se assim Cuidados Continuados Integrados como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, e que visam promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e Social. Tem como objectivo geral a RNCCI:

- a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e com perda de autonomia;
- a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;
- a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.

Fundamentam-se numa gestão de caso, onde são identificados os problemas mais complexos dos utentes com o objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação. A caracterização na RNCCI das acções e cuidados a prestar são de natureza preventiva, curativa, reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente:

- Apoio na satisfação das necessidades básicas, tais como: alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;

- Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e/ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- Apoio psicológico e social;
- Ajuda na interacção utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;
- Ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado.

A composição da RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

Unidade de convalescença

Unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. Pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação. Sob a direcção de um médico, assegura: cuidados médicos permanentes; cuidados de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

Unidade de média duração e reabilitação

Unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente

da recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior. Tem como período de internamento uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. Pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração. Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas, sob a gestão de técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

Unidade de cuidados paliativos

Unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a utentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. Podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos utentes internados, sob a gestão de um médico e assegura, designadamente: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia; consulta, acompanhamento e avaliação de utentes internados em outros serviços ou unidades; acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; actividades de manutenção; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

Unidade de longa duração e manutenção

Unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência,

favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias. Sob a gestão de um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, assegura, designadamente: actividades de manutenção e de estimulação; cuidados de enfermagem diários; cuidados médicos; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das actividades da vida diária; apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

Em Dezembro de 2008 a Santa Casa da Misericórdia do Porto, em protocolo firmado com a Administração Regional de Saúde do Norte abriu a Unidade de Cuidados Continuados João Paulo II, projecto-piloto para doentes com patologia mental crónica, em tipologia de Unidade de longa duração e manutenção, instalada no Centro Hospitalar Conde de Ferreira. De acordo com o articulado legal, dispõe de médicos de clínica geral, de medicina física e reabilitação, e de psiquiatria, bem como de enfermagem permanente, auxiliares de acção médica, assistentes sociais, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e administrativo; não dispõe de laboratório de análises clínicas, nem de gabinete de imagiologia próprios. A capacidade da Unidade é de 37 doentes, alojados em quartos de 3 e de 2 camas, e de 1 cama, apresentando equidade de população feminina e masculina. A idade média dos doentes é de 71 anos, tendo 90 anos o mais idoso e 42 anos o mais jovem, valor próximo da média nacional entre todas as Unidades da RNCCI, onde a idade média é de 72 anos, e em que as idades mais frequentes dos doentes internados (41 %) estão compreendidas entre 76-84 anos.

As patologias psiquiátricas dominantes são a esquizofrenia, demências, doença bipolar, oligofrenia e debilidade mental. Entre outras patologias mais comuns, 35 % são do foro cardio-cerebro-vascular, 22 % fracturas ósseas, 14 % doença respiratória crónica, 12 % diabetes, 6 % senilidade, 4 % neoplasias; outras patologias estão contudo presentes, como hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, subnutrição, cirrose hepática, insuficiência renal, gastrite, esofagite, hipertrofia prostática, litíase vesicular, litíase renal, anemia, trombocitopenia,

doença vascular periférica, alterações de deglutição, incontinência de esfíncteres, hipoacusia, hipovisão, cegueira, insuficiência venosa, dermatose, cistotomia, Sida, hepatites B e C, e sífilis.

Na avaliação de actividades de vida diárias (A.V.D.) foram analisados à data de entrada na Unidade os parâmetros da Escala Modificada de Barthel, quanto à higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, subir escadas, vestuário, controlo de micção, controlo de dejectões, deambulação, cadeira de rodas, transferência cadeira/cama. Constatou-se que 75 % dos doentes apresentavam um total de pontuação com critérios de dependência total ou de grave dependência. Na avaliação de risco de úlceras de pressão, segundo a Escala de Braden: foram determinados os parâmetros de percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção/forças de deslizamento, situando-se 75 % dos doentes no escalão de risco elevado (pontuação <12).

A avaliação antropométrica, efectuada à data da entrada na Unidade, revelou que 50 % dos doentes apresentavam peso normal, 32 % obesidade grau I e II, e 18 % baixo peso. Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, os dados disponíveis sobre infecções provocadas por agentes resistentes demonstram que 30-40 % são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde; 20-25 % resultam de terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada; 20-25 % do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade e 20 % têm origem desconhecida. Nesse sentido considerou-se como prioritária na Unidade de Cuidados Continuados João Paulo II a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, pelo que se estabeleceu um programa de acção de formação aos seus profissionais e que versou essencialmente os parâmetros:

Higienização das mãos

Após o contacto directo com o sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e itens contaminados; imediatamente antes da colocação das luvas e depois da remoção destas; antes de contacto com o utente, entre utentes ou no mesmo paciente, entre procedimentos para impedir a contaminação cruzada entre locais diferentes, antes de procedimentos assépticos, após o contacto com o doente; tempo de lavagem; produtos a utilizar/protecção da pele; equipamentos; uso de adornos/unhas artificiais; uso de luvas; protecção de feridas; tipos de lavagem de

mãos (lavagem higiénica ou social/lavagem asséptica ou desinfecção higiénica/desinfecção alcoólica).

Utilização de equipamentos de protecção individual

Protecção das mãos com luvas, antes do contacto com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e itens contaminados; antes do contacto com mucosas ou descontinuidades da pele; remoção logo após a sua utilização antes de tocar em objectos ou superfícies não contaminados; protecção da pele e roupa com batas/aventais; protecção da boca e nariz com máscaras e respiradores; protecção dos olhos com óculos, viseira, escudo facial, protegendo as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos e actividades de prestação de cuidados, em que possam existir salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções.

Prevenção de acidentes por picada

Protecção dos objectos cortantes-perfurantes, práticas de trabalho que aumentem o risco de ocorrência de picada, evitar reencapsulamento de agulhas; colocação de agulhas em contentores adequados, de paredes rígidas, nunca usar qualquer técnica que envolva o apontar da agulha na direcção de qualquer parte do corpo, utilizar o tabuleiro para transporte de seringas e do contentor destinado aos resíduos corto-perfurantes.

Prevenção de complicações respiratórias

Promover o ortostatismo e as variações de decúbito no doente acamado, estimular uma adequada dinâmica vertebro-costal e abdomino-diafragmática, promover o ensino de posições de repouso e relaxamento, quando necessárias; promover as condições necessárias a uma eficaz drenagem de secreções, aplicando se necessário técnicas de desobstrução e de tosse assistida; garantir um bom estado de hidratação. Boa prática em espirrar ou tossir, tapando a boca e nariz com um lenço de papel, rejeitando-o de seguida em local próprio (lixo de produtos biológicos), colocação do antebraço (e não a mão) à frente da boca e do nariz, depois de tossir ou espirrar lavando as mãos ou desinfectando-se com uma solução à base de álcool.

Efectuar o controlo ambiental, descontaminando equipamentos e instrumentos envolvidos na prestação de cuidados – a limpeza precede sempre

a desinfecção/esterilização –, a unidade do utente (grades e estrutura da cama; mesa de cabeceira), utilizar equipamentos de protecção individual de acordo com a possibilidade de contaminação ao manipular equipamentos/instrumentos, respeitar normas na manipulação da roupa, limpar com frequência superfícies susceptíveis de estarem contaminadas com microrganismos potencialmente patogénicos, fazer uma correcta triagem e acondicionamento dos resíduos. Localizar bem o doente, atendendo aos seus factores de risco para a transmissão de agentes, factores de risco para acontecimentos adversos relacionados com a IACS dos outros doentes; via da transmissão do agente infeccioso suspeito ou confirmado; disponibilidade de quartos.

Promover a vacinação/imunização dos profissionais de saúde: vacinas da gripe, hepatite B, tétano, aplicação de profilaxia pós-exposicional; dos doentes: vacinas do tétano, da gripe e anti-pneumocócica (Pneumo 23).

Prevenção da infecção do tracto urinário – avaliação da necessidade de algália, selecção do tipo de algália, inserção e manutenção asséptica da algália e sistema; remoção correcta da algália, tipos de algália (< 7-10 dias, de borracha; < 2/3 semanas, de látex; < 3 meses, de silicone); inserir a algália com técnica asséptica e equipamento estéril, fixar correctamente o cateter, manter o circuito estéril fechado, colher urina usando técnica asséptica, manter o fluxo de urina desobstruído, atentar a lavagem das mãos e a lavagem da área genital, escolher a algália de calibre mais adequado à uretra para que permita uma drenagem eficaz.

Efectuar ensinamento às visitas – alertando-as para tapar a boca e o nariz com um lenço de papel, rejeitando-o de seguida, e se não tiver um lenço colocar o antebraço (e não a mão) à frente da boca e do nariz, assim como depois de tossir ou espirrar, lavar as mãos/alcoolizar com dispensadores colocados nos quartos, sala de visita, portas, casas de banho, desinfectar telefones, campainhas, computadores e outros equipamentos.

Na UCC João Paulo II, entre a patologia infecciosa relacionada com a prestação de cuidados de saúde registada nos seus cinco meses de actividade, 37 % foram infecções do tracto urinário, 30 % infecções respiratórias, 11 % conjuntivites, 7 % infecções de boca e dentes, 7 % otites e 4 % infecções vaginais e cutâneas. Para o tratamento das infecções diagnos-

ticadas e passíveis de serem tratadas na Unidade, recorreu-se ao Prontuário Terapêutico recomendado pela RNCCI, de forma a racionalizar o uso da anti-bioterapia nos vários tipos de estabelecimentos de saúde do SNS (Centros de Saúde, Domicílios e Lares, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados).

Os fármacos anti-infecciosos em geral e os antimicrobianos em particular têm demonstrado uma eficácia inquestionável no tratamento das infecções, sendo a sua utilidade terapêutica indiscutível. Contudo, após a sua introdução na prática clínica, rapidamente se verificou que diferentes microrganismos eram susceptíveis de adquirir resistência a fármacos aos quais eram inicialmente sensíveis, sendo o exemplo dos estafilococos produtores de β - lactamases o mais conhecido. A emergência de estirpes resistentes, como resultado da pressão selectiva, é hoje em dia uma realidade preocupante.

A utilização, generalizada e precoce, de uma terapêutica antimicrobiana de largo espectro favorece o crescimento e a selecção de microrganismos resistentes, ao eliminar as estirpes sensíveis. Os princípios gerais da terapêutica antimicrobiana deverão, assim, estar sempre presentes quando da instituição de uma antibioterapia. O tratamento deverá ser individualizado, tendo em consideração o perfil do utente, o local da infecção e a etiologia da doença.

A selecção do antimicrobiano deverá basear-se na sua eficácia e segurança, e ainda num custo aceitável. Ao avaliar a eficácia e segurança de um antimicrobiano é importante considerar os efeitos resultantes de uma terapêutica de largo espectro na ecologia bacteriana – aumento do risco de infecção devida a microrganismos resistentes para o próprio utente e emergência de estirpes bacterianas com novos padrões de resistência no próprio meio, quer hospitalar, quer na comunidade. O antimicrobiano eficaz de menor espectro de actividade deverá ser sempre o fármaco de primeira escolha, devendo os clínicos adoptar uma atitude restritiva dentre os vários grupos de antimicrobianos eficazes (um ou dois fármacos de cada grupo).

Os novos antimicrobianos deverão ser sempre avaliados, tendo como referência os já existentes e prescritos apenas quando claramente superiores. As associações de antimicrobianos justificam-se apenas em situações particulares, a maioria ocorrendo em meio hospitalar, e têm por objectivo o tratamento de infecções polimicrobianas, em que um único fármaco não é susceptível de cobrir os microrganismos isolados, obter um efeito sinérgico – sem dúvida de grande relevância no tratamento de infecções

devidas a determinadas estirpes bacterianas, como é o caso da endocardite devida a *Streptococcus* ou das infecções por *Pseudomonas* – ou ainda minimizar o desenvolvimento de estirpes resistentes, como é o caso do tratamento da tuberculose ou das infecções por *Pseudomonas*.

Uma terapêutica empírica deverá ser instituída com um antibiótico ou associação de antibióticos cujo espectro de actividade inclua apenas o ou os microrganismos que se suspeita serem causadores da infecção e não todos os possíveis; uma terapêutica de largo espectro justifica-se quando for necessário assegurar um controlo precoce da situação clínica do utente e evitar complicações. O perfil do utente, a gravidade da situação e a existência de co-morbilidade são factores importantes a considerar, bem como o local da infecção e o padrão de susceptibilidade aos antimicrobianos do ou dos agentes etiológicos mais provavelmente responsáveis pela infecção em causa.

Das reacções adversas induzidas pelos antimicrobianos em geral, as reacções alérgicas – febre e erupções cutâneas – são as mais frequentes. A nefro e a ototoxicidade, bem como a mielo-supressão são específicas de fármacos e estão bem documentadas. A utilização de regimes posológicos adequados é determinante da resposta terapêutica. A eficácia do tratamento dependerá do rigor do diagnóstico e de uma terapêutica antimicrobiana apropriada.

Bibliografia

1. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
3. Prontuário Terapêutico – Infarmed
4. Decreto-Lei n.º 101/2006