



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

por

Helena Isabel Soares Cunha Palhares Falcão

LISBOA, Maio 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização de Enfermagem Médico Cirúrgica

por

Helena Isabel Soares Cunha Palhares Falcão

Sob a orientação da Professora Isabel Rabiais

LISBOA, Maio 2011

RESUMO

O presente relatório pretende descrever e reflectir a prática clínica no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este documento pretende ser o espelho da reflexão crítica sobre o desempenho ao longo de cada módulo e sobre os objectivos, as actividades e as estratégias desenvolvidas ao longo dos módulos de Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e na opção Comissão Controlo de Infecção, com vista à fundamentação das competências adquiridas para o exercício profissional como Enfermeira Especialista.

O módulo de Serviço de Urgência foi creditado devido ao facto de exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de São José desde 2001 e ter desenvolvido competências científicas técnicas relacionais e éticas à pessoa doente de médio e alto risco.

O módulo da Unidade de Cuidados Intensivos decorreu na Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta. As actividades e estratégias desenvolvidas foram direccionadas para prestação de cuidados ao doente crítico, no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, e para a formação com vista à melhoria contínua dos cuidados, implementação e uniformização de boas práticas.

O módulo opcional, decorreu na Comissão Controlo de Infecção do Hospital de São José. As actividades centraram-se na melhoria da qualidade dos cuidados e no desenvolvimento de boas práticas, com a aposta na formação a Assistentes Operacionais, elaboração de instrumento de auditoria à algaliação de curta duração, co-elaboração de fluxograma para o Serviço de Urgência de operacionalização do Procedimento Multissectorial Prevenção e Controlo da Tuberculose Nosocomial e do Instrumento de Colheita de Dados para Avaliação do Risco de Infecção Doente Admitido pelo Serviço de Urgência, aperfeiçoando e desenvolvendo competências de formação e investigação.

A consecução dos objectivos, a implementação das estratégias e actividades desenvolvidas revelaram-se essenciais na mobilização de conhecimentos e aptidões essenciais às competências de gestão de cuidados, formação e investigação inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

The following report aims to describe and reflect the clinical practice inside the Master's Course of Professional Nursing – Post-Graduate Course of Expertise in Medical-Surgical Nursing.

This document aims to be the mirror of the critical thought about the performance throughout each module, and the goals, developed activities and strategies throughout the Emergency Service (ER), Intensive Care Unit (ICU) modules, and the Infection Control Committee option towards a fundamentation of skills for the professional practices as a Specialist Nurse.

The ER module was credited due to the fact that I work on the Hops S. Jose's ER since 2001, and I have developed scientific, technical, relationship wise and ethical skills to the medium and high risk patient.

The ICU occurred at Hospital de Santa Marta's Cardiothoracic Surgery. The activities and strategies developed were guided to the critical patient's care, towards technical and relationship skills, as well as a training to better care giving, implement and uniformize of good practices.

The optional module occurred at Hospital de São José's Infection Control Committee. I centered the activities in how to better the quality of care and good practices, highlighting the training in Operational Assistants, creating an audit instrument to short term Foley catheter introductions, co-elaborating of a fluxgram of Preventing and Control Nosocomial Tuberculoses Procedure, and Data Harvest Instrument for an E.R patient's Infection Risk Assessment, perfecting and developing training and investigation skills.

The execution of goals, developed strategies and activities implementation revealed to be essential in mobilizing knowledge and important skills of great matter to care management, training and investigation associated to the professional practices of a Specialist Nurse.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, as minhas pedras basilares que sempre me deram o Amor e o apoio incondicional, mesmo quando significou estar mais ausente. As palavras não chegam para vos dizer o quanto vos Amo e são importantes para mim.

Meu marido, pela paciência e ajuda nos momentos mais difíceis e nas ausências mais prolongadas.

Aos meus amigos pelo apoio e por perdoarem a minha ausência. Vou recompensar-vos a todos!

Ao colega Rafael Oliveira pela simpatia e disponibilidade que demonstrou, mesmo sem me conhecer anteriormente. Ainda há colegas!

À Professora Isabel Rabiais pela disponibilidade, compreensão e incentivo que demonstrou ao longo deste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

cc – centímetros cúbicos

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

Enf.^a - Enfermeira

EOT – entubação orotraqueal

HDE – Hospital Dona Estefânia

HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos

HSM – Hospital de Santa Marta

HSJ – Hospital de São José

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IM – intramuscular

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNCI – Programa Nacional Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

SU – Serviço de Urgência

U - Unidades

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

UCV – Unidade Cerebrovasculares

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

SUMÁRIO

0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	10
1 - <u>ESTÁGIO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA</u>	12
1.1 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	12
1.1.1 - <u>Caracterização da Instituição e do Serviço</u>	14
1.1.2 - <u>No Serviço de Urgência do Hospital de São José</u>	15
1.2 - MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DO HOSPITAL DE SANTA MARTA	20
1.2.1 - <u>Caracterização do local de estágio</u>	20
1.2.2 - <u>Na UCI Cardiotorácica</u>	22
1.3 - MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO	32
1.3.1 - <u>Caracterização do local de estágio</u>	33
1.3.2 - <u>Na CCI do HSJ</u>	34
3- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	48
ANEXOS	53
ANEXO I - Apresentação Da Acção Formação “Hemorragia Digestiva no Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”	54
ANEXO II - Plano da Acção Formação “Hemorragia Digestiva no Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”	60
ANEXO III - Documento de Avaliação da Acção Formação “Hemorragia Digestiva no Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”	63
ANEXO IV- Avaliação da Acção Formação “Hemorragia Digestiva no Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”	65
ANEXO V - Instrumento de trabalho Cardíaca “Hemorragia Digestiva no Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”	68
ANEXOVI - Certificado De Apresentação Do Poster “Abordagem Sistematizada do Politraumatizado no Serviço De Urgência”	96
ANEXO VII - Certificado de Apresentação do Poster “Catástrofe – O Que A Poderá Definir?”	99
ANEXO VIII - Certificado de Participação no 4º Curso de Manutenção da Via Aérea para Enfermeiros	102

ANEXO IX -Certificado de presença no Simpósio “Importância da Prevenção e Controlo das IACS”	104
ANEXO X -Plano das Acções de Formação “Cuidados ao Utente Algaliado” e “Prestação de Cuidados de Higiene ao Utente Dependente”	106
ANEXO XI- Apresentação da Acção de Formação “Cuidados ao Utente Algaliado”	111
ANEXO XII- Apresentação da Acção de Formação “Prestação de Cuidados de Higiene ao Utente Dependente”	115
ANEXO XIII -Avaliação das Acções de Formação “Cuidados ao Utente Algaliado” e “Prestação de Cuidados de Higiene ao Utente Dependente”	120
ANEXO XIV - Proposta de Instrumento de Auditoria ao Procedimento Algaliação de Curta Duração	124
ANEXO XV- Fluxograma de Operacionalização no Serviço de Urgência do Procedimento Multisectorial Prevenção e Controlo da Tuberculose Nosocomial	126
ANEXO XVI- Instrumento de Colheita de Dados para Avaliação do Risco de Infecção do Doente Admitido pelo Serviço de Urgência.....	128
ANEXO XVII - Documento de apoio ao Instrumento de Colheita de Dados para Avaliação do Risco de Infecção do Doente Admitido pelo Serviço de Urgência.	131

0 – INTRODUÇÃO

A enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro - pessoa/família ou comunidade, cada um com o seu quadro de valores, crenças e desejos próprios. O enfermeiro diferencia-se dos restantes profissionais de saúde pelo entendimento e respeito incondicional do outro, sem juízos de valor, devido à sua formação e experiência. Através dos conhecimentos apreendidos ao longo do percurso profissional e da formação, vai construindo o seu percurso e o seu próprio saber, essencial ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas. Do Enfermeiro Especialista é esperado o julgamento, a tomada de decisão e o desempenho adequados à situação, um processo contínuo de reflexão de e sobre a prática e um conhecimento profundo na resposta às necessidades da Pessoa/Família ou Comunidade.

Iniciei o curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com vista ao “*desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido ao doente em estado crítico*” (UCP/ICS, Regulamento Geral, 2007 p. 8). No plano de estudos está contemplado um período de estágio de 540 horas, cujo propósito é facultar as condições que permitam o aprimorar e desenvolver de competências específicas nesta área de especialização. O estágio é constituído por três módulos de 180 horas cada, nas vertentes Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e um Módulo Opcional cuja escolha recaiu na opção Comissão de Controlo de Infecção.

O módulo do Serviço de Urgência foi-me creditado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde – Escola Superior Politécnica da Saúde, visto ter desenvolvido competências técnicas, científicas, relacionais e éticas ao exercer a minha prática profissional no Serviço de Urgência do Hospital de São José desde 2001. Este serviço conta com um centro de trauma de referência a nível nacional e recebe pessoas com toda a panóplia de patologias médicas e cirúrgicas de grande parte da cidade de Lisboa e de praticamente todo o sul do País, ilhas e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

Relativamente ao módulo de Unidade de Cuidados Intensivos, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta no período

de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010. Esta unidade é referência nacional da área do transplante cardíaco e pulmonar, e uma referência na área da cirurgia cardíaca e torácica o que aliado à minha curiosidade pessoal por esta área, motivaram a minha escolha nesta unidade. O Serviço de Cardiotorácica é constituído pela Enfermaria, Unidade de Cuidados Intermédios, Bloco Operatório e a Unidade de Cuidados Intensivos. Direcionei-me para a Unidade de Cuidados Intensivos por ser o espaço do Serviço de Cardiotorácica que está vocacionada para o doente crítico.

O Módulo de Opcional decorreu na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de São José no período de 27 Setembro a 19 de Novembro. No Serviço de Urgência são efectuados procedimentos invasivos, de diagnóstico e terapêuticos em que, devido à complexidade das situações e à necessidade de intervenções e respostas em tempo útil, podem não ser devidamente reunidas as medidas prevenção e controlo de infecções. Estes aspectos, aliados a uma procura pessoal e contínua em enriquecer o saber, na qualidade dos cuidados que presto e em promover as boas práticas junto da equipa multidisciplinar e à proximidade com o meu local de trabalho, motivaram a minha escolha por este módulo e campo de estágio.

Este documento reporta-se ao período de estágio e pretende ser o espelho da reflexão crítica do meu desempenho, e sobre os objectivos, as actividades e as estratégias desenvolvidas ao longo dos vários módulos, com vista à fundamentação das competências adquiridas para o exercício profissional como futura Enfermeira Especialista. A metodologia utilizada para a sua consecução foi reflexão e a pesquisa bibliográfica em bibliotecas e em bases de dados online internacionais, as reflexões críticas e os portfolios de cada módulo.

A estrutura deste trabalho segue a sequência estabelecida pelo Instituto de Ciências da Saúde dos módulos de estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Módulo I - Serviço de Urgência, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III – Comissão de Controlo de Infecção, segue-se a conclusão, referências bibliográficas e anexos. Em cada módulo será feita uma breve caracterização da instituição e do local onde decorreu o módulo, explanação de cada objectivo, seguido da descrição das actividades, recursos e estratégias utilizados para sua consecução, bem como as competências desenvolvidas, com vista à aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1 - ESTÁGIO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O propósito da prática clínica é facultar as condições que permitam colmatar lacunas das experiências profissionais e dar a conhecer novas perspectivas em áreas conhecidas pois a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pressupõe o conhecimento não apenas teórico mas também na prática, pois é uma referência de saber (conhecimento), saber ser (atitudes e comportamentos), saber fazer (capacidades) e saber apreender (reflexão e evolução).

A aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pressupõe *“um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”* (NUNES, 2009 p. 8). Entenda-se como competência o *“conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequado às circunstâncias”* (ALARCÃO, 2001 p. 53). Está subjacente a evolução pessoal e profissional que tenho procurado ao longo do meu percurso enquanto profissional, motivadora da minha frequência neste curso.

Da reflexão constante na prática clínica, procuram-se experiências que promovam a articulação entre a prática e a teoria. O estágio desenvolveu-se em três módulos de 180 horas desenvolvidos em Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e na opção de Comissão de Controlo de Infecção.

Seguidamente será apresentado cada um dos módulos de estágio com uma breve caracterização dos mesmos, objectivos desenvolvidos, actividades e estratégias implementadas, reflexão sobre este percurso e competências adquiridas.

1.1 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O módulo do Serviço de Urgência (SU) foi-me creditado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde – Escola Superior Politécnica da Saúde.

Desde que me tornei enfermeira, em 2001, que exerço funções no Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de São José (HSJ), e em 2008 iniciei funções como operacional de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Este percurso na área da

urgência/emergência permitiu-me desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e em particular na assistência à pessoa em situação crítica. Entenda-se por pessoa em situação crítica *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência, depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2010 p. 1).

Este percurso tem sido rico em marcos importantes que ao longo do tempo me transformaram enquanto pessoa e enfermeira. Entendo que ser enfermeira não significa substituir a pessoa na satisfação das suas necessidades mas capacitá-la e torná-la mais autónoma, nem que para isso seja necessário reaprender ou adaptar. O enfermeiro é um companheiro nessa viagem. A Pessoa que se sente doente e sua família exigem que o Enfermeiro demonstre conhecimentos e seja disponível e competente tecnicamente. *“O acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nesses casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade”* (HESBEEN, 2001 p. 43).

Na minha perspectiva cuidar é a essência da enfermagem, sendo que ao cuidar é indissociável a vertente técnica e relacional (BENNER, 2005 p. 167). O enfermeiro deve prestar cuidados personalizados o que exige uma reflexão contínua dos cuidados que presta, pois só desta forma consegue alcançar a melhoria da qualidade.

Encaro a pessoa doente como um ser único e insubstituível, com os seus valores, crenças e personalidade próprios, com a sua autonomia e dignidade, que procuro respeitar, ao mesmo tempo que procuro equilibrar os conhecimentos, capacidades técnicas e os meus sentimentos na prestação diária de cuidados. É mais do que a soma das componentes biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, pois considero que as experiências de vida (e de doença), as expectativas e o plano de vida pessoal têm uma influência impar nas suas crenças e valores e a tornam numa Pessoa única.

Estes conceitos têm-se revelado fundamentais como regentes da minha prática diária e da enfermeira que sou e pretendo ser.

Também em urgência/emergência os cuidados de enfermagem são contínuos. Exigem uma observação, colheita implementação e avaliação contínuas de forma sistémica com

o objectivo de prever, prevenir e detectar precocemente complicações. As intervenções devem ser precisas, concretas, eficientes e em tempo útil. Visam a recuperação das funções vitais em risco imediato de falência, prevenindo limitações e incapacidades, mas “*sem esquecer que mesmo na condição de emergência o cuidado é o elo de interacção/integração/relação entre o profissional e o cliente*” (BAGGIO, et al., 2009 p. 382).

Seguidamente será feita uma caracterização sumária do serviço e de alguns dos aspectos mais relevantes da prática diária.

1.1.1 - Caracterização da Instituição e do Serviço

O Centro Hospitalar Lisboa Central EPE (CHLC) foi criado pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro e integrou na mesma organização quatro unidades hospitalares: Hospital Santa Marta (HSM), Hospital Dona Estefânia (HDE), Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC) e Hospital de São José (HSJ), sendo que estes dois últimos integravam já o Centro Hospitalar Lisboa - Zona Central.

Este centro hospitalar tem por missão a prestação de cuidados diferenciados e de alta qualidade técnica, em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados integradas no Serviço Nacional de Saúde, e assegurar a cada doente

“Cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente” (CHLC, Regulamento Interno p. 2).

Conta com elevada diferenciação tecnológica, técnica e científica assumindo-se como uma instituição de referência a nível nacional. Trata-se de um hospital com um SU Polivalente e um centro de trauma de referência a nível nacional.

Abrange as freguesias Graça, Lapa, Luz Soriano, São Mamede, Santa Isabel, Alameda, Coração de Jesus, Penha de França e São João (cerca de 500.000 habitantes) é referência para as especialidades de Neurocirurgia, Vertebro-medular, Neurologia, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva dos hospitais: Torres Vedras, Reynaldo dos Santos, Curry Cabral (que desde Agosto de 2010 encaminha também todos os utentes do foro da Cirurgia Geral), Barreiro, Setúbal, Portalegre, Elvas, Évora, Beja, Faro e do Barlavento Algarvio. Pontualmente recebe ainda doentes de áreas

neutras como Abrantes, Santarém e Tomar, de todo o país (Unidade de Queimados) e ainda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Vocacionado para adultos, a grande maioria dos doentes dá entrada no CHLC pelo SU do HSJ o que corresponde a uma média diária entre 400-500 utentes.

O SU tem duas áreas de atendimento: Ambulatório de que fazem parte a triagem, balcões de atendimento geral (verde/azul e amarelo/laranja), de especialidades (Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pequena Cirurgia) e os meios complementares de diagnóstico e a Unidade de Observação (com capacidade para 22 doentes com as mais diversas patologias distribuídas por 5 salas e ainda com 4 salas de emergência vocacionadas para o doente do foro médico e de trauma. Exerço a minha actividade em todos os sectores, pelo que se espera que eu tenha um nível elevado de desempenho nas vertentes científica, técnica, relacional e ética.

A equipa de enfermagem é constituída por 97 enfermeiros distribuídos por 5 equipas em *roulement* e uma equipa em horário fixo. Os métodos de prestação de cuidados são o método individual em que *“cada enfermeira é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”* HESBEEN (2001, p.139) e de trabalho em equipa em especial na Salas de Emergência. *“Uma das características inerentes aos cuidados de urgência é a integração na equipa. Em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão importante o trabalho em equipa e o respeito mútuo. A qualidade dos cuidados assenta neste conceito de equipa.”* (SHEEHY, 2001 p. 5).

Seguidamente são apresentadas em resumo as actividades que venho desenvolvendo ao longo dos anos e que traduzem competências valorizadas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que permitiram a creditação deste módulo de estágio.

1.1.2 - No Serviço de Urgência do Hospital de São José

Trabalhar no Serviço de Urgência é vivenciar cada minuto. É um mundo de movimento cor, cheiro, alegrias e desespero. Quem gosta, vive inebriado pelo turbilhão de sentimentos em oito horas de exigência física, psicológica e mental intensa que vão da mais profunda alegria à mais frustrante tristeza. Não existe nada que substitua o sorriso de quem esteve numa situação de saúde complicada, e em que nós ajudámos a vencer

mais uma batalha da vida. Para quem vê é o caos. Para quem lá trabalha é um mundo com o seu ritmo próprio cheio de vida.

Diariamente, presto cuidados à pessoa que se encontra em falência ou iminência de falência das funções orgânicas, o que se traduz situações imprevistas, e que implica uma **mobilização de conhecimentos e habilidades em tempo útil e de forma holística**, para assegurar a sobrevivência. Ao mesmo tempo, estabeleço relações de colaboração interdisciplinar contribuindo para um trabalho multidisciplinar eficaz. Elaboro o plano de cuidados (de acordo com as prioridades) em conjunto com o utente e o cuidador de forma a contemplar a preparação para a alta e encaminhamento para outros profissionais de saúde (equipa de cuidados continuados, serviço social) e sempre oportuno utilizo a educação para a saúde de forma a manter/promover a independência do utente e família. Visto ser um hospital com todas as valências, presto cuidados a doentes com uma grande variedade de patologias médicas e cirurgias, queimados e politraumatizados, o que implica que seja capaz de **gerir eficazmente os cuidados que presto** o que faço de acordo com a metodologia do ABCDE, cujo objectivo é *“fazer um exame rápido e eficaz, procurar lesões que possam colocar em perigo a vida e actuar à medida que essas lesões vão sendo detectadas”* (INEM, 2007 p. 7). Esta metodologia, a par com a identificação de potenciais focos de instabilidade (sudorese, palidez, agitação, arritmias), permite-me detectar e antecipar situações limite.

As pessoas que recorrem ao SU apresentam uma panóplia de patologias e situações que implicam uma monitorização, implementação e avaliação de cuidados constantes, a par com a **gestão adequada do tempo, dos recursos humanos e materiais ao dispor e a articulação entre a equipa multidisciplinar**. Quando é relevante para a prática dos cuidados, sou chamada a assumir um **papel de liderança** o que procuro que seja adaptado à situação e ao desenvolvimento pessoal, experiência, empenho, grau de autonomia, capacidade de assumir responsabilidades e tomar decisões e competências da equipa presentes na situação. Procuro ter um papel de guia na procura da segurança e qualidade nos cuidados de saúde, e ao mesmo tempo, permitir o desenvolvimento pessoal e profissional daqueles que exercem funções a meu lado. Além de já ter **integrado um elemento ao serviço e ter colaborado na supervisão** de alunos em estágio, os meus colegas mais novos consideram-me como alguém de referência pois abordam-me para esclarecimento de dúvidas ou mesmo sobre um episódio concreto de forma a reflectirmos em conjunto, o que vai de encontro ao que refere FONSECA (2006

p. 164) “os níveis de experiência dos peritos configuram-se como um recurso para os iniciados, no que se refere à fundamentação da sua tomada de decisão”.

Valorizo a relação que estabeleço com o utente e família. Procuo ser um apoio ao utente/família quando confrontados com a situação de doença, incapacidade, deficiência e morte. A relação que procuro estabelecer com o doente e a pessoa significativa faz com que a gestão da ansiedade seja uma exigência constante, pois a pessoa recorre à urgência por uma situação súbita e inesperada, que, aliada ao tempo de espera dos meios de diagnóstico e de notícias, potenciam a ansiedade.

Da minha prática diária, constato que é particularmente importante permitir à pessoa e pessoas significativas exprimirem os seus sentimentos e transmitir-lhes a certeza de que não estão esquecidos e serão prontamente informados assim que exista alguma informação, isto porque “ (...) os doentes mais informados, são os mais satisfeitos e sentem-se menos ansiosos” (PEREIRA, 2008 p. 187). Como medidas redutoras da ansiedade e promotoras do conforto, procuro também manter a privacidade do doente, permitir ter a seu lado a família/pessoa significativa (nem sempre é possível dado o número de doentes e a contingência do espaço físico), solicitar ao acompanhante ajuda de forma a sentir-se envolvido nos cuidados (como na alimentação) e providenciar para que o respeito pelos costumes e valores sejam assegurados. O controlo da dor é outra medida fundamental para o conforto. Não é possível estabelecer uma relação com alguém que experiencia uma dor intensa, sem primeiro instituir medidas farmacológicas ou não farmacológicas (por vezes uma massagem e mudança de posicionamento é suficiente) que aliviem a dor. Quando já não sente dor ou esta é apenas residual o doente e família, experimentam uma redução muito significativa da ansiedade e estão muito mais disponíveis para estabelecer uma relação.

No pré-hospitalar já tive de ocorrer a situações com multivítimas, mas em termos hospitalares também é frequente existirem **situações complexas** pois “o Serviço de Urgência deve estar capacitado para poder atender em 3 horas 30% das urgências de um dia. Se estas urgências atingirem 50% num período de 4 a 5 horas há um índice catastrófico” (GANDRA, 2008 p. 240). Nestas situações considero essencial a **gestão de cuidados** segundo a metodologia do ABCDE que permite priorizar e otimizar os recursos humanos e materiais no atendimento. A articulação entre os vários elementos

da equipa utilizando esta linguagem comum, faz com que a tomada de decisão seja rápida e conjunta e a prestação de cuidados sincronizada.

Ao longo do meu percurso profissional desenvolvi competências técnicas, científicas, relacionais sempre de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem. As bases foram a experiência que adquiri ao longo dos anos, as formações e actualizações a par da reflexão constante de e sobre a prática.

A formação é uma necessidade e exigência essencial ao desempenho profissional de excelência inserido numa equipa multidisciplinar. Desde sempre que procuro actualizar conhecimentos de forma a fundamentar a minha actuação, desenvolver competências e **manter de forma autónoma e contínua o meu desenvolvimento pessoal e profissional** pelo que investi na minha formação ao longo dos anos.

Contribuir para o **desenvolvimento, valorização e investigação na prática de enfermagem** é também uma das minhas preocupações. Tenho desenvolvido vários trabalhos apresentados sob a forma de posters e comunicações livres em simpósios, congressos e encontros de enfermagem, como formadora no âmbito da saúde a pessoal técnico e não técnico, bem como outras contribuições para o desenvolvimento e valorização da profissão de que destaco:

- Colaboração no projecto de reorganização das funções por posto de trabalho dos enfermeiros do Serviço de Urgência e no projecto de organização do serviço para o “Rock in Rio” e “Euro 2004”.
- Integração da Comissão Organizadora das I Jornadas de Enfermagem da Urgência do CHLC, EPE que se realizou nos dias 12, 13 e 14 de Novembro de 2009 no Fórum Lisboa, que teve como objectivo ser um espaço de partilha, reflexão e debate entre os vários profissionais de saúde que exercem funções nas diferentes vertentes da urgência.
- Integração do grupo de projecto de modificação das práticas de enfermagem no atendimento a vítimas de violação sexual, maus tratos, agressão com arma branca e arma de fogo e cadáveres suspeitos de morte violenta e elaboração em co-autoria o projecto: “Aspectos médico-legais na prática de enfermagem da Urgência Polivalente do CHLC, EPE”.

Com o objectivo melhorar a intervenção de enfermagem às vítimas, minimizar a experiência traumática, encorajá-las a utilizar os recursos da comunidade e providenciar

uma correcta investigação criminal integrei o grupo do projecto de modificação das práticas de enfermagem no atendimento a vítimas de violação sexual, maus tratos, agressão com arma branca e arma de fogo e cadáveres suspeitos de morte violenta que culminou na criação de um grupo de trabalho do qual faço parte. Este grupo de trabalho é constituído também por uma Médica da Equipa Fixa do SU, duas Psicólogas e uma Assistente Social. O objectivo principal é a elaboração do Procedimento de Apoio à Vítima de Violência/Negligência e do Procedimento de Apoio à Vítima de Abuso Sexual que se encontram na fase final de consecução. O fenómeno da violência é cada vez mais um problema em crescimento e um dos motivos pelo qual o doente recorre à urgência. Enquanto enfermeiros não podemos ignorar esta realidade, uma vez que além da protecção à saúde dos cidadãos, os enfermeiros lidam também com o exercício da justiça. *“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos...”* (REPE, no seu Cap. IV, art. 8º, ponto 1). Esta problemática faz parte do nosso dia-a-dia no serviço de urgência e implica aquisição de competências específicas, a revisão das práticas e procedimentos no caminho para a melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos.

A instituição está envolvida no Processo de Acreditação Internacional que consiste essencialmente num *“quadro de orientação para a garantia da qualidade e melhoria da qualidade de todos os serviços prestados num hospital”* (Healthcare Accreditation and Quality Unit, 2006 p. 4). Com este grupo de trabalho pretendemos a conformidade da Norma 8 Segurança de Doente do Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, e dar conformidade ao critério 8.22 *“Existe uma política, datada e documentada, com um procedimento de apoio para a protecção de adultos vulneráveis”* (2010, p.77), ao critério 8.24 *“O pessoal recebe informação para estar atento a sinais e sintomas de abuso (...)”* (2010, p.78) e ao critério 8.25 *“Existe um sistema para assegurar o envolvimento de organismos locais, de forma a conseguir acesso a peritos adequados para fazer o acompanhamento da protecção de adultos vulneráveis”* (2010, p. 78).

Desde que iniciámos o papel de dinamizadores desta temática no SU, registou-se um aumento da curiosidade dos colegas por este tema, o que possibilitou a aquisição de competências que lhes permitem estar atentos e detectar possíveis situações de abuso e maus tratos, o que fez disparar a sinalização destas situações ao Gabinete do Serviço

Social. Ao mesmo tempo, a sensibilização feita para a problemática das vítimas de violação, fez despertar a consciência da situação penosa vivenciada pela vítima e a preocupação pelo encaminhamento para o Gabinete de Psicologia e um atendimento mais célere da parte médica minimizando a experiência traumática.

Esta é a minha postura: ser, saber, estar, gerir, actuar e reflectir com a certeza que ser enfermeiro é acima de tudo estar com a Pessoa.

1.2 - MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DO HOSPITAL DE SANTA MARTA

O módulo da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) insere-se no contexto de aquisição e aprofundamento de conhecimentos e de competências para assistência e prestação de cuidados especializados de enfermagem avançada ao doente adulto/idoso com doença grave, no decorrer da evolução do seu estado de saúde. A complexidade das patologias do doente aliadas à sua instabilidade hemodinâmica, requerem do enfermeiro especialista apuradas competências técnicas, científicas e relacionais a par da rapidez de actuação que lhe permitem responder de forma adequada, eficaz e em tempo útil às situações com que se depara.

Este módulo decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica do HSM de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010. A minha escolha foi motivada por este serviço ser uma referência nacional na área do transplante cardíaco e pulmonar e um importante centro de cirurgia cardíaca e torácica, uma temática que sempre me suscitou curiosidade do ponto de vista científico. Os objectivos inicialmente traçados foram reformulados em função da identificação de áreas sensíveis de intervenção e por sugestão da Enfermeira Orientadora.

1.2.1 - Caracterização do local de estágio

O Serviço de Cardiotorácica do HSM ocupa todo o 4º piso do edifício do coração e é constituído pela Enfermaria, Unidade de Cuidados Intermédios, Bloco Operatório e a Unidade de Cuidados Intensivos. Direcionei-me para a UCI por ser o espaço do Serviço de Cardiotorácica que está vocacionada para o doente crítico.

A UCI recebe maioritariamente doentes vindos do Bloco Operatório da Cirurgia Cardiorácica mas também da Enfermaria, outros serviços do hospital e de outras Unidades Hospitalares, desde que cumpram os seguintes critérios de admissão:

- “*Pós – operatório imediato de cirurgia cardíaca;*
- *Pós-operatório imediato de cirurgia torácica em caso de instabilidade hemodinâmica que requeiram cuidados só possíveis na UCI;*
- *Execução de procedimentos de curta duração e apenas se a Unidade de Intermédios não der resposta (cardioversão, cateterização central, pacing provisório, etc.);*
- *Doentes em paragem cardio - respiratória, insuficiência respiratória, angina instável ou arritmias malignas, vindos da enfermaria da Cirurgia Cardiorácica;*
- *Pré – operatório imediato em determinados casos (ventilação assistida ou instabilidade hemodinâmica grave).”* (CHLC 2010 p. 2)

As patologias mais frequentes são a doença coronária, doença valvular, bloqueios auriculo-ventriculares e neoplasias.

A equipa de enfermagem encontra-se em reorganização pois está previsto englobar a equipa da UCI e Unidade de Intermédios em apenas uma equipa de enfermagem. Na UCI existem 5 equipas de enfermagem em *roulement* com um enfermeiro responsável por turno e 3 Enfermeiros Especialistas apenas nas manhãs, tendo cada um a sua área de responsabilidade (adultos, pediatria e transplante) e uma Enf.^a Chefe do Serviço de Cardiorácica.

O método de trabalho preconizado é o método individual em que cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados aos doentes que lhe são distribuídos (1 a 2 doentes), no entanto, na receção de um doente do Bloco Operatório ou em situações de emergência preconiza-se o método de trabalho em equipa, revelador de um elevado grau de maturidade da equipa em se adaptar às necessidades existentes.

A UCI Cardiorácica tem 9 camas de adultos, 5 de crianças e 3 de isolamento (2 quartos de pressão positiva e 1 de pressão negativa) que podem ser ocupadas por adultos ou crianças.

Em termos de assistência, no ano de 2009, o Serviço de Cardiorácica teve um total de 1753 doentes admitidos, e destes, na UCI estiveram 704 adultos, 178 pediátricos e 19 transplantes, o que se traduz numa lotação média de 3 pediátricos, 9 adultos e 2

transplantes (CHLC EPE, Estatística do Movimento Assistencial - Indicadores dos Serviços por Áreas 2009).

1.2.2 - Na UCI Cardiotorácica

A escolha deste campo de estágio deveu-se ao facto de ser uma oportunidade única de experienciar uma área que me suscita curiosidade e interesse como é a cirurgia cardíaca, aliada à proximidade geográfica com o local onde exerço funções e ao reconhecimento que este serviço tem a nível nacional.

A UCI Cardiotorácica está totalmente direccionada para a especificidade do doente submetido a cirurgia cardíaca. A área da Cardiotorácica, com as suas patologias, intervenções terapêuticas e métodos de monitorização específicos, é desconhecida para quem centra a sua área de actuação na Urgência/Emergência. Este estágio tornou-se num desafio acrescido exigindo uma pesquisa bibliográfica constante a par da reflexão diária sobre o meu desempenho e das experiências vivenciadas.

Os cuidados de enfermagem a prestar à pessoa e família/pessoas significativas submetidos a cirurgia cardíaca são complexos e exigentes pelo que estabeleci como objectivo geral aprofundar conhecimentos e desenvolver competências sobre as especificidades da intervenção de enfermagem ao doente adulto/idoso em risco iminente de vida, no âmbito da cirurgia cardiotorácica. Dadas as particularidades do doente submetido a cirurgia cardíaca, em especial no pós-operatório imediato (o maior número de situações a que esta UCI dá resposta), estabeleci como primeiro objectivo:

- Prestar cuidados de enfermagem que requerem conhecimentos especializados ao doente adulto/idoso em risco eminente de vida, que foi submetido a cirurgia cardíaca.

Na consecução deste objectivo, senti necessidade de adquirir e aprofundar novos conhecimentos em áreas tão vastas e específicas como as patologias e cirurgias cardíacas mais frequentes, ventilação invasiva, balão intra aórtico, transplante cardíaco, interpretação de gasimetrias arteriais (essenciais na monitorização da eficácia da ventilação invasiva) e no SU são poucas estas oportunidades. Como estratégias utilizei a consulta das normas e procedimentos existentes no serviço, a pesquisa bibliográfica

(*online*, livros e revistas de enfermagem e documentos existentes no serviço), bem como conversas informais com a Enf.^a Orientadora e restantes colegas.

Deste modo pude integrar a equipa de enfermagem, planear e implementar cuidados de enfermagem de acordo com a metodologia utilizada no serviço, ao doente submetido a cirurgia cardíaca com e sem ventilação assistida, sujeitos a monitorização hemodinâmica invasiva, com necessidades de manutenção de balão intra aórtico, *cell saver*, colaborar na extubação orotraqueal de doentes e até prestei cuidados a um doente submetido a transplante cardíaco. Pela complexidade das situações encontradas, mantive uma vigilância constante do doente segundo a metodologia do ABCDE e do estado hemodinâmico de forma a estar atenta a possíveis alterações que pudessem surgir. Além dos aspectos técnicos e científicos, procurei estar atenta à pessoa individualizando e personalizando os cuidados, estimulando a autonomia e autodeterminação da pessoa. Tal é enfatizado pela OE no seu Código Deontológico Artigo 89º “*O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados atenção à pessoa como uma totalidade única (...) b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.*” Considero que, apesar de se encontrar numa situação de maior dependência, está subjacente a dignidade da pessoa que deve ser incentivada a exprimir-se e a colaborar, dentro das suas possibilidades, nos cuidados desenvolvidos.

Dada a complexidade destes doentes críticos, procurei fazer a diferença em pequenas coisas “*tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças negativas no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde*” (OE, Padrões de Qualidade 2001 p. 12). Durante a higiene procurei que a pessoa colocasse a mão na bacia para saber se a temperatura da água estava adequada e sempre que possível o doente realizou a sua higiene oral autonomamente ou com a minha colaboração. Identificar e satisfazer as necessidades de conforto foi outras das minhas preocupações pois “*o conforto pode ser considerado como o último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objetivo de enfermagem*” (APÓSTOLO, 2009 p. 64). Procurei massajar e ajudar a encontrar uma postura mais confortável. O alívio da dor foi outro dos aspectos para o qual procurei manter uma avaliação sistemática.

Da experiência na UCI, a aspiração traqueobronquica do doente EOT foi um dos aspectos que mais me sensibilizou pelo facto de a pessoa se encontrar perfeitamente consciente e pela sua colaboração em algo tão desagradável. Na minha actuação, além de explicar o procedimento e esclarecer que iria ser algo desagradável mas absolutamente necessário, solicitei a sua colaboração, e, antes e após o procedimento, procurei segurar a mão da pessoa para lhe demonstrar a minha presença e solidariedade neste momento. Constatei que, na maioria das situações a pessoa segurava a minha mão com força. Nos momentos em que colaborei no desmame e extubação dos doentes, além de explicar todo o procedimento e solicitar a colaboração do doente, procurei também estar mais próxima da pessoa tocando-a na mão e por vezes na face, pois “ (...) o contacto físico, o toque, desempenha um papel muito importante, dado que o doente pressente o interesse do enfermeiro no seu bem-estar, e por outro lado, facilita a interacção enfermeiro/doente” (ROXO 2008, p. 85) Constatei que ao vivenciar em conjunto o percurso de acordar de uma cirurgia, a dificuldade em ultrapassar a aspiração de secreções traqueobronquicas, o desmame e a extubação, cria-se um laço que se torna mais forte e que se reflecte quando a pessoa nos olha com um novo brilho e um sorriso nos lábios.

Este meu percurso foi pautado por uma evolução do meu desempenho que se traduziu no aumento da autonomia e da capacidade de resposta às situações com que me deparei, tendo por base a reflexão pois “a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, reflectida” (ALARCÃO, 2001 p. 55). Deu-se a passagem de um estadio inicial em que os cuidados eram planeados e executados em conjunto com a Enf.^a Orientadora até à autonomia no planeamento e consecução dos mesmos. Este caminho ocorreu sempre sob a supervisão da Enf.^a Orientadora, uma enfermeira perita, que segundo BENNER (2005, p. 54) é aquela que “que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

Assumi a **gestão dos cuidados aos doentes** que me foram atribuídos mas sem descurar o trabalho em equipa. **Integrada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, colaborei na recepção do doente à UCI vindo do Bloco Operatório em que participam três enfermeiros da UCI cada um com posicionamentos e papéis bem definidos motivado pela estrutura física funcional do serviço em que o monitor e o ventilador situa-se à esquerda do doente e a rampa das pressões e as seringas infusoras à direita. Eu

experienciei todos estes papéis durante o período em que decorreu este módulo. Assim, o enfermeiro que se localiza à esquerda do utente deve colaborar com a anestesia na monitorização hemodinâmica, ajudar a conectar ao ventilador e ao monitor, ajustar alarmes, efectuar colheitas de sangue para gasimetria e análises, verificar se as drenagens torácicas foram conectadas ao aspirador baixa pressão. O enfermeiro posicionado à direita do utente deve colocar as seringas infusoras no suporte, a rampa de pressões invasivas ao nível, adaptar o soro prescrito e o soro com cloreto de potássio e se necessário iniciar a perfusão. O enfermeiro que está de fora deve registar as perfusões (quais, a diluição, ritmo e quantidade), parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, características e volume das drenagens torácicas e vesical e nasogástrica, avaliar as características da pele e pulsos periféricos e iniciar o preenchimento da folha de registos da UCI.

Tive a oportunidade de demonstrar a minha **iniciativa e capacidade de reagir em situações imprevistas e complexas** durante uma esternotomia de urgência. O doente não estava sobre a minha prestação directa de cuidados mas apresentava uma perda hemorrágica importante pelas drenagens torácicas e instabilidade hemodinâmica. Tomei a iniciativa de montar e testar o ventilador e preparar o material para entubação gástrica. Auxiliei a anestesista durante o processo de entubação orotraqueal e assumi autonomamente a posição de enfermeiro de anestesia (preparei e administrei medicação solicitada, auxiliei o Anestesista na técnica de entubação orotraqueal e entubação nasogástrica). Este episódio permitiu também demonstrar a minha capacidade em **gerir e interpretar de forma adequada informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e da minha formação pós-graduada.**

A consecução deste objectivo foi uma mais-valia, não apenas em termos de satisfação da curiosidade pessoal e evolução do meu desempenho, mas também no aprimorar competências técnicas (manipulação rigorosa de cateteres venosos centrais e de linhas arteriais, utilização de sistema de aspiração de secreções fechado para doentes com pneumonia associada à ventilação) e de inter-relação de saberes (na pessoa com patologia valvular deve ser feito um balanço hídrico rigoroso com controle estrito da soroterapia sob o risco de sobrecarga hídrica, o que não sucede no SU) aspectos essenciais no contínuo que é a melhoria dos cuidados de enfermagem que pretendo manter e que levo para a minha prática diária.

Apesar de a área da urgência ser uma vertente tendenciosamente tecnicista e relacionada com o *life saving*, eu valorizo cada vez mais o estar com o outro. Somos pessoas que cuidam de pessoas. O cuidar do outro é a essência de enfermagem e para isso é essencial estabelecer um processo de interacção que só é possível com uma comunicação eficaz. A comunicação assume um papel crucial e indissociável da enfermagem. “*A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos cuidados*” (PHANEUF 2005, p. 13). Trata-se de uma questão complexa e sensível da nossa prática relacionada com o utente e família.

Na minha prática de SU e VMER, sempre que a situação o justifica, procede-se à sedação e EOT do doente que é colocado sob ventilação assistida em volume controlado. O contacto da minha prática com o doente com EOT é sedado e por vezes até curarizado o que impede a comunicação. A UCI é o local privilegiado para aprimorar uma vertente específica da competência de comunicação, que é a comunicação com o doente entubado orotraquealmente, pelo que estabeleci como objectivo:

- Desenvolver estratégias de comunicação com o utente submetido a entubação orotraqueal e sua família/pessoas significativas.

Comunicar é o instrumento básico de interacção humana. O processo comunicacional é bilateral e implica que a informação transmitida seja interiorizada e compreendida, adequando a linguagem à Pessoa e ao contexto minimizando as barreiras à comunicação existentes. A transmissão da mensagem pode ser feita de forma verbal ou não verbal. Na comunicação verbal é essencial estar atento ao tom de voz, volume, ritmo e débito que devem estar de acordo com a pessoa com quem se pretende comunicar de modo a facilitar a interiorização e compreensão do que está a ser transmitido. A comunicação não verbal permite exprimir o que as palavras não conseguem, contradizendo ou reforçando o que é transmitido verbalmente. Um gesto, um silêncio, um sorriso transmitem muito mais do que as palavras.

Na UCI Cardiorácica existe preocupação em diminuir ao máximo a ansiedade do doente e seus familiares e em estabelecer um bom processo comunicacional. Na preparação pré-operatória é explicado ao utente o que vai decorrer e o que vai encontrar na UCI, que irá acordar entubado orotraquealmente, não conseguirá falar, e que terá

sede mas não poderá beber água. *“Doentes submetidos a intervenções cirúrgicas que levam a estas situações [barreiras à comunicação verbal], como as cirurgias com circulação extracorporeal, pode o enfermeiro na preparação pré-operatória explicar ao doente e família quais as limitações que ele vai ter a nível da comunicação verbal (...) Esta atitude diminui o sofrimento e transmite segurança ao doente e família”* (ALVES 1992, p. 40), o que constitui um precursor de uma boa comunicação entre a equipa e o doente e família/pessoas significativas. Esta preocupação na humanização dos cuidados está também patente na possibilidade de o doente e família visitarem previamente a UCI o que permite um primeiro contacto com o ambiente e a parafernália de máquinas existentes, e à família é fornecido um folheto com várias informações pertinentes (horário das visitas, contactos telefónicos, comportamentos de higiene hospitalar e o regulamento de acesso das visitas).

No pós-operatório imediato existe a preocupação da equipa (médica e de enfermagem) em dirigir-se à família e explicitar como decorreu o procedimento e facilitar, logo que possível, a presença de um familiar na UCI. *“A incerteza causa apreensão e ansiedade nos familiares, que esperam aflitos o momento da visita para retirarem as suas dúvidas e de preferência receberem (...) informações relacionadas à melhoria do estado clínico do paciente, ao aumento da probabilidade de cura e à diminuição do risco de morte”* (MARUITI e GALDEANO, 2007, p. 40). Na hora da visita os familiares são acompanhados pelo enfermeiro e o cirurgião cardiotorácico está disponível para esclarecer os familiares.

A UCI é rica em barreiras à comunicação com o doente: ruído de máquinas, sistemas de alarme, comunicações através de telefone, movimento constante das pessoas, a proximidade entre doentes, a tendência para o uso de linguagem técnica, patologias do doente (alterações sensoriais), diferenças culturais e de linguagem, o uso de químicos e a EOT. Várias são as evidências (PINTO & SANTOS, 1998, p. 25; PATAK, *et al*, 2004, p. 309; ALMEIDA & RIBEIRO, 2008, p. 83; ROSÁRIO, 2009, p. 159) que apontam que a dificuldade em expressar-se e de ser compreendido é um dos principais factores de stress de um doente numa UCI devido à presença da EOT. Segundo PATAK, *et al* (2004) independentemente da duração do tempo de entubação e ventilação, sentimentos como ansiedade, agonia, stress, frustração, medo, sentimento de perda de controlo e dor inespecífica estão intimamente relacionados à dificuldade em comunicar por parte do doente. De acordo com estes autores estes sentimentos

diminuem quando são aplicadas estratégias de comunicação como falar, explicar, reafirmar e providenciar dispositivos de comunicação como o quadro com figuras e letras.

Na consecução deste objectivo, além da pesquisa bibliográfica sobre o assunto, utilizei como recursos as conversas com os colegas e Enf.^a Orientadora, a observação das estratégias utilizadas pelos pares e a minha experiência pessoal de comunicação em pessoas com dificuldades comunicacionais (celulites e traumatismos da face, neoplasia da laringe). Como estratégias utilizei a linguagem gestual e o papel e caneta o que se revelou eficaz segundo o *feedback* dos doentes depois de extubados. Recordo um doente que tive a oportunidade de o ajudar a expressar as suas necessidades através da escrita visto que os gestos não se revelaram eficazes. Inicialmente o que pretendia saber era algo tão simples como as horas. Continuámos a comunicar. Eu verbalmente, o doente por escrito. Após a extubação referiu-me não ter sentido dificuldades em ser compreendido o que é revelador da eficácia da estratégia utilizada. “*A comunicação é considerada como pedra angular dos cuidados de enfermagem (...) é essencial que seja adaptada à situação particular do doente*” (FERNANDES, 2007 p. 48). Apesar de ter disponível na UCI o quadro com figuras e letras não senti necessidade de utilizar visto o papel e caneta se terem revelado eficazes e não terem existido utentes com diferenças culturas ou linguísticas.

Procurei estabelecer sempre uma interacção com o doente EOT. A minha postura foi no sentido de colocar-me dentro do seu campo de visão de forma a captar a sua atenção e olhá-lo nos olhos para que se aperceba que eu estou presente e que não está sozinho neste momento complicado. “*O olhar franco e directo da enfermeira é o indício de uma comunicação honesta e autêntica. Traduz a sua consideração pela pessoa cuidada e o seu interesse em estar ali com ela*” (PHANEUF 2005, p. 35). Os doentes a acordar da sedação ficam frequentemente agitados devido à EOT e à ventilação assistida, circulação extracorporal e hipotermia. No sentido minimizar este impacto, chamei a pessoa pelo nome, procurando um tom de voz calmo, esclareci que já foram intervencionados, que a cirurgia correu bem, peço para deixarem o ar entrar e que o tubo será retirado assim que for possível. Utilizei o toque como forma de transmitir tranquilidade, demonstrar afecto e iniciar a interacção visto que “*os doentes estão mais despertos para os cuidados e interesse dos enfermeiros quando há contacto físico por*

parte destes (...) aumento da interacção enfermeiro/doente (...) representa uma importante ferramenta de comunicação não verbal” (ROXO 2008, p. 86).

Os familiares/pessoas significativas experienciam níveis de ansiedade elevados. Por mais que se esteja à espera de ver um ambiente estranho é extremamente complicado ver alguém que se ama tão envolto em máquinas e fios, em especialmente no primeiro impacto após a cirurgia. Tive a preocupação de acompanhar e estar presente na hora da visita desmitificando a parafernália que é o ambiente tecnológico da UCI, demonstrei disponibilidade para o esclarecimento de qualquer questão e procurei dar apoio e incentivar a interacção com o doente. Mantive um sorriso que tentei que fosse o mais acolhedor possível. Em alguns casos constatei que as pessoas tinham receio de chegarem mais perto do leito. Nessas situações optei por chamar o utente e perguntar se estava a ouvir. O utente ou abria os olhos, ou acenava com a cabeça o que era o mote para o familiar dar o passo em frente e falar com a pessoa demonstrando que estava ali, fazer um carinho, afastar um cabelo revelou-se como essencial para minimizar a ansiedade. É recompensador ver o sorriso de alívio.

Recordo uma mãe muito ansiosa pois a filha foi sempre uma jovem com vários problemas de saúde o que culminou na intervenção cirúrgica. Tinha apenas 32 anos e um historial de internamentos impressionante que a mãe partilhou comigo durante a visita. Conversar foi a sua forma de aliviar parte da ansiedade. Estive ao seu lado, não me coibi de a olhar nos olhos e estar em silêncio pois eram estes momentos que a Senhora ganhava coragem para falar. A jovem ainda se encontrava sob efeito da sedação pelo que não reagia, nem com tentativa de abertura de olhos, ao chamamento da mãe. Expliquei isso à mãe que verbalizou compreender que era efeito da anestesia, mas não afastou a ansiedade. Senti que para a mãe foi importante contar-me o sofrimento por que passava mas o coração continuou pesado por não ter visto na filha um olhar ou um gesto de que percebia que ela estava lá, pelo que combinámos ela telefonar mais tarde. Quando telefonou e lhe foi dada a notícia de que estava acordada e tudo estava a correr tudo bem a sua voz transmitia alívio. À filha transmiti que a mãe tinha estado na visita e já tinha telefonado. Vislumbrei um sorriso. No dia seguinte, na visita, o semblante da mãe era de alívio com um sorriso aberto ao ver a filha acordada, bem-disposta e já sem EOT. Referiu-me que independentemente de todo o apoio transmitido, nada é comparável a constatar com os seus olhos o bem-estar da filha.

A consecução deste objectivo permitiu-me **aprimorar as estratégias de comunicação na pessoa com barreiras à comunicação e sua família/pessoa significativa** que se traduz numa comunicação mais eficaz e eficiente. Estou convicta que ao ser confrontada com este tipo de barreiras comunicacionais na minha prática diária, não haverá lugar para hesitações ou constrangimentos, mas sim passos importantes para uma inter-relação com o doente.

Da vontade em trazer algo novo e proveitoso que fosse de encontro às necessidades dos colegas do Serviço UCI Cardiorácica, nasceu o terceiro objectivo:

- Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista à melhoria contínua dos cuidados na UCI Cardiorácica.

Para a consecução deste objectivo auscultei junto dos colegas, Enf.^a Orientadora e Enf.^a Chefe do Serviço sugestões e interesses de formação com o propósito de identificar necessidades formativas. As sugestões obtidas foram no sentido de uma acção de formação e elaboração de um documento de consulta para o serviço sobre Hemorragia Digestiva no Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca. Este tema advém de uma situação de hemorragia digestiva alta, que ocorreu durante este período de estágio e ser algo pouco frequente neste serviço. No meu local de trabalho é habitual ter utentes com esta problemática e é frequente sermos destacados para auxiliar no procedimento de endoscopia digestiva (alta e baixa) de diagnóstico e respectivo tratamento imediato. Apesar de ter experiência nesta área considerei que para a concretização deste objectivo era necessário **formular e analisar questões de maior complexidade** pois só dessa forma se pode adequar o tema à especificidade do utente de pós-cirurgia cardíaca. Na pesquisa e selecção de fontes de informação recorri a peritos da área (Enfermeiro do Serviço de Gastrenterologia e Gastrenterologistas) por considerar essencial incorporar na prática, resultados de investigação válidos e evidências na prelecção e documento a desenvolver e desta forma promover a prática baseada na evidência.

A acção de formação “Hemorragia Digestiva no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca” (ANEXO I) decorreu no dia 15 de Junho às 16 horas, teve a duração de 20 minutos e contou com a presença de 12 enfermeiros. Utilizei a metodologia expositiva através da apresentação de diapositivos em *powerpoint* e participativa com a exposição e manipulação da Sonda *Blackmore*. A sessão decorreu conforme estava planeado (ANEXO II), elaborei e apliquei um instrumento de avaliação da acção de formação

(ANEXO III) e o *feedback* recebido dos colegas o foi positivo (ANEXO IV). Desta forma, além de **zelar pela qualidade dos cuidados prestados promovi a formação em serviço na área médico-cirúrgica.**

O instrumento de trabalho que elaborei denominado “Hemorragia Digestiva no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca” (ANEXO V), ficou no serviço disponível para consulta. Incluí instruções de trabalho para actuação na hemorragia digestiva de acordo com o preconizado Serviço de Gastrenterologia do HSAC mas adaptados à UCI de Cardiorácica. Este documento para além de um instrumento de trabalho pretende ser um guia orientador contribuindo para a implementação e uniformização de boas práticas.

Além das vastas oportunidades de aprendizagem que experienciei, também consegui levar algo da minha prática aos colegas. Tendo conhecimento da minha experiência profissional uma colega procurou-me de forma a ser esclarecida acerca preparação e administração IM de penicilina (o utente tinha prescrito 2400 U e forneceram duas doses de 1200 U com um diluente de 6,5 cc), algo que é muito frequente no local onde exerço funções. A colega ficou devidamente esclarecida e não teve qualquer dificuldade na administração e de certa forma exerci **supervisão** do exercício profissional.

Apesar de não directamente relacionado com a UCI mas no período deste módulo de estágio e tendo em mente a **promoção e o desenvolvimento profissional** dos que actuam em emergência e a melhoria contínua dos cuidados elaborei em co-autoria os posters “Abordagem Sistematizada do Politraumatizado no Serviço de Urgência” (ANEXO VI) e “Catástrofe – o que a poderá definir?” (ANEXO VII) que apresentei no IX Congresso Nacional de Emergência - Aveiro 2010, que decorreu no dia 8 de Maio de 2010 no Centro Cultural de Congressos de Aveiro. Esta apresentação teve como propósitos o aprofundar e sistematizar de conhecimento relacionados com o doente crítico e a partilha de experiências com os vários actores que operam em emergência, tendo sido uma fonte importante de reflexão sobre e na minha prática na área da emergência no sentido da melhoria contínua dos cuidados que presto.

Ainda durante este módulo, participei no 4º Curso Teórico-prático de Manuseamento da Via Aérea para Enfermeiros (ANEXO VIII). Esta experiência proporcionou-me a aquisição de competências na identificação de doentes com problemas na via aérea, na ventilação de um doente com manobras e aparelhos simples, na ventilação com

dispositivos extraglótricos aspectos importantes para a minha prática tanto no SU como na VMER, visto que os enfermeiros deverão “*em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*” (REPE, artigo 9º, Intervenções dos Enfermeiros nº4 alínea e).

Ao realizar uma retrospectiva do meu percurso na UCI Cardiotorácica, considero que foi essencial para o meu processo desenvolvimento pessoal e profissional. A integração na equipa multidisciplinar permitiu a aplicação na prática de conhecimentos adquiridos ao longo do curso e a consolidação de conhecimentos científicos na prestação de cuidados. As situações vivenciadas e a consecução dos objectivos e actividades permitiram-me implementar comportamentos e estratégias que se revelaram cruciais no aprofundar de competências técnicas e de comunicação com o doente crítico entubado orotraquealmente e família/pessoas significativas, aspectos enriquecedores que me fizeram crescer como pessoa e profissional e que levo para a minha prática diária de cuidar. Neste módulo de estágio **desenvolvi competências técnicas e relacionais essenciais na gestão dos cuidados especializados ao doente crítico e família/pessoas significativas, bem como o desenvolvimento de competências de formação**, aspectos essenciais para o exercício profissional como Enfermeira Especialista.

1.3 - MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO

Este módulo decorreu de 27 Setembro a 19 de Novembro na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do HSJ.

A preferência por esta área temática deve-se ao facto de que no SU, é frequente serem efectuados procedimentos invasivos, de diagnóstico e terapêuticos em que, devido à complexidade das situações e à necessidade de intervenções e respostas em tempo útil, podem não estar devidamente reunidas as medidas necessárias de prevenção e controlo de infecções. A este facto, alia-se a proximidade com o meu local de trabalho, a sede em aprofundar o saber relacionado com as IACS de forma a melhorar as práticas na área da prevenção e controlo de infecção e contribuir para a melhoria e segurança contínua dos cuidados. “*Uma das responsabilidades do enfermeiro de controlo da infecção é a tentativa de fazer com que a prática clínica e as políticas de controlo da infecção sejam*

baseadas na evidência e não nos rituais” (WARD 2001, p. 30). Este é o futuro da enfermagem: a prática baseada na evidência e para a qual o Enfermeiro Especialista deve ser um promotor, cujo objectivo último, é a segurança e a qualidade dos cuidados.

Neste campo de estágio houve oportunidade de realizar uma entrevista prévia com a Enfermeira Orientadora, pelo que os objectivos delineados não sofreram alterações visto serem os adequados às necessidades do serviço.

1.3.1 - Caracterização do local de estágio

A CCI tem o seu enquadramento legal no despacho de 23 de Agosto de 1996, publicado no D.R. II série, de 23 de Outubro, e tem como objectivos *“prevenir ou diminuir o número e gravidade das infecções associadas a cuidados de saúde, minimizando os seus custos humanos, sociais, ambientais e económicos”* (CHLC, Regulamento Interno do, p. 17). Deve ter como propósitos a prevenção, detecção, elaboração de propostas e implementação de medidas de controlo da infecção a nível institucional. Tem a seu cargo a implementação e monitorização da vigilância epidemiológica (de estruturas, processos e resultados), a proposta de recomendações para a resolução de situações de não conformidade; definição de políticas de racionalização e utilização de antimicrobianos; formação sobre o risco, prevenção e controlo das IACS; elaboração e monitorização do cumprimento de normas de boas práticas e como órgão de consultadoria e apoio ao Conselho de Administração.

Uma das preocupações do CHLC é a problemática das IACS pelo que em 2009, publicou a Política de Controlo de Infecção Hospitalar que visa:

“construir uma cultura e um ambiente que permitam minimizar as infecções nosocomiais e os comportamentos potencialmente geradores de aquisição destas infecções e considerar a sua prevenção como um dever profissional e uma responsabilidade partilhada por todos os que prestam, directa ou indirectamente, cuidados de saúde”
(CHLC, 2009 p. 1)

Esta política abriu caminho à elaboração e uniformização de procedimentos multisectoriais e sectoriais em todo o CHLC e divulgação na intranet da instituição.

A CCI do CHLC tem 4 pólos que se encontram distribuídos pelos 4 hospitais (HSJ, HSAC, HSM e HDE).

No HSJ a CCI está fisicamente localizada no piso intermédio. Conta com uma Enf.^a a tempo completo e, a tempo parcial, com a Enf.^a Chefe do Serviço de Esterilização, tem uma funcionária administrativa e elos de ligação nomeados nos vários serviços do hospital. Colabora com a CCI do HSAC em auditorias, elaboração de normas e procedimentos, acções de formação e em reuniões de várias ordens para que a Comissão é nomeada. Neste momento a CCI do HSJ não tem um coordenador da carreira médica oficialmente nomeado pelo órgão de gestão, mas funciona em estreita colaboração com a CCI do HSAC e respectiva Médica Coordenadora.

1.3.2 - Na CCI do HSJ

A escolha desta área deve-se a uma procura pessoal e contínua em enriquecer o saber, na qualidade dos cuidados que presto e em promover as boas práticas junto da equipa multidisciplinar. Tendo por base este pensamento, estabeleci como objectivo geral desenvolver competências relacionadas com a prevenção e controlo de infecção de forma a contribuir para a melhoria e segurança contínua dos cuidados.

A preocupação com esta temática levou-me a estabelecer como primeiro objectivo:

- Desenvolver e aprofundar conhecimentos na área da Infecção Hospitalar para a prática de cuidados.

Integrei-me com facilidade na equipa estabelecendo uma boa relação com todos os membros e participei nas várias acções desenvolvidas.

No início do módulo, tive a oportunidade de frequentar um dos quatro módulos do Curso de Controlo de Infecção Hospitalar. Este módulo teve o nome de “Manutenção do ambiente, materiais e equipamentos na prevenção e controlo da infecção”. Esta formação promoveu o aprofundamento de conhecimentos relacionados com a utilização de detergentes, desinfectantes, o reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis, equipamentos e superfícies. Estes conhecimentos permitem que eu desempenhe, como futura Enfermeira Especialista, uma supervisão mais eficiente do Assistente Operacional e da empresa contratada para a higienização do ambiente no serviço onde exerço funções, pois *“a supervisão (...) é um momento privilegiado de reflexão e de comunicação, devendo ser contínua e orientada para o desenvolvimento pessoal, profissional e da sociedade humana”* (SIMÕES, et al., 2008 p. 103).

Ainda com o intuito de aprofundar conhecimentos na área da Infecção Hospitalar estive presente no Simpósio “Importância da Prevenção e Controlo das IACS” que decorreu no dia 8 de Outubro em Lisboa (ANEXO IX). Segundo os dados apresentados neste Simpósio, Portugal ocupa um lugar cimeiro em infecções por *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente a nível europeu (European Centre for Disease Prevention and Control, EARSS Annual Report 2008) e que IACS são responsáveis por custos institucionais elevados (MARTINS, *et al.*, 2007; SCOTT, 2009). Estes factos reforçam a importância da prevenção de infecção e da vigilância epidemiológica e evidenciam a responsabilidade dos profissionais de saúde em travar este problema.

A estratégia utilizada para a consecução deste objectivo foi a pesquisa de várias fontes bibliográficas, de *Guidelines*, protocolos e documentos nacionais e internacionais, e do próprio Centro Hospitalar e na partilha de conhecimentos e experiências com as Enfermeiras Peritas da CCI do HSJ e HSAC. A necessidade de recorrer a fontes bibliográficas foi transversal a todo o estágio, não apenas de forma a aprofundar conhecimentos, mas ao mesmo tempo essencial na consecução do segundo objectivo:

- Colaborar com a Comissão de Controlo de Infecção no desenvolvimento de normas de boas práticas.

Tive a oportunidade de ter um papel activo na formação agendada pela CCI. Colaborei na formação “Controlo de Infecção para Assistentes Operacionais”, que teve a duração total de três dias através do planeamento (ANEXO X) e apresentação dos temas “Cuidados ao Utente Algaliado” (ANEXO XI) e “Prestação de Cuidados ao Utente Dependente” (ANEXO XII). Nestas apresentações procurei fomentar a aplicação de procedimentos de acordo com o imanado pela CCI, a reflexão sobre a prática e ao mesmo tempo evidenciar a importância do Assistente Operacional na prevenção da infecção. As apresentações foram dinâmicas com a participação activa dos Assistentes Operacionais, o que tornou esta troca de experiências muito interessante e profícua. Na partilha de experiência denotou-se que os Assistentes Operacionais, por vezes, exercem as suas actividades por hábito ou por imitação, como no despejo do saco de drenagem do utente algaliado. A maioria não efectuava a limpeza da torneira porque as colegas o não faziam ou foi um hábito que se perdeu. Tive a preocupação de explicitar e de as fazer reflectir sobre importância deste gesto, incutindo um sentimento de responsabilidade como agentes de mudança junto dos serviços e dos colegas.

O feedback oral recebido dos Assistentes Operacionais e das Enfermeiras Orientadora e da CCI do HSAC, bem como o feedback facultado pelo Centro de Formação (ANEXO XIII), foi positivo. As questões feitas no final da acção de formação demonstraram que os Assistentes Operacionais apreenderam o essencial do conteúdo das minhas formações. Através desta iniciativa tive a oportunidade de exercer o papel de enfermeira especialista como **formadora** e na **partilha das evidências a serem incorporadas na prática**. Na mesma linha de pensamento, sensibilizei os Assistentes Operacionais para esta problemática, fomentado reflexão sobre as práticas, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Devido à estruturação do curso e por serem Assistentes Operacionais de vários serviços, não foi possível objectivar se de facto existiu a aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática diária.

Visto ter sido no Hospital no HSAC que nasceu a vigilância epidemiológica em Portugal, foi lá que me dirigi e tomei contacto com esta vertente que é “*uma componente fundamental na prevenção e controlo da infecção*” (DIRECÇÃO - GERAL SAÚDE 2008, p. 10) tão imprescindível na prestação de cuidados. Tive a oportunidade de sistematizar na prática os conhecimentos adquiridos, colaborando no tratamento dos dados para posterior elaboração do relatório de vigilância epidemiológica de microrganismos epidemiologicamente importantes. Diariamente, através da ligação informática ao laboratório são recolhidos os dados das estirpes epidemiologicamente importantes isoladas (MRSA, *Enterococcus* spp. resistentes aos glicopéptidos, *E. coli*, *Klebsiella* spp, *Serratia* spp, *Enterobacter* spp, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa* resistentes, *Acinetobacter* spp multirresistente, *Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*), tipo de amostra em que foi feito o isolamento, perfil de resistência, serviço e data de internamento, é enviado para o elo de ligação do serviço um resumo da informação que deve ser devolvida devidamente preenchida com a antibioterapia já efectuada, dispositivos invasivos que tem ou já teve (data de introdução, substituição e em que foi removido) para posterior cruzamento de dados. Esta articulação entre os vários intervenientes tão simples mas ao mesmo tempo tão complexa revela-se crucial na detecção de situações problema. Num caso, e após consultar o processo do doente, não conseguimos verificar a relação entre uma bacteriémia positiva e a evidência de infecção segundo os critérios do PNCI, Critérios para Definição de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2009), por sua

vez e face ao resultado positivo, o doente já tinha iniciado antibioterapia. Este episódio fez-me reflectir na influência da nossa prática no aparecimento de complicações no decurso de uma situação de doença. Sobressaí a importância das boas práticas na prevenção da infecção e na qualidade dos cuidados de saúde. Considero que não é apenas exclusiva responsabilidade do Enfermeiro da CCI a sensibilização dos vários grupos profissionais para a problemática das IACS, mas é da responsabilidade de cada um de nós reflectir e questionar a nossa prática à luz das mais recentes evidências científicas, e cabe ao Enfermeiro Especialista ser um promotor dessa reflexão. “*Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.*” (OE, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001 p. 12) (...) Em que se encontra implícita “*a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega*” (OE, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001 p. 13). A vigilância epidemiológica é uma ajuda preciosa, não só para a nossa prática mas também a nível institucional devido à sua influência na gestão e segurança do utente e na garantia da qualidade dos serviços prestados. O CHLC demonstra também preocupação pela qualidade pois está envolvido no Processo de Acreditação Internacional em que uma das áreas da gestão de risco é o controlo de infecções. Estou convicta numa aposta forte da instituição nesta área, mas para isso, é necessário apresentar dados e factos de objectivem a necessidade de obras, novas estruturas, aquisição de novos produtos e materiais, na formação e actualização de todos os profissionais, aspectos tangíveis através de auditorias.

As auditorias são um instrumento precioso de mudança. Devido à escassez de recursos humanos são realizadas em conjunto pela CCI do HSJ e HSAC. A realização de auditorias às práticas ainda não é uma realidade e os seus instrumentos ainda não foram criados, pois ainda estamos no caminho de auditar as estruturas de todos os serviços do HSJ e HSAC, no entanto é um projecto. Durante este módulo não esteve prevista a realização de auditorias. Apesar desta contingência, decidi dar o meu contributo elaborando uma proposta de instrumento de auditoria à algaliação de curta duração (ANEXO XIV). A escolha deste tema deve-se às evidências que apontam as infecções do trato urinário associadas à cateterização vesical como das infecções nosocomiais mais comuns (JACOBSEN *et al.*, 2008, p. 26; VENKATAN, *et al.*, 2010 p. 174), ocupa o segundo lugar em Portugal no último Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção

(COSTA, *et al.*, 2009, p. 15); é a infecção nosocomial mais frequente no HSJ com 37%, sendo que o cateter urinário estava presente em 75% dos doentes (Inquérito de Prevalência de Infecção do HSJ 2010, p. 6 e 8), aliados ao facto de ser no SU um dos serviços onde a cateterização vesical é mais frequente.

Para a sua elaboração recorri às recomendações nacionais e institucionais. O feedback dado pela Enf.^a Orientadora foi positivo e desta forma contribuí com o primeiro passo para uma futura auditoria às práticas e para a promoção da qualidade dos cuidados.

Acompanhei as visitas feitas aos serviços e pude constatar a importância dos elos de ligação dos serviços. São elementos cruciais como pontes entre as directrizes emanadas pela Direcção Geral de Saúde, *guidelines* internacionais, o preconizado pela CCI e os serviços. Na Campanha das Mãos aplicam os formulários de observação, e em alguns serviços trabalham os dados obtidos e enviam-nos para a CCI (caso contrário seria inviável pela falta de recursos humanos da CCI). Estávamos na fase de monitorização anual. Acompanhei as visitas feitas aos elos de ligação dos serviços de Neurocirurgia UCI e da Cirurgia 1 que tiveram como objectivo solicitar novamente a colaboração nesta fase da campanha.

A Campanha de Higiene das Mãos e o enfoque na solução anti-séptica de base alcoólica foi um marco importante numa reflexão conjunta sobre a prática e teve o condão de mudar comportamentos, pois começam a surgir evidências da redução no número de infecções, segundo um estudo elaborado por KAMPF, *et al.* (2009 p. 654) “*a desinfeção das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica reduz em cerca de 40% as infecções nosocomiais*”. A esta evidência acresce a diminuição das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos e das IACS (COSTA, *et al.*, 2010 p. 7) o que no global representam uma melhoria da qualidade dos cuidados e a redução dos custos associados aos cuidados de saúde, um tema em discussão no panorama actual de saúde.

Na minha prática, procuro manter esta máxima solicitando a solução anti-séptica de base alcoólica sempre que não existe, efectuando a desinfeção das mãos quando necessário e, com este gesto, constato que por vezes colegas e Assistentes Operacionais seguem os meus passos promovendo indirectamente as boas práticas no local onde exerço funções. Constatei também que a partilha das evidências, mesmo feita de forma informal com os colegas no serviço onde exerço funções, já serviu de mote a mudança de comportamentos no sentido das boas práticas. Partilhei com colegas o Inquérito de

Prevalência de Infecção do CHLC e das evidências de redução de IACS associadas ao uso da solução anti-séptica de base alcoólica e denotei a sua surpresa pelos dados. Surgiu de imediato o interesse por modificar as suas práticas. Este aspecto vem de encontro ao que defende STARLING (2001 p. 41) “*O retorno das informações epidemiológicas para a equipe assistencial é uma importante ferramenta de estímulo à mudança de comportamento*”. Estes factos reforçam a minha opinião de todos somos agentes responsáveis de mudança.

Tendo como pano de fundo o otimizar das boas práticas no SU onde exerço funções, colaborei com a CCI na revisão da operacionalização no SU do Procedimento Multisectorial Prevenção e Controlo da Tuberculose Nosocomial.

A tuberculose continua a ser um problema. Apesar de a taxa de incidência da tuberculose ter vindo progressivamente a diminuir, a tuberculose extensivamente resistente coloca o País “*entre os 20 países que constam no mapa mundial como carecendo de especial vigilância e prevenção*” (BRIZ, *et al.*, 2009 p. 47). A detecção precoce, a instituição de medidas de controlo e o cumprimento do tratamento, são preocupações dos profissionais de saúde. Com vista à prevenção da tuberculose no CHLC, foi elaborado em 2010 o Procedimento Multisectorial Prevenção e Controlo da Tuberculose Nosocomial. Deste procedimento faz parte a operacionalização das medidas de controlo com uma vertente específica para o SU. Por sermos conhecedoras da realidade do serviço, foi solicitado a mim e à minha colega de curso, que se encontrava no mesmo local de estágio, que reflectíssemos a melhor forma de promover a operacionalização de medidas de prevenção e controlo da transmissão no SU. A abordagem feita a esta situação complexa, exigiu criatividade pelo que elaborámos um fluxograma (ANEXO XV) a aplicar no processo de triagem (o primeiro local onde o doente entra em contacto com a instituição) a doentes com queixas de patologia respiratória inespecífica. Este documento foi apresentado à Enf.^a Orientadora e à Enf.^a Chefe do SU que sugeriu, visto estarmos a entrar num período de Gripe, incluir as respectivas medidas de etiqueta respiratória aos doentes com sintomatologia respiratória aguda e, ao mesmo tempo, ser a folha de referência para a CCI dos casos suspeitos de tuberculose para posterior seguimento.

O fluxograma foi revisto e aprovado por ambas as Enfermeiras e aguarda pela autorização da Enf.^a Chefe para a sua implementação. A escolha do fluxograma prende-se com o facto de ser uma forma organização simples dos itens chave e de rápida

consulta, uma metodologia eficaz quando o que se pretende é a sua aplicação na triagem. Com a elaboração deste instrumento de trabalho pretende-se contribuir para a conformidade com o critério 13.19, da norma 13: Controlo de Infecções “*Existe um procedimento datado e documentado para o controlo da tuberculose, incluindo a tuberculose multirresistente*” do Programa de Acreditação Internacional para as Organizações em Saúde (2010 p. 109) em implementação no CHLC, e desta forma, promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a nível institucional.

Colaborar com a CCI no desenvolvimento de boas práticas permitiu-me reflectir na prática enquanto profissional de saúde e em como as minhas acções são um exemplo para os pares e restantes elementos da equipa de saúde. As actividades desenvolvidas foram no sentido de impulsionar o desenvolvimento das boas práticas nos Assistentes Operacionais e nos enfermeiros do SU e na própria instituição.

Uma aposta forte na prevenção e controlo de infecção é a fórmula para reduzir custos a médio e longo prazo, e, ao mesmo tempo, o impulso essencial no caminho para melhoria na segurança do utente e na qualidade dos cuidados prestados visto que a prevenção e controlo de infecção é a uma das vertentes da gestão do risco.

A gestão de risco, é uma temática cada vez mais actual e baseia-se numa metodologia de identificação, análise, avaliação e monitorização de riscos/incidentes com vista à segurança do utente em que o CHLC é pioneiro. Esta metodologia está implícita no Processo de Acreditação que está em implementação no CHLC. Nesta instituição existe a Política de Gestão de Risco e respectivos procedimentos, para a prevenção e redução dos efeitos adversos do risco para um nível aceitável. Esta estratégia de gestão de risco “*contribuirá para uma maior consciencialização dos profissionais sobre a existência dos riscos e para a responsabilização individual e colectiva na sua gestão, de forma a promover sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras*” (RAMOS, 2010 p. 8).

Esta é uma das áreas que me suscitou um interesse especial e foi com entusiasmo que eu e a minha colega aceitámos o desafio da Enf.^a Orientadora em dar os primeiros passos na consecução de uma escala de avaliação do risco de infecção do doente admitido na instituição. Assim, estabelecemos como objectivo:

- Desenvolver em co-autoria um Instrumento de Colheita de Dados para a Avaliação do Risco de Infecção do Doente Admitido pelo Serviço de Urgência.

Devido à magnitude de todo este processo (cuja concretização plena demorará alguns anos devido ao processo de investigação necessário), tínhamos consciência à partida que não seria possível de o concretizar na sua globalidade, pelo que, ficou definido que seria elaborado o instrumento, sua apresentação e apreciação a peritos do SU, Gestão de Risco e Infecção Hospitalar (as áreas inter-relacionadas neste projecto) e enfermeiros do SU (directamente implicados no seu preenchimento).

Para a consecução deste objectivo foi essencial recorrer à pesquisa bibliográfica na procura de resultados de investigação válidos. Constatámos que não existem estudos sobre este assunto em concreto, pelo que partimos da análise das evidências encontradas, para enumerar e definir dos vários factores que influenciam o risco de infecção e direccionando para o SU: variáveis que interferem na aquisição de infecção (proveniência do doente, existência de infecção diagnosticada), factores de risco intrínsecos (não modificáveis) e dados de exposição do doente (dispositivos e procedimentos existentes/necessários implementar face à situação de saúde actual). Na adaptação ao SU procurámos seguir a sequência lógica da colheita de dados que é feita na altura do internamento, bem como os instrumentos de avaliação do estado de consciência (Escala de Comas de Glasgow) e da mobilidade (Índice de Katz) que são utilizados na prática diária neste serviço e implementados na instituição.

Pretende-se que a primeira avaliação do risco de infecção do doente seja efectuada na admissão à instituição pelo que a escolha do SU faz todo o sentido visto ser a principal porta de admissão de doente na instituição. Ao mesmo tempo pretende-se implementar a adequação das práticas ao nível de risco de infecção do doente, modificar, gerir ou reduzir o risco de adquirir e transmitir IACS a nível institucional.

Após a elaboração do instrumento (ANEXO XIV), importa verificar a clareza, uniformização da linguagem e sugestões de melhoria. Com esse propósito foi apresentado a peritos das várias áreas que se interligam neste projecto (Enf.^a Chefe do SU, CCI HSAC, Enf.^a Perita em Infecção Hospitalar de momento a colaborar com o Ministério da Saúde, Enf.^a responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do HSJ) e aos Enfermeiros do SU (directamente implicados no seu preenchimento) através de uma

amostra de conveniência a 15 enfermeiros que se encontravam de serviço no turno de manhã do dia 9 de Novembro de 2010.

Globalmente foi unânime a opinião de que o instrumento é pertinente, conciso e de fácil aplicação. Os descritores são claros não tendo levantado quaisquer dúvidas de conteúdo. A apreciação dos peritos foi proveitosa pois alertou-nos para a dificuldade da uniformização da linguagem em diferentes serviços, mesmo dentro da mesma instituição. A avaliação do estado de consciência no SU é feita segundo a Escala de Comas de Glasgow, mas noutros serviços essa escala não é utilizada, logo, a ser aplicada nos outros serviços deve ser adaptada à linguagem utilizada e à especificidade dos mesmos. Foram dadas algumas sugestões sobre a apresentação visual do instrumento que nos permitiram reflectir e fazer alterações na organização do mesmo.

O facto de conhecer a realidade do SU foi facilitador na sequência de elaboração do instrumento. Foi construído de forma a ser de preenchimento fácil e sequencial a par com o processo do doente e assim otimizar o tempo dispendido no seu preenchimento. Este aspecto é crucial quando o que se pretende é a colaboração de colegas que já têm uma elevada carga de trabalho diária. O feedback obtido dos colegas foi deveras compensador e verbalizaram disponibilidade em colaborar no seu preenchimento.

Perante estes factos, considero que atingimos o objectivo proposto e de modo a permitir a continuidade deste projecto, elaborámos um documento de suporte e explicitação dos descritores à luz das evidências científicas consultadas e a apreciação feita pelos peritos e enfermeiros do SU, que foi entregue em suporte de papel e informático à Enf.^a Orientadora (ANEXO XVII).

A médio/longo prazo pretende-se a estreita colaboração entre o Gabinete de Gestão de Risco e a CCI com vista a estabelecer a influência de cada descritor na aquisição do risco e elaborar uma Escala de Avaliação do Risco de Infecção do Doente Admitido pelo SU. Para a validação sugerimos que fosse aplicada a todos os doentes do SU que são internados para os serviços, durante um período de tempo a definir, e que fosse feita uma avaliação de resultados após a alta de forma a inferir a validade do nível de risco atribuído na admissão. Com as respectivas adaptações, é aplicável a todos os serviços da instituição de forma a permitir reavaliação e adequação das práticas ao nível de risco do doente em vários momentos da permanência do doente na instituição.

Este projecto, que ainda está na fase inicial, visa ser um instrumento de gestão e de melhoria da qualidade e segurança do doente. Vai de encontro ao que é uma prioridade no âmbito da Qualidade e da Segurança, contemplado no Programa de Acreditação Internacional (2010, p. 68), inserido na Norma 7: Gestão do Risco Geral dos Cuidados e pretende contribuir para a conformidade do critério 7.7 “*As conclusões da avaliação do risco e outras informações relativas ao risco são confrontadas e usadas para planear a priorização e implementação de medidas de controlo em toda a organização*” e do critério 7.8 “*As medidas de controlo (preventivas e de protecção) são documentadas, priorizadas e implementadas*”. Ao mesmo tempo pretende contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem, assente nos padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros, dinamizar a cultura de segurança do doente e profissionais na instituição, e, quem sabe, a base de um futuro indicador de qualidade pois “*a IACS é hoje em dia é vista como indicador da qualidade dos cuidados prestados*” (DIAS, 2010 p. 50).

A consecução deste objectivo foi um desafio muito compensador. Apesar das dificuldades inerentes à **criação de algo inovador, permitiu-me ver novas formas de problematizar as práticas e desenvolver a minha capacidade empreendedora**. Foi necessário um trabalho complexo de revisão da literatura, mas recompensador pois sinto que posso contribuir com algo novo ao conhecimento em Enfermagem. A reflexão foi uma constante não só à luz das evidências consultadas, da nossa experiência profissional, pela partilha da experiência dos vários peritos e da nossa preocupação em tornar prático o instrumento o que implicou várias reformulações do mesmo. O estado nutricional foi um dos mais debatidos. Procurámos o Serviço de Dietética como fonte de informação na procura por uma medida prática e objectiva de avaliação do estado nutricional. Deram-nos a conhecer o *Malnutrition Universal Screening Tool* por ser a mais objectiva, fácil de aplicar e utilizada na instituição. Após reflectir sobre a mesma, concluímos que a ser incluída no instrumento não seria preenchida, pois implica o cálculo do Índice de Massa Corporal e o Cálculo da Percentagem da Perda de Peso Involuntária o que é impraticável dada a carga de trabalho do enfermeiro no SU. No entanto, devido ao facto de a avaliação do estado nutricional ser um dado importante, de acordo com as evidências consultadas, foi incluída no instrumento com descritores menos objectivos mas, segundo os colegas, em linguagem clara.

Este é um instrumento inacabado, pois é da troca de experiências e saberes que evolui o conhecimento. Novas reflexões do grupo de trabalho que se pretende que venha a ser constituído na consecução deste projecto, trarão certamente novos contributos.

Disponibilizei-me a colaborar na consecução deste projecto que acredito que será uma realidade dentro de alguns anos pelo interesse demonstrado das várias áreas e da própria política da instituição, visto que *“o Grupo de Gestão de Risco acredita que o nosso Centro Hospitalar pode ser uma referência a nível nacional e internacional nas questões de gestão de risco e segurança do doente”* (RAMOS, 2010 p. 8).

Em retrospectiva, considero que o trabalho que desenvolvi ao longo deste módulo foi no sentido da **promoção e desenvolvimento de normas de boas práticas baseadas na evidência**, de forma a contribuir para a qualidade e segurança contínua dos cuidados. Ao mesmo tempo foi essencial no processo de reflexão contínua da minha prática enquanto profissional e no desenvolvimento de competências na prevenção e controlo da infecção, e como futura enfermeira especialista, de **formação e investigação**.

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório foi uma experiência gratificante e enriquecedora, na medida em que me permitiu reflectir sobre o meu desempenho, as actividades realizadas e a consecução dos objectivos que delinee para cada campo de estágio, tendo em mente a aquisição de competências como Enfermeira Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A UCI Cardiotorácica foi o local que escolhi pela curiosidade pessoal neste tipo de patologia e por ser referência da área do transplante e da cirurgia cardíaca e pulmonar. Neste local não faltaram oportunidades de desenvolver **conhecimentos científicos**, através da pesquisa bibliográfica necessária para a prestação de cuidados à especificidade e complexidade do doente crítico. Ao mesmo tempo aprimorei **competências técnicas** na manipulação de cateteres venosos centrais e linhas arteriais, na utilização do sistema de aspiração traqueobronquica fechado e **competências relacionais**, em particular na comunicação do doente com EOT e sua família/pessoa significativa, ao avaliar, interpretar e aplicar estratégias eficazes e eficientes de comunicação.

As estratégias implementadas e as actividades realizadas foram essenciais na consecução dos objectivos que elaborei para este módulo, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem que presto.

Tive a oportunidade de **aprimorar as minhas competências na área da formação** através da acção de formação realizada e de forma informal aos pares e, ao mesmo tempo, ir de encontro às necessidades formativas do serviço. O feedback dos colegas foi positivo o que me deixou satisfeita. Este momento de formação, em conjunto com o instrumento de trabalho, permitiu a aquisição de novos conhecimentos e promoveu o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem no caminho da melhoria dos cuidados e para a uniformização e implementação de boas práticas.

As vicissitudes deste campo de estágio, prenderam-se com o facto de ser esperado ter o desempenho como enfermeira especialista em tão curto espaço de tempo.

Optei pelo módulo de CCI, que decorreu no HSJ, pela importância da prevenção e controlo de infecção para o meu desempenho no SU, onde impera a primazia da rapidez

e eficiência técnica, de diagnóstico e terapêutica, e em que podem não estar reunidas as devidas condições de prevenção e controlo de infecções.

A pesquisa bibliográfica efectuada, a par das oportunidades de formação e actualização no módulo do Curso de Infecção Hospitalar, no Simpósio e da partilha do conhecimento e da experiências das Enfermeiras Peritas da CCI do HSJ e HSAC, permitiram-me desenvolver competências relacionadas com a prevenção e controlo de infecção, exercer uma supervisão mais eficiente das práticas e, desta forma, promover a segurança do doente e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Aprimorei as minhas competências na formação no papel activo que tive na formação agendada pela CCI aos Assistentes Operacionais. Procurei incentivar a reflexão nas práticas e incutir responsabilidade transformando-os em agentes de mudança nos serviços e promovendo as boas práticas no seu local de trabalho.

Desempenhei um **papel activo no desenvolvimento de normas de boas práticas** através da efectivação dos registos no estudo da vigilância epidemiologia, sensibilização para a fase de monitorização anual da Campanha das Mãos, na operacionalização para o SU do Procedimento Multisectorial Prevenção e Controlo da Tuberculose Nosocomial e na elaboração de uma proposta de auditoria à algaliação de curta duração, contribuindo para a melhoria e qualidade dos cuidados.

Na CCI lançaram-me o desafio de dar os primeiros passos num projecto de investigação cujo objectivo é a criação de uma escala de avaliação do risco de infecção do doente admitido na instituição. Devido à limitação temporal deste módulo, decidimos apenas desenvolver em co-autoria um Instrumento de Colheita de Dados para a Avaliação do Risco de Infecção do Doente Admitido pelo Serviço de Urgência. A pesquisa bibliográfica efectuada foi exaustiva mas compensadora pois o feedback dos vários peritos e enfermeiros do SU foi muito positivo abrindo boas perspectivas para a concretização deste projecto. Sinto que estou a contribuir com algo novo ao conhecimento em Enfermagem. A consecução deste objectivo permitiu-me ver novas formas de problematizar as práticas e **desenvolver a minha capacidade empreendedora em algo inovador e, desta forma, desenvolver competências de investigação.**

O estágio foi uma mais-valia em termos de enriquecimento pessoal e profissional com o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais e na reflexão do que sou, do que faço e o que quero ser e projectar para o futuro. Atingi os objectivos que delinee e considero que **adquiri competências de gestão de cuidados, de formação e de investigação** essenciais ao meu desempenho como Enfermeira Especialista.

O caminho que percorri é o fim de um ciclo e o começar de uma nova etapa da minha vida.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, Isabel. Formação Reflexiva. *Revista Referência*. [Online] Maio de 2001. [Citação: 24 Junho 2010.] [http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formação reflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formação%20reflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076).

ALMEIDA, Maria Celeste Bastos e RIBEIRO, José Luis Pais. Stress dos doentes em cuidados intensivos. *Referência*. [Online] nº 7, Outubro de 2008, Vol. II série, [Citação: 15 Janeiro 2011] pp. 79-88. www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php

ALVES, Fernanda Jesus A. Pereira. Reflexões e perspectivas de enfermagem. [ed.] SEP. *Enfermagem em foco*. nº 5, Novembro/Janeiro de 1992, Vol. II, pp. 39-41.

APÓSTOLO, João Luis Alves. O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência IIª Série*. [Online] Março de 2009. [Citação: 24 Junho 2010.] p. 61 - 67. http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=comforto&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2133.

BAGGIO, Maria Aparecida, Dorneles, CALLEGARO Giovana e ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Compreendendo as dimensões de cuidado em unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Online] Maio-Junho de 2009. [Citação: 15 Janeiro 2011] p. 381-386. www.scielo.br/pdf/ruben/v62n3/08.pdf.

BENNER, Patricia. *De iniciado a perito*. 2ª. Coimbra: Quarteto, 2005. p. 262. 989-558-052-5.

BRIZ, Teodoro, et al. 2009. O controlo da Tuberculose em Portugal - Uma apreciação crítica epidemiológica global. [Online] Vol. 27, Nº1, Janeiro/Junho de 2009. [Citação: 28 Janeiro 2011.] p. 19-54. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/O-controlo-da-tuberculose-em-Portugal-2009_0.pdf.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE. Critérios admissão UCI Cardiorácica, ADD. 1011. *Procedimento Sectorial Hospital Santa Marta*. Lisboa: p. 4, Maio de 2010. intranet de CHLC, EPE.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE. Estatísticas do movimento assistencial - indicadores dos serviços por áreas. 2009. intranet de CHLC, EPE.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE. Regulamento Interno do CHLC, EPE. [Online] [Citação: 15 de Janeiro de 2011.] p. 37. http://www.chlc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B456A39A-50F4-44AC-818D-BD858BA3F50F/13841/Reg_Interno_CHLC.pdf. p. 37.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HSAC/HSJ. *Inquérito de prevalência de Infecção - Hospital São José*. Lisboa: s.n., 2010. p. 13.

COSTA, Ana Cristina, et al. Campanha Nacional de Higiene das Mãos - Relatório 2008-2010. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Online] 2010. [Citação: 28 Janeiro 2011.] p. 25. <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>.

COSTA, Ana Cristina, et al. Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. [Online] 25 de Março de 2009. [Citação: 1 de Novembro de 2010.] <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>.

DIAS, C. Sousa. Prevenção da Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista. *Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos*. [Online] 2010. [Citação: 28 Janeiro 2011.] p. 47-53. www.spci.org/download.php?path=pdf&filename=RPMI_2010

DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro. **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. p. 6

DECRETO –LEI 104/98 de 21 de Abril. **Código Deontológico do Enfermeiro**

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Circular Normativa N.º 27/DSQC/DSC. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - Regulamento interno do grupo coordenador*. 3 de Janeiro de 2008. p. 7.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Online] Fevereiro de 2008. [Citação: 27 Janeiro 2011.] http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - Critérios para definição de infecções nos cuidados de saúde de agudos. [Online] 2009. [Citação: 27 Janeiro 2011] www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010692.pdf

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. EARSS Annual Report 2008. [Online] 2008. [Citação: 15 Fevereiro 2011.] p. 180. ISBN: 978-90-6960-236-3. http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Documents/2008_EARSS_Annual_Report.pdf.

FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro. *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros*. Coimbra : Formasau, 2007. p. 166. ISSN: 978-972-8485-88-7.

FONSECA, César João Vicente. *A Tomada de decisão dos enfermeiros Face aos Cuidados que Prestam no Hospital*. [Online] Universidade Aberta. 2006. p. 248, Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde. [Citação: 15 Janeiro 2011] <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/722>

GANDRA, Romero Manuel Bandeira. Medicina de Catástrofe da exemplificação histórica à iatroética. Porto : Universidade do Porto, 2008. p. 311.

HESBEEN, Walter. Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures : Lusociência, 2001. p. 220. ISBN 972-8383-20-7.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. *Healthcare Accreditation and Quality Unit.* [trad.] Instituto da Qualidade em Saúde. 2ª. 2006. p. 300. intranet do CHLC, EPE.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. *Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde - Normas para acreditação.* 3ª. s.l. : CHKS, 2010. p. 528. intranet de CHLC, EPE.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. *Protocolo para a Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomias da Corrente Sanguínea.* Março de 2006. 33 páginas.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE.. *Recomendações para a prevenção da infecção do trato urinário - algaliação de curta duração.* [ed.] Ministério da Saúde. Lisboa : s.n., 2004. p. 18.

INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA. Abordagem do traumatizado em ambiente pré-hospitalar. *Manual de Suporte Avançado de Vida.* Lisboa : INEM, 2007, p. 20.

JACOBSEN, S.M., et al. Complicated Catheter-Associated Urinary Tract Infections Due to Escherichia coli and Proteus mirabilis. *American Society for Microbiology.* [Online] Janeiro de 2008. Vol 21, Nº1, p. 26-59. [Citação 15 Janeiro 2011]: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18202436>

KAMPF, Günder; HARAD, Löffler e GASTMEIER, Petra. Hand Hygiene for the prevention of nosocomial infectiona [Online] 2009. [Citação: 28 Janeiro 2011.] p. 649-655. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770229/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-106-0649.pdf.

MARTINS, Margarida Isabel Torgal Marques, FRANCO, Maria José Batista e DUARTE, João Carvalho. 2007. Um estudo de caso sobre os custos das infecções no Centro Hospitalar Cova da Beira. *Revista Referência II série nº 4.* [Online] Junho de 2007. [Citação: 12 Fevereiro 2011.] p. 79-90. http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa= infecções no Centro Hospitalar Cova da Beira&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=18.

MARUITI, Marina Rimiko e GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de pacientes internados em Unidades de cuidados intensivos.. [Online] 1 de 2007. [Citação: 10 Janeiro 2011] www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/ad7v20n1.pdf

NUNES, Lucilia. A certificação de competências visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados a prestar ao cidadão. *Revista Ordem dos Enfermeiros.* Abril de

2009, Vol. Nº 32, Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela segurança dos cuidados, pp. 4-12. ISSN 1646 - 2629

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2001. p. 16.

ORDEM DOS ENFERMEIROS *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* [Online] Novembro de 2010. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_ aprovadoAG20Nov2010.pdf.

PATAK, Lance, et al. Patient's reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. [Online] September/October de 2004. [Citação: 1 Dezembro 2010.] www.heartandlung.org.

PEREIRA, Natália das Graças Garcia. 2008. *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência.*[Online] Universidade Aberta. Lisboa : s.n., 2008. p. 220, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. [Citação: 15 Janeiro 2011] <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/711>

PHANEUF, Margot. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures : Lusociência, 2005. p. 633. 972-8383-84-3.

PINTO, Isabel e SANTOS, Lucinda. A comunicação enfermeiro/doente em Unidade de Cuidados Intensivos. *Sinais Vitais.* Janeiro de 1998, Vol. 16, pp. 23-26.

RAMOS, Susana. Gabinete Gestão de Risco. *Enformação.* Julho de 2010, Vol. Nº 13, pp. 6-9.

ROSÁRIO, Elsa Maria de Oliveira Cabeças do. *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos.*[Online] Universidade Aberta. Lisboa : s.n., 2009. p. 174, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. [Citação: 4 Janeiro 2011] <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1472>.

ROXO, José Reis dos Santos. O toque na prática clínica. *Revista referência.* II série, nº6 de 2008, pp. 77-89. [Citado: 12 Janeiro 2011] www.index-f.com/referencia/2008pdf/067789.pdf

SCOTT, R. Douglas. The Direct Medical costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention. *Center of Diseases Control.* [Online] Março de 2009. [Citação: 10 Fevereiro 2011.] p. 13. www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/scott_costpaper.pdf.

SHEEHY, Susan. *Enfermagem de urgência da teoria à prática.* 4ª. Loures : Lusociência, 2001. p. 875. 972-8383-16-9.

SIMÕES, João Filipe, ALARCÃO, Isabel e COSTA, Nilza. Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência IIIª série*. [Online] Junho de 2008. [Citação: 1 Fevereiro 2011.] p. 91-108. http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=supervisao&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2098.

STARLING, Carlos Ernesto Ferreira. Aspectos psicológicos e comportamentais no controle de infecção hospitalar. Maria Aparecida MARTINS. *Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle*. 2ª. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001, 6, p. 1116. p. 38-51.

UCP-ICS/ESPS – Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional. Regulamento Geral. 2007. p. 14.

VENKATAN, Sindhaghatta, RACHANLE, Sonal e KANNA, Balavenkatest. 2010. Study of device use adjusted rates in health care-associated infections after implementation of "bundles" in a closed-model medical intensive care unit. *Journal of Critical Care*. [Online] Março de 2010. [Citação: 2010 Outubro 10.] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682846>.

WARD, Debora. Implementação da prática baseada na evidência no controle de infecção. *Nursing*. Janeiro de 2001, Vol. 151, pp. 30-34.

ANEXOS

ANEXO I

Apresentação da Acção Formação “Hemorragia Digestiva no

Pós - Operatório De Cirurgia Cardíaca”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HEMORRAGIA DIGESTIVA no pós-operatório de cirurgia cardíaca

Elaborado por:
Helena Falção

Sob Orientação de:
Enfermeira Aida Catala

Junho
2010

OBJECTIVOS

Sensibilizar os enfermeiros da UCI Cardiotorácica para a problemática das hemorragias digestivas no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

Dar a conhecer o procedimento de actuação para a hemorragia digestiva no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

HEMORRAGIA DIGESTIVA

EXTERIORIZAÇÃO DE SANGUE PELO TUBO DIGESTIVO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

HEMATÊMESES
MELENAS

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

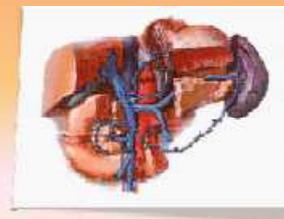
HEMATOQUÉSIAS



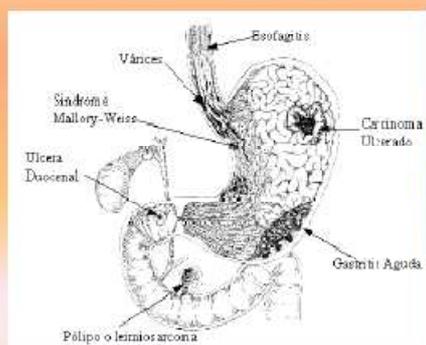
HEMORRAGIA DIGESTIVA

COMPLICAÇÕES :

- CHOQUE HIPOVOLÉMICO
- PERFURAÇÃO GASTROINTESTINAL
- PERITONITE
- SÉPSIS
- MORTE



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



HEMORRAGIA DIGESTIVA

CIRURGIA
CARDÍACA

VS

OUTRA CIRURGIA
TORÁCICA

SEISVEZES MAIS
FREQUENTE

- ❑ Alterações a nível de sistema cardíaco
- ❑ Medicação
- ❑ Stress UCI



ALTERAÇÕES MAIS FREQUENTES

EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

HDA

- ÚLCERA GASTRODUODENAL
- ESOFAGITE EROSIVA
- VARIZES ESOFÁGICAS

HDB

- ANGIODISPLASIAS
- DOENÇA DIVERTICULAR



RODRIGUES et al

ISQUÊMIA INTESTINAL

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Diagnóstico e tratamento

- Endoscopia digestiva alta (EDA)
- Colonoscopia
- Arteriografia
- Shunt portosistêmico intra-hepático transjugal
- Sonda Sengstagen – Blakemore
- Cirúrgico

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Protocolo de actuação

- ☞ Manter ambiente calmo
- ☞ Vigiar a permeabilidade da via aérea
- ☞ Aumentar o aporte oxigénio
- ☞ Avaliar estado hemodinâmico



Gastroenterologia
HSAC

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Protocolo de actuação

- ☞ Verificar a permeabilidade dos acessos venosos
- ☞ Proceder ENG
- ☞ Manter a avaliação débito urinário
- ☞ Colher sangue

Gastroenterologia
HSAC

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Protocolo de actuação

- ☞ Analgesia
- ☞ Estado consciência
- ☞ Contactar gastroenterologia



Gastroenterologia
HSAC

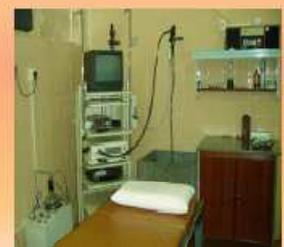
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

PREPARAÇÃO DO DOENTE

- Estabilização hemodinâmica
- Lavagem gástrica prévia
- Sedação

DURANTE O PROCEDIMENTO

- Vigilância hemodinâmica
- Decúbito lateral esquerdo e ligeira flexão pescoço



Gastroenterologia
HSAC

APÓS O PROCEDIMENTO

- Reentubação nasogástrica
- Vigilância perdas hemáticas
- Vigilância estabilidade hemodinâmica

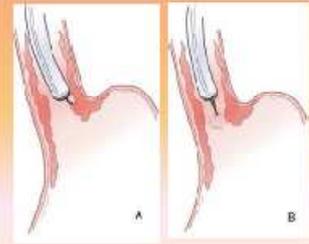


Gastroenterologia
HSAC

Técnicas de hemostase endoscópicas

INJEÇÃO

- ADRENALINA
- ESCLEROSANTES
(álcool absoluto, polidocanol)
- COLA DE FIBRINA
- CIANOACRILATO



Técnicas de hemostase endoscópicas

TÉRMICOS

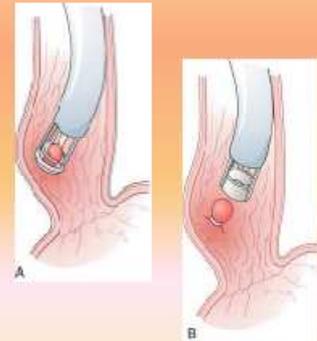
- SONDA TÉRMICA
- ELECTROCOAGULAÇÃO
- LASER



Técnicas de hemostase endoscópicas

MECÂNICOS

- HEMOCLIPS
- ELÁSTICOS



MECÂNICOS

SONDA SENGSTAKEN - BLAKEMORE



Tratamento farmacológico

Úlcera gastroduodenal e esofagite erosiva

Inibidores bomba de prótons

Omeprazol
Pantoprazol

Protector mucosa gástrica

Sucralfato

Úlcera isquêmica

Melhoria da perfusão e oxigenação

Inibidores bomba prótons

Tratamento farmacológico

Varizes esofágicas

VASOPRESSINA

TERLIPRESSINA

SOMATOSTATINA

OCTREÓTIDO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

RECIDIVA	MORTALIDADE
Idade > 65 anos	Coagulopatias
Co-morbilidades (cardiopatia isquémica, IC congestiva, doença hepática ou renal)	Hemorragia persistente ou recorrente
Uso de AINE	HDA em pacientes internados
Instabilidade hemodinâmica;	Baixos níveis de hemoglobina
Achados endoscópicos: <ul style="list-style-type: none"> Hemorragia activa, Vaso visível no fundo da úlcera; Tamanho úlcera > 2cm Local de sangramento 	Transfusões repetidas

Núcleo Gastroenterologia
Hospital da Universidade

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

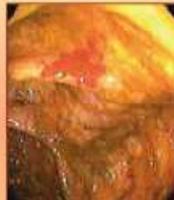
ANGIODISPLASIAS

DOENÇA DIVERTICULAR

DIAGNÓSTICO

COLONOSCOPIA

ARTERIOGRAFIA DA MESENTÉRICA INFERIOR



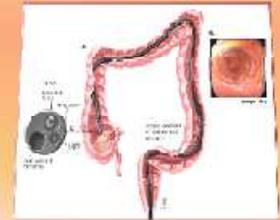
MENDES

COLONOSCOPIA

Preparação

Estabilização hemodinâmica

Preparação intestinal



Gastroenterologia
ISAC

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EM DOENTES HIPOCOAGULADOS

INR DE 1,5 - 2,5

TÉCNICAS SEM RISCO

ENDOSCOPIA ALTA

SIGMOIDOSCOPIA

COLONOSCOPIA

TÉCNICAS DE RISCO ELEVADO

VARIZES ESOFÁGICAS

POLPECTOMIA

LASER COM DESTRUIÇÃO DE TECIDOS



Sociedade Portuguesa
Endoscopia Digestiva

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EM DOENTES HIPOCOAGULADOS

TÉCNICAS DE BAIXO RISCO:

Não alterar terapêutica anticoagulante, se INR terapêutico

TÉCNICAS ALTO RISCO EM DOENTES BAIXO RISCO:

Suspender anticoagulação oral 3 a 5 dias antes.

Avaliar INR antes.

Ponderar heparina baixo peso.

TÉCNICAS ALTO RISCO EM DOENTES ALTO RISCO:

Suspender anticoagulação oral 3 a 5 dias antes do exame e recomeçar 2 dias após exame

- HEPARINA

Suspensa 4 - 6 horas antes

Recomeçar 2 a 6 horas depois (utentes com absoluta necessidade)

Sociedade Portuguesa
Endoscopia Digestiva

ANEXO II

Plano da Acção Formação “Hemorragia Digestiva no

Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Hemorragia digestiva no pós-operatório de cirurgia cardíaca

DATA: 15 Junho 2010 às 16 horas

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros da UCI Cardiorácica

APRESENTADO POR: Helena Falcão

OBJECTIVOS:						
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardiorácica para a problemática das hemorragias digestivas no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Dar a conhecer o procedimento de actuação para a hemorragia digestiva no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 						
	Objectivos Específicos	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Recursos	
					Humanos	Materiais
INTRODUÇÃO	Sensibilizar os formandos para a importância do tema da acção de formação	Apresentação do formador Justificação e pertinência do tema Apresentar objectivos da acção de formação	2'	Expositiva	Formador Formandos	Computador Projector Diapositivos Power point

DESENVOLVIMENTO	<p>Explicar o que são hemorragias digestivas e as suas implicações no utente submetido a cirurgia cardíaca</p> <p>Dar a conhecer o procedimento de actuação caso suspeitem de estarem na presença de uma hemorragia digestiva</p> <p>Explicitar as técnicas de diagnóstico e de tratamento preconizados e suas implicações no doente de pós-cirurgia cardíaca</p> <p>Alertar para os sinais preditivos de recidiva hemorrágica precoce</p>	<p>Definição hemorragia digestiva e suas complicações</p> <p>Hemorragias digestivas altas e baixas mais frequentes em pós-operatório cirurgia cardíaca</p> <p>Procedimento de actuação em caso de hemorragia digestiva</p> <p>Métodos de diagnóstico e de tratamento de eleição</p> <p>Técnicas hemostase endoscópica (injecção, térmicos, mecânicos), técnicas radiológicas</p> <p>Tratamento farmacológico</p> <p>Sinais preditivos de recidiva de hemorragia digestiva alta e mortalidade</p> <p>Hemorragia digestiva baixa</p> <p>Técnicas endoscópicas em doentes hipocoagulados: técnicas e situações de risco</p>	15'	Expositiva Participativa		
CONCLUSÃO	Avaliar a acção de formação	<p>Esclarecimento de dúvidas ou questões</p> <p>Conclusão</p> <p>Avaliação da sessão</p> <p>Encerramento</p>	3'	Escrita	Formador Formandos	Ficha de avaliação

ANEXO III

Documento de Avaliação da Acção Formação “Hemorragia Digestiva no

Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”

ACÇÃO: Hemorragia Digestiva no Pós-Operatório de Cirurgia Cardiotorácica

Conteúdos programáticos	MUITO ADEQUADOS	ADEQUADOS	POUCO ADEQUADOS	INADEQUADOS
Interesse dos assuntos tratados Transmissão de conhecimentos novos e úteis Importância dos conhecimentos adquiridos				
Organização da Acção de Formação	EXCELENTE	BOA	INDIFERENTE	MÁ
Utilização dos Meios Audiovisuais Duração				
Formador	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	MAU
Conhecimentos Capacidade de motivar e incentivar a participação Clareza na exposição das matérias e facilidade de comunicação Esclarecimento das dúvidas				
Apreciação Global	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	MÁ
Classificação Global				

Comentários

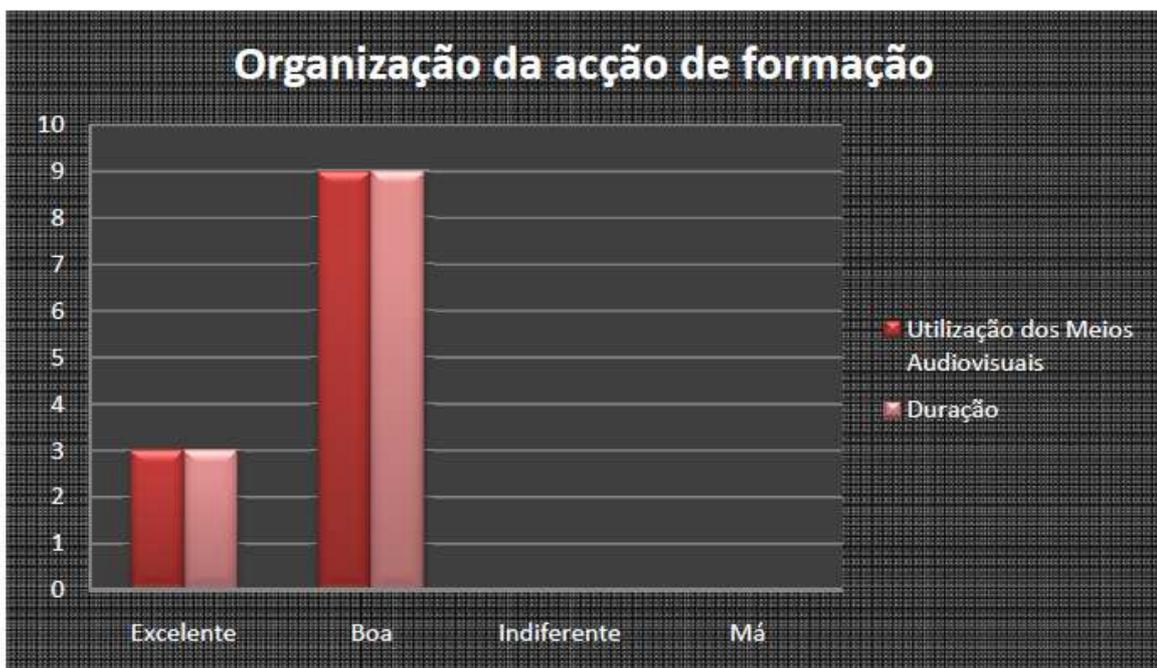
ANEXO IV

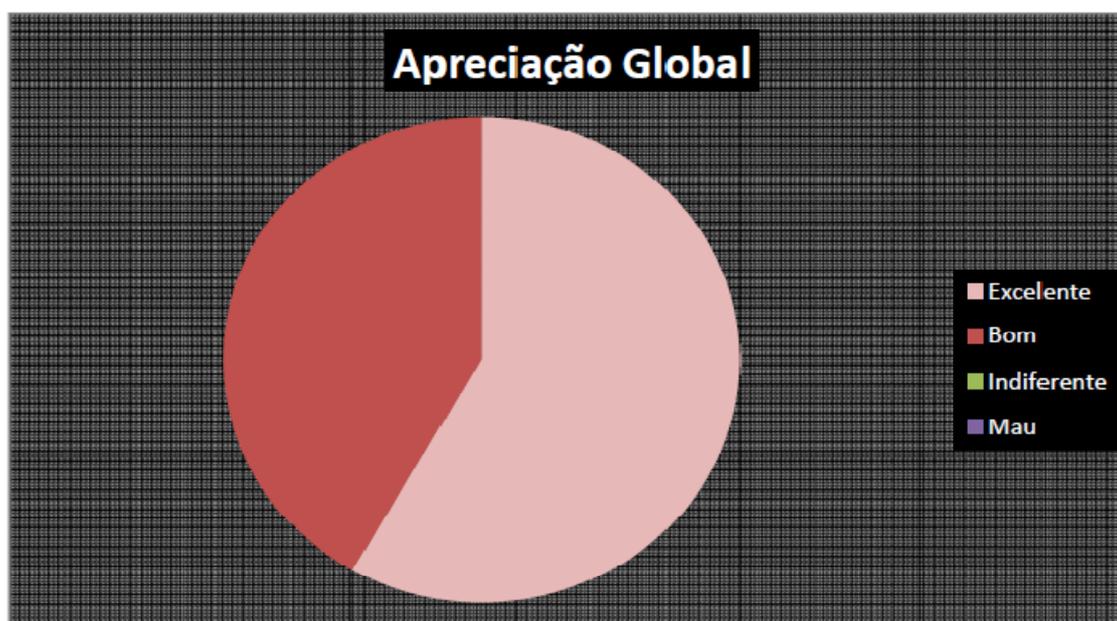
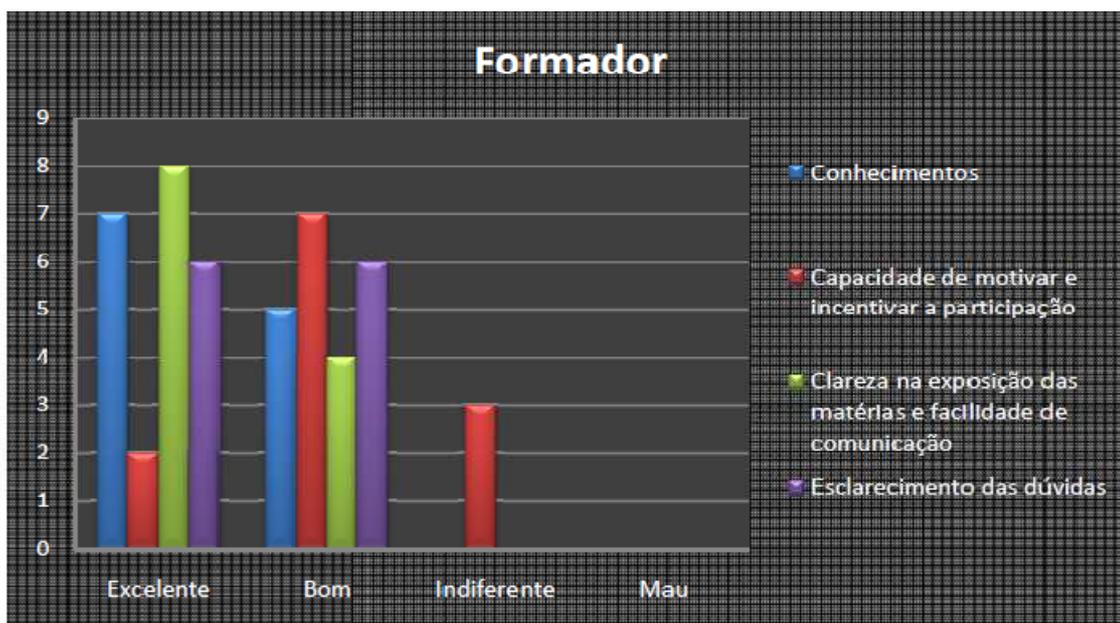
Avaliação da acção formação “Hemorragia Digestiva no

Pós - operatório de Cirurgia Cardíaca”

Avaliação da Acção de Formação

Hemorragia Digestiva no Pós-operatório de Cirurgia Cardiotorácica





ANEXO V

Instrumento de trabalho Cardíaca “Hemorragia Digestiva no

Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA**

**HEMORRAGIA DIGESTIVA
NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA
CARDÍACA**

Elaborado por:
Helena Falcão

Junho
2010

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Ácido acetilsalicílico

AINE – Anti inflamatórios não esteróides

AVC – Acidente vascular cerebral

EAM – Enfarte agudo miocárdio

EDA – Endoscopia digestiva alta

EV – Endovenoso

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

HDA – Hemorragia digestiva alta

HDB – Hemorragia digestiva baixa

HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos

IC – Insuficiência cardíaca

IM – Intramuscular

INR – Razão normal internacional

mcg – Microgramas

Pág. – Página

PO – Administração oral

PVC – Pressão venosa central

Sat. O₂ – Saturação periférica de oxigénio

SF – Soro fisiológico

TA – Tensão arterial

TIPS – Shunt portosistémico intra-hepático transjugal

UCE – Unidade concentrado eritrocitário

SUMÁRIO

	pág.
1 - HEMORRAGIA DIGESTIVA	5
2 - AVALIAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA	7
3 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	9
3.1 - Técnicas de hemostase endoscópica.....	11
3.2 - Tratamento por sonda Sengstaken – Blakemore.....	13
4 - TRATAMENTO RADIOLÓGICO E CIRÚRGICO	16
5 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	17
5.1 - Úlcera gastroduodenal e esofagite erosiva	17
5.2 - Varizes esofágicas.....	18
5.3 - Úlceras isquêmias.....	18
5.4 - Factores indicativos de recidiva/mortalidade.....	18
6 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA	19
7 - PROFILAXIA DA ENDOCARDITE INFECCIOSA	21
8 - TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EM UTENTES HIPOCOAGULADOS	23
9 - BIBLIOGRAFIA	25
ANEXO	26

SEQUÊNCIA DE TABELAS

	pág.
Tabela 1 - Actuação do enfermeiro na avaliação e estabilização hemodinâmica	8
Tabela 2 - Fármacos mais utilizados no tratamento de úlceras gastroduodenais	17
Tabela 3- Factores indicativos de recidiva e mortalidade	18
Tabela 4- Estratificação do risco em técnicas e situações	21
Tabela 5- Técnicas endoscópicas e situações de risco em utentes hipocoagulados	23

1 -HEMORRAGIA DIGESTIVA

Hemorragia digestiva é definida pela exteriorização de sangue pelo tubo digestivo que podem ter a sua origem acima do ligamento de Treitz designando-se por hemorragia digestiva alta (manifestam-se por hematemeses, melenas) ou abaixo do ligamento de Treitz e tomam a designação de hemorragia digestiva baixa (manifestam-se por hematoquésias) (MENDES 2002, p. 3; FREITAS 2005, p. 119).

Constituem sempre uma situação de urgência com graves complicações associadas:

- 🚑 Choque hipovolémico
- 🚑 Perfuração gastrointestinal
- 🚑 Peritonite
- 🚑 Sépsis
- 🚑 Morte

De acordo com BELHAN *et al* (2000, p. 111) a incidência deste tipo de complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca é baixo (1 a 2%) mas está associado a elevadas mortalidade e morbidade quando presente (40 a 60%), devido ao diagnóstico tardio, associada a factores de risco como idade, reintervenções, procedimento cirúrgico complicado, má função ventricular esquerda, doença vascular periférica e doença pulmonar obstrutiva crónica. Segundo (RODRIGUES *et al* (1984, p.1) é seis vezes mais frequente após cirurgia cardíaca que outro tipo de cirurgia torácica. Isto deve-se a:

- 🚑 Alterações a nível de sistema cardíaco decorrentes da circulação extracorporal (hipovolémia, embolização) que conduz a uma perfusão tecidual inadequada e a isquémia das mucosas gástrica e intestinal);
- 🚑 Medicação – heparina, AAS, entre outros;
- 🚑 Stress e sobrecarga emocional – não só da cirurgia em si mas também do próprio ambiente da unidade de cuidados intensivos.

Todos os doentes propostos para cirurgia cardíaca, que tenham queixas a nível digestivo, devem ser submetido a endoscopia no pré-operatório.

As alterações a nível do aparelho digestivo mais frequentes no pós-operatório de cirurgia cardíaca são (RODRIGUES *et al* 1984, p. 217):

- ✚ Hemorragia Digestiva Alta (HDA) – úlcera gastroduodenal, esofagite erosiva e varizes esofágicas;
- ✚ Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) – angiodisplasia, doença diverticular
- ✚ Isquémia intestinal.

Na úlcera gastroduodenal, a fisiopatologia está relacionada com a acção do ácido clorídrico sobre a parede gástrica o que leva à destruição da barreira protectora contra os ácidos existentes e o surgimento ou agravamento da úlcera. Esta destruição advém da acção de fármacos (AAS), de conteúdo duodenal que reflui ao estômago, do stress, insuficiência renal (a ureia tem papel importante na lesão da barreira gástrica), sépsis, choque (isquémia da mucosa gástrica agravada pela hipotensão e hipoxia) e alteração dos factores de coagulação. A utilização de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes aumenta exponencialmente a possibilidade de hemorragia num doente já por si instável, decorrente da intervenção cirúrgica a que foi submetido como é o caso do utente da UCI Cardiorácica (RODRIGUES *et al*, 1984, p. 218).

De acordo com o mesmo autor, na HDB predominam as angiodisplasias (malformações vasculares) que segundo estudos ocorrem predominantemente em doentes submetidos a cirurgia cardíaca, em especial próteses vasculares e estenose aórtica (cuja relação ainda é desconhecida). A perda sanguínea devido a fenómenos tromboembólicos mesentéricos, é em muito menos escala e vem acompanhada de dor, distensão abdominal, vómitos abundantes e sinais clínicos de irritação peritoneal (defesa e dor à descompressão abdominal).

2 - AVALIAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA

Doentes de pós-operatório de cirurgia cardíaca, já por si com grande hemodinamicamente instáveis, vêm a sua situação complicada quando surge uma hemorragia digestiva. Na sua actuação, o enfermeiro deve ter presente que é essencial o diagnóstico atempado da lesão e de medidas imediatas para restabelecimento equilíbrio hemodinâmico (TACLA 2001, p. 908). A monitorização hemodinâmica permite diferenciar a falência da função cardíaca (instalação súbita de hipotensão, aumento de pressões) do baixo débito cardíaco devido a hipovolémia causada pela HDA (instalação insidiosa de sinais de hipoperfusão – taquicardia, hipotensão, sudorese, alteração estado consciência) De acordo com LOURENÇO e OLIVEIRA (2003, p. 262), FREITAS (2005, p. 120) e o NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS (2006, p.55) a linha de orientação na presença de uma hemorragia digestiva deverá ser::

Acções	Justificação
Promover, tanto quanto possível, um ambiente calmo, o respeito e privacidade do utente	Reduzir os níveis de ansiedade, stress e promover a colaboração do utente
Vigiar a permeabilidade da via aérea (se utente estiver extubado orotraquealmente, ponderar entubação caso exista alteração do estado consciência	Evitar complicações respiratórias por obstrução ou aspiração de vómito.
Aumentar o aporte oxigénio	Prevenir as complicações de deficiente oxigenação.
Avaliar estado hemodinâmico (FC, TA, FR, PVC, Sat. O ₂ , palidez, sudorese)	Identificar a gravidade das perdas hemáticas, despistar agravamento de outras complicações.
Verificar a permeabilidade dos acessos venosos	Iniciar a reposição de volume
Explicar ao utente a necessidade de	Documentar a existência de HDA (na úlcera

introduzir sonda nasogástrica de bom calibre (caso o utente não a tenha já colocada), seguida de lavagem gástrica com SF 0.9% até líquido de retorno límpido.	duodenal isto pode não ocorrer). Não existem, evidências científicas que comprovem benefícios na utilização de soro gelado.
Manter a avaliação débito urinário.	Avaliar o comprometimento causado pela hipovolémia e a eficácia das medidas adoptadas.
Efectuar colheita de sangue: hemograma, estudo coagulação, contagem plaquetas, tipagem sanguínea, ionograma, avaliação hepática, ureia, creatinina.	
Avaliar a necessidade de analgesia	Aumentar a colaboração do utente
Vigiar o estado de consciência	Detectar o agravamento da situação
Contactar gastroenterologia	Avaliar e iniciar o tratamento da situação

Tabela 1 - Actuação do enfermeiro na avaliação e estabilização hemodinâmica

Os critérios para avaliação da necessidade de transfusão de sangue variam em função da idade do doente, presença de doença cardiovascular concomitante e da persistência hemorragia. Na presença de alterações marcadas da coagulação (cirrose hepática, anticoagulação oral) está indicada a transfusão plasma fresco congelado, para corrigir o défice de factores de coagulação. A transfusão plaquetas deve ser ponderada nos casos hemorragia activa com contagem plaquetas inferiores a 50000 por mm³ (NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS 2006, p.56).

3 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Segundo TACLA (2001, p. 906) a endoscopia digestiva alta é o procedimento de eleição para identificação da causa e em muitas ocasiões para a sua resolução efectiva da hemorragia digestiva alta. De acordo com o mesmo autor, deve ser efectuada precocemente (nas primeiras 24 horas), mas, em utentes de pós-cirurgia cardíaca, deve-se ponderar sempre o risco/benefício.

Quando é realizada atempadamente, reduz a necessidade de recursos, custos hospitalares, de transfusões e a duração do internamento hospitalar (LOURENÇO e OLIVEIRA2003, p. 262). Os seus benefícios são evidentes (SOUSA 2000, p.4):

- ✚ Especificidade e sensibilidades superiores a 95%;
- ✚ Exame disponível na maioria dos serviços;
- ✚ Técnica de execução padronizada;
- ✚ Localiza a fonte do sangramento com precisão;
- ✚ Identifica sinais prognósticos de nova hemorragia.

As contra indicações, dada a necessidade de diagnóstico e intervenção, acabam por se tornarem, em alguns casos, relativas (FREITAS 2005, p. 351):

- Instabilidade hemodinâmica;
- Perfuração esofágica ou gástrica;
- EAM recente;
- Aneurisma aorta torácica;
- Compromisso respiratório;
- Coagulopatias.

Complicações decorrentes desta técnica (MENDES 2002, p. 8):

- Perfurações;
- Aspiração de vómito;
- Laringoespasma;
- Arritmias;
- Hipotensão

Preparação do utente para EDA

- Estabilização hemodinâmica reduz significativamente a mortalidade.
- Lavagem gástrica ajuda remoção de sangue residual, coágulos e outros conteúdos gástricos melhorando a visualização e de execução de terapêutica.

Por norma é apenas necessária uma sedação leve sem interferência com a condição base do utente.

Doentes com HDA submetidos a terapêutica endoscópica estão sujeitos a bacteriémia transitória pós-procedimento, em especial em doentes com grande insuficiência hepatocelular (défice de celular Kuffer, translocação bacteriana). Em doentes com risco de endocardite bacteriana devem ser cumpridas as recomendações para profilaxia antibiótica (PRÓSPERO, 2001, p. 6) que serão abordadas mais à frente neste documento em capítulo próprio.

De seguida serão abordados o material necessário a esta técnica, bem como a actuação do enfermeiro durante e após o procedimento de acordo com o Procedimento Multisectorial ou Sectorial de Endoscopia Digestiva Alta do HSAC (aguarda aprovação):

Material necessário para a realização de EDA:

- Trolley equipado com endoscópio, copo contentor de água, fonte de luz e processador de imagem;
- Monitor LCD/analógico;
- Mesa de apoio com:
 - 3 Taças;
 - Frascos de colheita com formol (para as biópsias);
 - Pedacos de papel Kraft (colocação de tecido biológico recolhido);
 - Agulha (ajuda na remoção de tecido biológico das pinças);
 - Escovilhão;
 - Bocal;
 - Xilocaína spray;
 - Lidocaína gel.
 -

Durante o procedimento

- ✚ Manter a cabeça do utente em ligeira flexão e colocar em decúbito lateral esquerdo (facilita a introdução do endoscópio e visualização), mantendo o bocal devidamente posicionado.
- ✚ Manter a vigilância dos parâmetros vitais.

Após o procedimento

- ✚ Reentubação nasogástrica se indicado pelo Gastreterologista para vigilância de perdas hemáticas.
- ✚ Manter a vigilância estado hemodinâmico do utente e de complicações respiratórias, febre, dor e disfagia.

3.1 -Técnicas de hemostase endoscópica

- **Injecção**

Consiste na injeção de um agente químico em redor e/ou na zona de lesão de forma a fazer a hemostase. Técnica muito utilizada pela facilidade de execução, baixo custo e fácil disponibilidade. Agentes utilizados (SMITH 2004, p. 5; LOURENÇO e OLIVEIRA 2003, p. 264; NÚCLEO DE GASTRETEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS 2006, p. 66):

- ✚ Adrenalina (pura ou diluída) – Provoca vasoconstrição, tamponamento local e indução da agregação plaquetária. Contra indicada no utente pós-cirurgia cardíaca.
- ✚ Esclerosantes (álcool absoluto, etanolamina, polidocanol) – Técnica de fácil aplicação. O objectivo é provocar a trombose da variz e cicatriz da mesma. Complicações associadas: febre, dor retroesternal e disfagia (transitórias) sépsis, estenoses e perfurações (por lesão dos tecidos).
- ✚ Cola de fibrina – resulta da mistura de fibrinogénio e fibrina. Permite obliteração do vaso sangrante mas sem lesão tecidual.
- ✚ Cianoacrilato – utilizado na hemostase de lesões varicosas. Esta substância endurece de imediato em contacto com o sangue levando à obliteração da lesão sangrante.

Não existe evidência clara de superioridade de uma das soluções em relação às restantes, a sua escolha depende essencialmente da experiência do examinador e da disponibilidade do produto (SOCIEDADE PORTUGUESA ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1999, p.6).

- **Térmicos**

A hemostase é feita através de calor que produz edema tecidual, coagulação das proteínas e contracção arterial. Métodos de hemostase térmicos (SMITH 2004, p. 4):

- **Sonda térmica** – transmissão de calor para ponto sangramento. Combina tamponamento e aplicação de calor;

- **Electrocoagulação** – passagem de corrente eléctrica de elevada frequência na lesão sangrante, provocando libertação de calor e coagulação do vaso.

- **Laser** – Dispendioso com grande risco de perfuração, pelo que é pouco utilizado.

- **Mecânicos**

Pretende-se obliterar mecanicamente o vaso sangrante sem causar lesão tecidual circundante.

- Hemoclips

- Elásticos

A terapia combinada com o uso da injeção de substância associado a método térmico é o mais utilizado e recomendado para hemorragia digestiva alta não varicosa pelas baixas taxas de recidiva precoce, mas dada a especificidade do utente de pós cirurgia cardíaca, o ideal é a utilização de elásticos (grande efeito terapêutico e menos efeitos secundários) ou a esclerose (TACLA, 2001, p. 907).

3.2 - Tratamento por sonda Sengstaken – Blakemore

Actualmente está indicada em situações extremas como recurso transitório até que uma terapêutica mais eficaz se possa realizar (PRÓSPERO, 2001, p.14). Não deve ser aplicado mais de 24 horas. Em 70 a 90% dos casos consegue-se a hemostase, mas uma vez desinsuflado a recidiva é elevada (SOUSA 2000, p. 8).

Esta será uma situação rara no pós-operatório de cirurgia cardíaca pois estes utentes já têm uma hepatopatia grave e não são propostos para cirurgia cardíaca.

De seguida serão apresentados os cuidados a ter antes, durante e após a colocação da sonda Sengstaken – Blakemore de acordo com Protocolo Sectorial do Serviço de Gastrenterologia do HSAC (ainda a aguardar aprovação).

Antes da colocação:

- ✚ Monitorização completa do doente;
- ✚ Explicação do propósito do procedimento (se doente consciente);
- ✚ Realizar uma boa lavagem gástrica para retirar o máximo de sangue e coágulos do fundo gástrico;
- ✚ Testar ambos os balões para despiste de fugas de ar;
- ✚ Intubação endotraqueal de forma a assegurar via aérea permeável (se necessário e preferencialmente se o doente estiver inconsciente);
- ✚ Posicionar o doente em semi-fowler ou em decúbito lateral esquerdo (facilita a técnica e entubação);

Durante o procedimento

- ✚ Lubrificação da sonda com gel anestésico;
- ✚ Introdução da sonda até aos 55cm (cerca da 3ª marca);
- ✚ Confirmar posicionamento (considerar também o uso de imagiologia – Rx);
- ✚ Aspirar conteúdo gástrico;
- ✚ Insuflar o balão gástrico primeiro (com 200 a 300cc de ar) que o esofágico. Parar imediatamente se o houver queixas extremas do doente, dificuldade respiratória ou dor retroesternal súbita;
- ✚ Clampar “porta” de insuflação do balão gástrico;

- ✚ Traccionar delicadamente até sentir resistência contra a junção esofagogástrica.
- ✚ Se hemorragia persistir, insuflar balão esofágico com 25 a 45 mmHg (usar a menor pressão necessária para parar a hemorragia), com esfignomanómetro adaptado ao balão com torneira de 3 vias ou tubo em T;
- ✚ Clampar “porta” de insuflação do balão esofágico;
- ✚ Ancorar a sonda com tampão de gaze e adesivo (com protecção do nariz com gaze gorda);
- ✚ Marcar com caneta o tubo à saída da narina para posterior controlo de mobilização do balão gástrico;
- ✚ Conectar saco colector à saída gástrica.

Após o procedimento

- ✚ Manter o doente a 30º- 45º;
- ✚ Assegurar adequada tracção da sonda;
- ✚ Realizar lavagens gástricas frequentes (esvaziamento gástrico completo e monitorização da hemorragia);
- ✚ Verificação frequente do posicionamento da sonda;
- ✚ Verificação regular da pressão do balão esofágico através de esfignomanómetro (2 em 2 horas);
- ✚ Providenciar cuidados orais frequentes;
- ✚ Incentivar a frequência de tosse e respiração profunda;
- ✚ Registo da hora de insuflação dos dois balões e os volumes/pressões aplicados;

Despiste de potenciais complicações (NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS 2006, p.98):

- Asfixia (cortar imediatamente a sonda junto das entradas de ar e removê-lo);
- Aspiração;
- Ruptura esofágica (pressão por má colocação do balão gástrico),;
- Necrose tecidular do esófago (excessiva pressão e/ou tempo prolongado de insuflação);
- Dor torácica (pela pressão exercida pelo balão);
- Obstrução da via aérea (deslocamento da sonda);

- Desinsuflar o balão esofágico às 12-24h deixando o balão gástrico insuflado.

O balão gástrico pode ser desinsuflado passadas 6-12h se não houver evidência de hemorragia, deixando a sonda introduzida, funcionando como SNG (o balão esofágico já terá de estar previamente desinsuflado).

Quanto maior for a tracção de suporte, maior deverá ser o volume de ar do balão gástrico.

Alguns autores sugerem que seja aliviada a pressão do balão esofágico, com desinsuflações de 15-30 minutos por cada 2-4h.

4 - TRATAMENTO RADIOLÓGICO E CIRÚRGICO

Arteriografia (HDA não varicosa) – exame de diagnóstico e tratamento de lesões vasculares. O objectivo é o diagnóstico arteriográfico e proceder a embolização com esferas metálicas ou outros materiais.

Shunt portosistémico intra-hepático transjugal (TIPS) (HDA Varicosa) – Criação de uma fístula intra-hepática entre as veias do sistema portal e hepático, através da utilização de prótese de metal autoexpansiva para manutenção da fístula. Complicações: hemoperitoneu (por ruptura vascular), aumento das pressões cardiopulmonares o que pode levar a descompensação da insuficiência cardíaca (as patologias cardíacas são uma contra indicação).

Tratamento cirúrgico – Último recurso quando não se consegue conter a HDA por tratamento endoscópico ou radiológico, em doentes com boa função hepatocelular e em que o tratamento médico tenha falhado. Critérios para cirurgia (LOURENÇO e OLIVEIRA 2003, p. 264):

- ✚ Quando falharam as todas as tentativas terapêuticas anteriores;
- ✚ Segunda recidiva hemorrágica precoce;
- ✚ Necessidade superior de 4 UCE nas primeiras 24 horas.

5 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Apenas será abordado o tratamento para as úlceras gastroduodenal, esofagite erosiva e úlceras isquémicas e varizes esofágicas por serem as HDA mais frequentes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

5.1 - Úlcera gastroduodenal e esofagite erosiva

Preconiza-se a utilização de **inibidores da bomba de prótons**. O objectivo é manter um pH gástrico superior a 5, pois abaixo deste valor a acidez gástrica impede a formação do coágulo ou promove a sua dissolução (TACLA, 2001, p. 908; LOURENÇO e OLIVEIRA 2003, p. 264; SOUSA 2000, p. 9; NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS 2006, p.58, 91):

ÚLCERA GASTRODUODENAL E ESOFAGITE EROSIVA		
FÁRMACO	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
Inibidores da bomba de prótons OMEPRAZOL PANTOPRAZOL	Início em bólus de 80 mg EV Seguido de perfusão endovenosa (8 mg/h) nas primeiras 48/72 horas.	Apresenta maior risco de interacção medicamentosa com outras drogas com metabolização hepática utilizadas em utentes do foro cardíaco (diazepam, nifedipina, varfarina) pelo que actualmente é preferível a utilização de pantoprazol pela menor interacção medicamentosa.
SUCRALFATO	1g de 6/6H Deve ser iniciado 6 a 12 horas após realização EDA	Cria uma camada protectora na zona de lesão promovendo a regeneração da mucosa gástrica. Sem influência no pH gástrico e é bem tolerado
Bloqueadores H2 (RANITIDINA)	150mg a 300mg dia Se PO: 150mg 12/12h Se EV: 50mg 8/8h	Antagonistas da histamina (a gastrina estimula a produção de histamina que por sua vez estimula a produção de ácido a nível local). A histamina produz vasodilatação, aumento da permeabilidade vascular e consequente aumento das perdas hemáticas. Actualmente não recomendados e não indicados em patologias cardíacas devido aos seus efeitos adversos: bradicardia e hipotensão

Tabela 2 - Fármacos mais utilizados no tratamento de úlceras gastroduodenais

5.2 - Varizes esofágicas

Representa a maior causa de morte em doentes com cirrose hepática com uma mortalidade no primeiro episódio de 30 - 40% e apenas 1/3 sobrevivem mais de um ano. Têm taxa mortalidade e recidiva superior a todas as outras causas. Aposta-se na associação do tratamento farmacológico (ver anexo) com tratamento endoscópico e, em último caso, com a aplicação da sonda Sengstaken – Blakemore (PRÓSPERO, 2001, p.8).

Após endoscopia os doentes com baixo risco de recidiva de hemorragia podem iniciar precocemente dieta oral, enquanto que os de alto risco aguardam cerca de dois (período em que estão descritas o maior número de recidivas).

5.3 - Úlceras isquémicas

Ocorrem devido a hipoperfusão a nível da mesentérica superior, associado frequentemente a hipersecreção gástrica. O diagnóstico é feito pela endoscopia e pelo quadro clínico de instabilidade hemodinâmica provocado pela baixa perfusão e sintomas associados (cianose, hipotensão, alteração estado consciência). A conduta terapêutica consiste na melhoria da perfusão e oxigenação, concomitantemente com a utilização de bloqueadores da bomba de prótons. Caso não exista melhoria deve ser avaliada a necessidade de procedimento cirúrgico (TACLA, 2001 p. 908).

5.4- Factores indicativos de recidiva/mortalidade

Vários trabalhos apontam para a existência de factores preditivos de recidiva e mortalidade em utentes com hemorragia digestiva alta, que ao serem reconhecidos atempadamente podem ser corrigidos (LOURENÇO e OLIVEIRA 2003, p. 262; FREITAS 2005, p. 124; NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS 2006, p.59):

RECIDIVA	MORTALIDADE
<ul style="list-style-type: none">✚ Idade > 65 anos;✚ Co-morbilidades (cardiopatía isquémica, IC congestiva, doença hepática ou renal);✚ Uso de AINE;✚ Instabilidade hemodinâmica; <p>Achados endoscópicos:</p> <ul style="list-style-type: none">✚ Hemorragia activa;✚ Vaso visível no fundo da úlcera;✚ Tamanho úlcera > 2 cm;✚ Local de sangramento.	<ul style="list-style-type: none">✚ Coagulopatias;✚ Recidiva hemorrágica persistente ou recorrente✚ HDA em pacientes internados;✚ Baixos níveis de hemoglobina;✚ Transfusões repetidas.

Tabela 3- Factores indicativos de recidiva e mortalidade

6 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Na maioria das vezes o episódio hemorrágico é autolimitado e na maioria das situações a gravidade e a apresentação clínica é menor que nas HDA (MENDES 2002, p. 8).

O diagnóstico é feito por colonoscopia e quando não existem condições de preparação intestinal opta-se pela arteriografia da mesentérica inferior ou tratamento cirúrgico (MENDES 2002, p. 8).

Contra indicações:

- Instabilidade hemodinâmica;
- Coagulopatias;
- Megacólon tóxico;
- Diverticulite;
- Peritonite;
- Má preparação intestinal;
- EAM recente.

Complicações decorrentes desta técnica:

- Agravamento da hemorragia;
- Perfuração do cólon;
- Sépsis.

As **angiодisplasias** ocorrem sobretudo em indivíduos com mais 65 anos. A hemorragia tende a ser recorrente, pouco volumosa. Se visualizadas durante a colonoscopia pode ser feito tratamento com injeção de esclerosante ou eletrocoagulação, caso não seja eficaz preconiza-se remoção cirúrgica da área comprometida (MENDES 2002, p. 9).

A **doença diverticular** caracteriza-se por hemorragia súbita, volumosa e na maioria das situações auto limitada (MENDES 2002, p. 9).

A **isquemia da mesentérica** decorre de baixo débito do território da mesentérica inferior que provoca ulceração da mucosa intestinal e hemorragia maciça. A atitude terapêutica passa pela melhoria da perfusão, caso exista recorrência das perdas hemáticas preconiza-se a remoção cirúrgica da área comprometida (TACLA 2001, p. 909).

A utilização de heparina de baixo peso molecular como rotina no pós-operatório, reduz a incidência de fenómenos tromboembólicos (TACLA 2001, p. 911).

A **actuação** perante uma hemorragia maciça é idêntica à HDA. A reposição da volémia, correcção da anemia e a estabilidade hemodinâmica são prioritárias. Pode-se optar por vasoconstritores esplâncnicos mas nestes casos a experiência é limitada. A angiografia mesentérica para detectar a zona sangrante e proceder à embolização ou injeção local de vasoconstritores pode permitir a resolução. Como último recurso existe a cirurgia de urgência (FREITAS 2005, p. 132).

Preparação do intestino (FREITAS 2005, p. 367):

- ✚ Nas 24 horas antes deve ser instituída dieta líquida.
- ✚ Em doentes do foro cardíaco ou patologia renal devem ingerir 4 litros de uma solução electrolítica balanceada, no entanto 10% dos utentes não toleram devido ao sabor desagradável e à quantidade de fluido a ingerir. Segundo os gastroenterologistas do HSAC esta solução pode ser reduzida para 2 litros nos utentes de pós-operatório de cirurgia cardíaca.
- ✚ Previamente ao exame deve ser feita preparação intestinal com água tépida ou soro fisiológico 15 a 60 minutos antes do exame (até que o líquido de retorno seja límpido).

Durante o procedimento o utente deve ser colocado em decúbito lateral direito (facilita a técnica).

Após a realização de colonoscopia deve-se estar atento à presença de vômitos, distensão abdominal, dor, rigidez à palpação abdominal e manutenção da hemorragia.

7 -PROFILAXIA DA ENDOCARDITE INFECCIOSA

As referências bibliográficas apontam para um risco de endocardite e outras complicações infecciosas muito reduzido. A profilaxia deve ser feita tendo em conta a técnica utilizada e o tipo de situação de risco de acordo com a SOCIEDADE PORTUGUESA ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1999, p.53):

Técnicas utilizadas:

Alto risco	Esclerose de varizes, dilatação esofágica
Baixo risco	Endoscopia alta, colonoscopia, sigmoidoscopia, polipectomia, hemostase de lesões não varicosas

Situações cardíacas:

Alto risco	Prótese valvular mecânica, antecedentes de endocardite infecciosa, shunt cirúrgico sistémico pulmonar
Baixo risco	Malformações cardíacas congénitas, disfunção valvular reumatisal, cardiomiopatia hipertrófica, prolapso mitral com regurgitação, transplante cardíaco.
Sem risco	Prolapso mitral sem insuficiência, pacemaker, bypass coronário

Tabela 4- Estratificação do risco em técnicas e situações

Profilaxia:

Amplicilina (2g EV/IM) + Gentamicina (1,5 mg/Kg EV/IM) 30 minutos antes do exame, seguido de Amoxicilina 1,5g PO administrada 6 horas após o exame.

Se alergia à penicilina: Gentamicina 1,5 mg/Kg EV/IM) administrada 1 hora antes do exame + Vancomicina (1g EV) em perfusão durante uma hora.

O que está preconizado pelo Hospital Santa Marta para cirurgia ou manobras instrumentais gastro-intestinais (PROFILAXIA DA ENDOCARDITE BACTERIANA p. 4) é:

 **Doentes de alto risco:**

Meia hora antes:

- Amoxicilina 3g IM/EV **OU**
- Gentamicina 80 mg PO/IM

Seis horas após amoxicilina 3 g PO/IM

Se alergia à penicilina substituir Amoxicilina por Cefalosporina de 3ª geração.

 **Doentes de baixo risco:**

Uma hora antes - Amoxicilina 3g PO (toma única)

Meia hora antes – Gentamicina 80 mg EV

Se alergia à penicilina substituir Amoxicilina por Cefalosporina de 3ª geração.

8 - TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EM UTENTES HIPOCOAGULADOS

De acordo com a SOCIEDADE PORTUGUESA ENDOSCOPIA DIGESTIVA (1999, p.55), a necessidade de reverter a anticoagulação deve ser mediante a ponderação de riscos/benefícios. Os dados conhecidos apontam para que perante um INR de 1,5 - 2,5 os riscos são semelhantes aos que ocorrem em doentes não anticoagulados.

Técnica de risco elevado	Técnicas sem risco
Técnica de varizes esofágicas, polipectomia, laser com destruição de tecidos.	Endoscopia alta, sigmoidoscopia, colonoscopia.

Utentes com risco embólico baixo	Utentes com risco embólico elevado
FA (crónica ou paroxística), prótese biológica, prótese mecânica.	FA associada a doença valvular cardíaca, prótese valvular em doente com tromboembolismo prévio, prótese mitral mecânica.

Tabela 5- Técnicas endoscópicas e situações de risco em utentes hipocoagulados

Consoante a situação, assim deve ser a atitude terapêutica a considerar:

Técnicas de baixo risco:

- Não alterar terapêutica anticoagulante, desde que o INR esteja dentro dos limites terapêuticos

Técnicas alto risco em doentes baixo risco:

- Suspender anticoagulação oral 3 a 5 dias antes.
- Avaliar INR antes.
- Ponderar fraxiparina.

Técnicas alto risco em doentes alto risco:

- Suspende anticoagulação oral 3 a 5 dias antes do exame e recomeça 2 dias após o exame.
- A decisão de fazer heparina/heparina baixo peso molecular, deve ser ponderada caso a caso.
- A heparina deve ser suspensa 4 – 6 horas antes técnica e recomeçar 2 a 6 horas depois apenas em doentes com absoluta necessidade.

9 – BIBLIOGRAFIA

BELHHAN, Akpınar et al – Acute gastrointestinal complications after open heart surgery. [Em linha] **Asian cardiovascular & thoracic annals**. 2000, vol.8, nº 2 p. 109-112 [Consult. 02 Jun. 2010] disponível em <http://asianannals.ctsnetjournals.org/>

CARVALHO, Cristina; OLIVEIRA, Rafael – **Procedimento Sectorial ou Multisectorial Endoscopia Digestiva Alta**. Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. P. 5

CARVALHO, Cristina; OLIVEIRA, Rafael – **Procedimento Sectorial ou Multisectorial Colocação da Sonda de Sengstaken-Blakmore**. Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. p. 4

FREITAS, Dinis – **Hemorragia digestiva** in *Gastrenterologia semiologia clínica e laboratorial*. Coimbra: 2005 p. 117-143

LOURENÇO, Karla Glaysia; OLIVEIRA Ricardo B. – **Abordagem do paciente com hemorragia digestiva alta não varicosa**. [Em linha] Ribeirão Preto: 2003 nº36 (abr/dez) [Consult. 02 Jun. 2010] disponível em www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/12abordagem-paciente-hemorragiadigestiva-alta-nao-varicosa.pdf

MENDES, Santiago – **Hemorragias digestivas**. [Em linha] Federação brasileira de gastroenterologia. 2002. p. 10 [Consult. 02 Jun. 2010] disponível em www.projectodirectrizes.org.br/projecto_directrizes/057.odf

MIGUEL, Armando – **Hemorragia digestiva alta no idoso**. [Em linha] [Consult. 02 Jun. 2010] disponível em www.medicinageritrica.com.br/2007/07/07

NÚCLEO DE GASTRENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS – **Situações Urgentes em gastrenterologia. Rabiscos de Luz**. Setúbal: 2006. p. 226

PINHO, R.;ROMÃOZINHO J.M. – Profilaxia de úlceras de stress numa unidade de cuidados intensivos – estado da arte. [Em linha] **Jornal Português de gastrenterologia**. 2008. Nº 15 p. 204- 212 [Consult. 03 Jun. 2010] disponível em www.scielo.oces.mtes.pt/pdf/ge/v15n5a03.pdf

PRESA, José; PRÓSPERO, Fernando – **Hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas**. [Em linha] 2001. [Consult. 03 Jun. 2010] disponível em www.spmi.pt/revista/vol09/v09_n3_hemorragiadigestiva.pdf

Profilaxia da endocardite bacteriana. Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Serviço de Cirurgia cardio-torácica, p. 5

RODRIGUES, Joaquim Gama et al – Hemorragia digestiva após cirurgia cardíaca. [Em linha] **Arquivos Brasileiros**. 1984. Vol. 42 Nº 3 p. 217 - 222 [Consult. 03 Junho 2010] disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/edicoes.asp>

SMITH, Graeme D. – **The management of acute upper gastrointestinal bleeding**. [Em linha] Junho 2004 [Consult. 03 Junho 2010] disponível em <http://www.springerlink.com/content/j777xt123jp>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA – **Recomendações**. nº 11 Novembro 99, p. 76

SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY NURSES AND ASSOCIATES – **Manual of gastrointestinal procedures**. Chicago. 6ª Edição. 2009 ISBN 0-9779065-4-X p. 292

SOUSA, R. - **Hemorragia digestiva alta**. [Em linha] 2000. P. 15 [Consult. 02 Jun. 2010] disponível em www.gastrob中心.com.br/goc-institucional/cientifico_05.doc

TACLA, Mound – Complicações digestivas em pós-operatório de cirurgia cardíaca. [Em linha] **Revista da Sociedade Cardiologia do Estado São Paulo**: 2001. Vol. 11, Nº 5 (Setembro/Outubro) [Consult a 3 Junho 2010] disponível em www.socesp.org.br/revistasocesp/edicoes/volume11/pdf/n05.pdf

ANEXO

VARIZES ESOFÁGICAS

TRATAMENTO: combinação de agentes vasoactivos com a terapêutica endoscópica das varizes

OBJECTIVO: utilização de agentes que diminuam a pressão portal, das varizes e da acidez gástrica

FÁRMACO	CONTRA INDICAÇÕES	EFEITOS INDESEJÁVEIS	INTERACÇÕES	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
AGENTES QUE DIMINUEM A PRESSÃO PORTAL E DAS VARIZES					
VASOPRESSINA	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia conhecida • Angina instável • Insuficiência cardíaca • Doença von Willebrand tipo IIB 	<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias • Vasoconstrição coronária • AVC • Isquémia mesentérica • Isquémia das extremidades 	<p>Clorpromazina Indometacina Glibenclâmida</p>	<p>0,2Um, podendo ser aumentada 0,2Um a cada hora, até a hemorragia estar controlada. (não deverá ultrapassar 1U/h)</p> <p>Após 12h de controlo da hemorragia a dose deverá ser reduzida para metade, sendo interrompida cerca de 1,2-24h depois.</p>	<p>Vasoconstritor potente esplâncnico (diminui o fluxo na veia azigos e a pressão nas varizes em 35%) e vasoconstritor sistémico.</p> <p>Cain em desuso em detrimento de agentes mais seguros como a somatostatina, o octreótido e a telipressina.</p>
TERLIPRESSINA OU GLICOPRESSINA	<p>Alergia conhecida Choque séptico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias • Vasoconstrição coronária • Alteração T.A 	<p>Propofol Anidocaron Quinidina Procainamida Eritromicina Antidepressivos tricíclicos</p>	<p>2 mg EV de 4-4 horas até terem decorrido 24-48 horas após hemostase</p>	<p>Derivado sintético da vasopressina mas com vida média mais prolongada o que permite administração em bolus em vez de perfusão contínua, e apresenta menor número de efeitos secundários.</p>
AGENTES QUE DIMINUEM A PRESSÃO NO SISTEMA PORTAL E DA ACIDEZ GÁSTRICA					
SOMATOSTATINA	<p>Alergia conhecida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações nível glicémia • HTA transitória • Bradicardia • Aumento pressão artéria pulmonar • Aumento PVC • BAV 	<p>Medicação com efeito sobre a glicémia Antihipertensivos Medicação que altere a renina plasmática</p>	<p>Início: bolus 250 mcg EV Seguido de perfusão contínua de 250-500 mcg/h</p>	<p>Vasoconstritor esplâncnico que produz redução do fluxo portal e portocollateral, assim como o seu análogo octreótido. Senni vida curta (2-3 minutos).</p>
OCTREÓTIDO	<p>Alergia conhecida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pancreatite • Oclusão intestinal/diarreia • Alterações da glicémia • Epigastrálgias 	<p>Ciclosporina Cimetidina Carmabazepina Digoxina Verfarina Terfenadina</p>	<p>Início: bolus 100 mcg EV Seguido de perfusão contínua de 25 a 50 mcg/h</p>	<p>Semi-vida maior (1-2H), permite a sua administração SC ou EV Poderá ser utilizado em úlceras não varicosas mas não é recomendado.</p>

ANEXOVI

Certificado De Apresentação Do Poster “Abordagem Sistematizada do
Politraumatizado no Serviço De Urgência”

CERTIFICADO

Certifica-se que o Exm^o(a) Senhor(a)

Helena Isabe. Falcão

participou no CONCURSO DE POSTERS do

“IX CONGRESSO NACIONAL DE EMERGÊNCIA – AVEIRO 2010”,
que decorreu no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro, no dia 8 de Maio de
2010, com o Poster: “Abordagem Sistematizada do Filitermumalizado no Serviço de Urgência”

Aveiro, 8 de Maio de 2010

 **CONGRESIS**
Organização e Realização de Eventos

A Delegação

 TV Canal
10 CONGRESIS

Abordagem Sistematizada do Politraumatizado no Serviço de Urgência

Autores: Enf.ª Helena Falcão; Enf.ª José Ali-Cam; Enf.ª Sónia Barbosa

Forma metódica de avaliação e abordagem constituída por 2 etapas, de que dependem a sobrevivência e o prognóstico do Politraumatizado

A segurança é um pressuposto essencial

Avaliação Primária

Detectar e corrigir situações consideradas de risco de vida imediata só se avalia a fase seguinte se a anterior estiver solucionada



A VIA AÉREA (AIRWAY)

- Permeabilização da via aérea com estabilização cervical
- Nível de consciência - vocalização
- Corpos estranhos - abertura e desobstrução da via aérea

B RESPIRAÇÃO (BREATHING)

- Ventilação - Oxigénio com máscara Hudson a 12-15 l/m
- Se ventila, auscultação bilateral, palpação e percussão
- Observação do tórax (integridade, simetria, profundidade)
- Sinais de dificuldade respiratória e posição da traqueia

C CIRCULAÇÃO (CIRCULATION)

- Pulso central e pulso periférico (na vítima consciente)
- Pele (temperatura, coloração, grau sucrose)
- Controlo de hemorragias
- Preenchimento ungueal

D DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA (DISABILITY)

- Nível de consciência:
 - A - alerta
 - V - verbal
 - P - dor (pain)
 - U - sem resposta (unresponsive)
- Escala de Coma Glasgow e avaliação das pupilas

E EXPOSIÇÃO (EXPOSURE)

- Controlo da temperatura

F CINCO INTERVENÇÕES (FIVE)

- Avaliação de sinais vitais e glicémia
- Algalhação, ENG e colheita de análises

G MEDIDAS DE CONFORTO (GIVE)

- Posicionamento
- Analgesia
- Relação de ajuda à vítima/família

H HISTÓRIA (HISTORY)

- C - circunstâncias do acidente
- H - história pessoal
- A - alergias
- M - medicação
- U - última refeição

I INSPEÇÃO (INSPECTION)

- Minuciosa
- Executar palpação e auscultação
- Da cabeça aos pés

Avaliação Secundária

Identificar situações que não colocam em risco de vida imediata, mas que podem agravar a sobrevivência e prognóstico do doente se não forem corrigidas

A reavaliação continua e os registos são outras das responsabilidades do enfermeiro que presta cuidados à vítima de trauma

ANEXO VII

Certificado de Apresentação do Poster

“Catástrofe – O Que A Poderá Definir?”

CERTIFICADO

Certifica-se que o Exmo(a) Senhor(a)

Helena Isabel Falcão

participou no CONCURSO DE POSTERS do

IX CONGRESSO NACIONAL DE EMERGÊNCIA – AVEIRO 2010¹,
que decorreu no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro, no dia 8 de Maio de
2010, com o Poster: "Catástrofe – o que a poderá definir?"

Aveiro, 8 de Maio de 2010.

CATÁSTROFE

O que a poderá definir?

Autores: Enf.ª Helena Falcão; Enf.ª José Ali-Cari; Enf.ª Sónia Barbosa

Catástrofe

É uma situação provocada por fenómenos de diversas ordens, que devido à elevada destruição de ordem material aliada a um afunilamento intenso de vítimas, origina uma procura inesperada e excessiva de cuidados médicos de urgência esgotando todos os recursos disponíveis. Baseia assim uma desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer.

Acidente catastrófico de efeitos limitados

Todas as situações nas quais o incidente com a sua área de influência, é limitado no tempo (algumas horas), no espaço (confinadas ao local em que se desencadeou, ou nas proximidades) e desprovido em princípio de risco evolutivo.

Tipos de Catástrofe

Catástrofe Naturais

As que têm a sua origem nas energias libertadas pelas forças naturais (água, terra, ar e fogo).

- Fenómenos tectónicos (erupções, terremotos)
- Fenómenos meteorológicos (inundações, furacões)
- Fenómenos topológicos (avalanches, deslizamentos)

Catástrofe Sociais

Ocorrem devido a acidentes colectivos derivados de actividades humanas de grupos.

- acidentais (campos de futebol, concentrações religiosas)
- provocadas (atacadas terroristas, guerras)

Catástrofes Tecnológicas

São aquelas que têm origem na manipulação do homem sobre os elementos industriais, tecnológicos e sociais que gerou.

- Derrames petrolíferos
- Incêndios em fábricas
- Acidentes com material de pirotecnia

Classificação de catástrofes de acordo com dados paramétricos

Duração do salvamento

- Curtas (menos de 6 horas)
- Médias (entre 6 e 24 horas)
- Longas (mais de 24 horas)

Duração do factor desencadeante

- Catástrofes curtas (inferior a 1 hora)
- Catástrofes médias (inferior a 24 horas)
- Catástrofes longas (superior a 24 horas)

Extensão geográfica

- Raio inferior a 1 km
- Raio de 1 a 100 kms
- Raio superior a 100 kms

Região

- Urbanas
- Rurais

Causa

- De aparecimento súbito
- De instalação longa

Efeitos sobre a comunidade

- Simples
- Complexa

Vítimas

- Moderada (25 a 99 vítimas)
- Média (100 a 999 vítimas, das quais 50 a 250 hospitalizados)
- Maior (mais de 1000 vítimas e mais de 250 hospitalizados)

ANEXO VIII

**Certificado de participação no 4º Curso de Manutenção da Via Aérea para
Enfermeiros**

Certificado

AEVAS

Associação para o Estudo da
Via Aérea de Santarém

SERVICO DE INVESTIGACAO
E REUMACIÃO



santarém

Certifica-se que a
Enf.ª Helena Isabel Falcão

participou no "4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via
Aérea para Enfermeiros", de 9 horas lectivas, no qual teve
aproveitamento na avaliação final.

Santarém, 27 de Maio de 2010
Os directores do curso:

Dr. Reinaldo Cabanita

Dr. Pedro Charco

FIDTVA

FUNDACION INTERNACIONAL DE

ANEXO IX

Certificado de presença no Simpósio “Importância da Prevenção e Controle das IACS”

DIPLOMA

Certifica-se que

(Helena Isabel) Falcão

participou no Simpósio ASP,
"A Importância da Prevenção e Controlo das IACS",
que decorreu no Hotel Olisippo Oriente, em Lisboa,
no dia 8 de Outubro de 2010.

Lisboa, 8 de Outubro



Jaime Alves
ASP Iberia
Senior Product Manager

ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS

a **Johnson & Johnson** company



Prevention is Key. Appropriate Product

ANEXO X

Plano das Acções de Formação “Cuidados ao Utente Algaliado” e
“Prestação de Cuidados de Higiene ao Utente Dependente”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Cuidados ao utente algaliado

DATA: 13 Outubro 2010 às 9 horas

POPULAÇÃO ALVO: Assistentes operacionais que participam na acção “Controlo de Infecção para Assistentes operacionais” organizado pela Comissão de Controlo de Infecção

APRESENTADO POR: Helena Falcão

OBJECTIVOS:						
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os Assistentes operacionais para a importância dos cuidados a ter perante um utente algaliado. Dar a conhecer os princípios da manipulação do sistema de drenagem vesical pelo assistente Operacional. 						
	Objectivos Específicos	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Recursos	
					Humanos	Materiais
INTRODUÇÃO	Sensibilizar os formandos para a importância do tema da acção de formação	Apresentação do formador Justificação e pertinência do tema Apresentar objectivos da acção de formação	2'	Expositiva	Formador Formandos	Computador Projector Diapositivos Power point

DESENVOLVIMENTO	<p>Explicar a importância de manter sempre a assepsia durante a técnica de algaliação.</p> <p>Evidenciar a importância do papel do assistente operacional desde a técnica de algaliação até à fase de alta/desalgaliação.</p> <p>Descrever os passos que o assistente operacional deve ter em atenção quando efectua o despejo do saco colector.</p>	<p>Objectivos da algaliação, risco associado e a importância de manter uma técnica asséptica.</p> <p>A duração da algaliação e a sua relação com a infecção</p> <p>Intervenções do assistente operacional desde a algaliação.</p> <p>Cuidados a ter perante um utente algaliado.</p> <p>Descontaminação das mãos e o uso de luvas limpas para cada utente, manipulação do saco de despejo e os cuidados a ter quando o utente algaliado vai tomar banho ao wc.</p>		Expositiva Participativa		
CONCLUSÃO	Avaliar a acção de formação	<p>Esclarecimento de dúvidas ou questões</p> <p>Conclusão</p> <p>Avaliação da sessão</p> <p>Encerramento</p>	3'	Escrita	Formador Formandos	Ficha de avaliação final (Perguntas inscritas pelos organizadores da acção de formação)

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Prestação de cuidados de higiene ao utente dependente

DATA: 13 Outubro 2010 às 9 horas

POPULAÇÃO ALVO: Assistentes operacionais que participam na acção “Controlo de Infecção para Assistentes operacionais” organizado pela Comissão de Controlo de Infecção

APRESENTADO POR: Helena Falcão

OBJECTIVOS:						
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os Assistentes operacionais para a importância dos cuidados de higiene a um utente dependente. Dar a conhecer os princípios fundamentais na higiene do utente dependente. 						
	Objectivos Específicos	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Recursos	
					Humanos	Materiais
INTRODUÇÃO	Sensibilizar os formandos para a importância do tema da acção de formação	<p>Apresentação do formador</p> <p>Justificação e pertinência do tema</p> <p>Apresentar objectivos da acção de formação</p>	2'	Expositiva	Formador Formandos	<p>Computador Projector</p> <p>Diapositivos PowerPoint</p>

DESENVOLVIMENTO	<p>Explicitar a importância dos cuidados de higiene.</p> <p>Descrever os aspectos que o assistente operacional deve ter em atenção quando auxilia no banho ao utente dependente</p>	<p>Objectivos dos cuidados de higiene.</p> <p>Factores que susceptíveis de provocar alterações na pele</p> <p>Higiene oral, próteses dentárias, cabelo, olhos, higiene parcial.</p> <p>Barreiras protectoras.</p> <p>Princípios do banho ao utente dependente.</p> <p>Desinfecção das mãos e a substituição das luvas nos cuidados de higiene.</p>		<p>Expositiva Participativa</p>		
CONCLUSÃO	<p>Avaliar a acção de formação</p>	<p>Esclarecimento de dúvidas ou questões</p> <p>Conclusão</p> <p>Avaliação da sessão</p> <p>Encerramento</p>	<p>3'</p>	<p>Escrita</p>	<p>Formador Formandos</p>	<p>Ficha de avaliação final (Perguntas inseridas pelos organizadores da acção de formação)</p>

ANEXO XI

Apresentação da acção de Formação “Cuidados ao Utente Algaliado”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CONTROLO DE INFECÇÃO para Assistentes Operacionais

Cuidados ao utente algaliado

Elaborado por:
 Helena Fidalgo

Outubro
 2010

Com o apoio do
 SIF Vagos/ano 1/2010

Objectivos

- Sensibilizar os Assistentes Operacionais para a importância dos cuidados a ter perante um utente algaliado.
- Dar a conhecer os princípios da manipulação do sistema de drenagem vesical pelo Assistente Operacional.

Algaliação

- **Objectivos:**
 - Medir o débito urinário;
 - Prevenir/resolver a retenção urinária;

Risco: entrada de microrganismos pela via urinária

Técnica asséptica

Duração da algaliação

- Deve ser mantida o mínimo tempo possível;
- Aumenta o risco infecção por cada dia de algaliação;

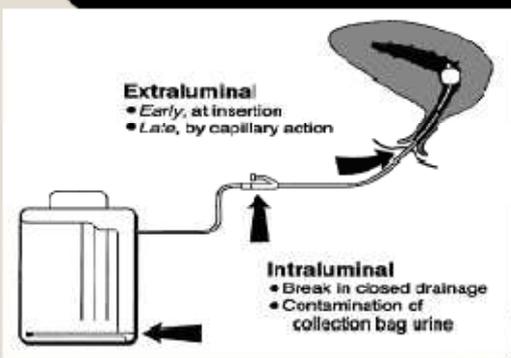


Intervenções do Assistente Operacional

- Cuidados na inserção;
- Duração da algaliação;
- Manutenção do circuito fechado de drenagem;
- Despejo dos sacos de drenagem;
- Tempo de Internamento.



Circuito fechado



Extraluminal

- Early, at insertion
- Late, by capillary action

Intraluminal

- Break in closed drainage
- Contamination of collection bag urine

Cuidados a ter

- Manter o circuito fechado;
- Evitar traumatismos – fixar algália:
 - homem – Abdómen
 - Mulher – Face interna da coxa



Cuidados a ter

- Válvula anti-refluxo e torneira de despejo;
- Saco colector abaixo do nível da bexiga;
- Suporte próprio – nunca a tocar no chão;



Cuidados a ter

- Higiene do meato 1X/dia e SOS
- Evitar humidade – colonização
- Se saída accidental saco colector:
 - Agir de modo a manter o circuito fechado rapidamente;
 - Alertar enfermeiro responsável;



Despejo do saco colector

- Descontaminar as mãos e usar luvas limpas;
- Adaptar saco de recolha – uso único e individualizado
 - Ou um recipiente limpo e individualizado;
- Abrir a torneira e esvaziar o saco;



Despejo do saco colector

- Limpar a torneira com celulose ou compressa embebida em álcool a 70°;
- Despejar o saco de despejo e colocar no contentor próprio;
- Retirar luvas;
- Higiene das mãos;



Banho no WC

- Deve ser feito despejo do saco previamente;
- Utente deve tomar banho acompanhado;
- Cuidados higiene ao meato urinário





Referências Bibliográficas

- **CENTRE FOR DISEASE CONTROL. 2009. GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS** [online] 2010 [citado: 2 Outubro 2010] <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- **COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO. 2008. Manual de Práticas de Prevenção e de controlo de infeção - Prevenção da infeção urinária relacionada com a colocação** [Resposta do 2008]. Lisboa: ICS, 2008. p. 9.
- **MINISTÉRIO NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL. 2004. Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário por colocação de curta duração.** [ed.] Ministério da Saúde. Lisboa: ICS, 2004. p. 18.
- **WONG, Edward S. Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections p. 10 [online] 2010 [citado: 2 Outubro 2010] <http://www.assnurses.com/online/continence/2010/clinical%20para%20prev-ent%20of%20infections%20urinary.pdf>**

ANEXO XII

Apresentação da acção de Formação “Prestação de Cuidados de Higiene
ao Utente Dependente”



CONTROLO DE INFEÇÃO para Assistentes Operativos

Prestação de cuidados de higiene ao utente dependente

Catálogo
2019

Elaborado por:
Cristina Figueira
Com a colaboração de:
Enf. Mariana Almeida

Objectivos

- Sensibilizar os Assistentes Operacionais para a importância para a importância dos cuidados de higiene ao utente dependente.
- Dar a conhecer os princípios fundamentais na higiene do utente dependente.

Objectivos Cuidados Higiene

- Conforto e relaxamento;
- Estimulação da circulação;
- Melhorar a imagem e a auto-estima;
- Manter a pele íntegra
- Barreira de protecção



Alterações das funções da pele podem ser provocadas por

- Meio hospitalar
- Utilização de sabão ou antissépticos de forma abusiva
- Sabão má qualidade
- Não remoção do sabão

Cuidados ao utente dependente

- Higiene oral;
- Higiene do cabelo;
- Cuidados higiene sumários;
- Banho na cama;
- Higiene das mãos.

Higiene oral



A sua ausência pode causar diminuição do apetite, dor, prejudica auto imagem

É essencial antes de o utente ir para o bloco operatório

Higiene oral

Barreiras protectoras

- Luvas
- Máscara com viseira se necessário

Objectivo:

- > Manter as mucosas saudáveis
- > Reduzir a colonização
- > Prevenir conforto



Higiene oral

Quando?

- > Diária e SOS
- > Após alimentação



Que utilizar?

- > Escova dentes, escova língua
- > Espátula montada com compressa;

Próteses dentárias

- > Lavadas diariamente;
- > Se não estão a ser utilizadas: caixa fechada;



Olhos

- Secreções dificultam a abertura dos olhos, causam irritação e infecção;
- Os idosos têm diminuição da lubrificação dos olhos – acumulação pó e bactérias;



Olhos

- Nunca devem ser lavados com gel de banho ou sabões;
- Devem ser limpos do canto interno (junto ao nariz) para o canto externo;



Banho do utente dependente

Frequência:

- > De acordo com a situação – cuidados higiene sumários

Produtos:

- > Sabão líquido (pH neutro, demoprotector com emoliente)
- > Hidratante



Banho do utente dependente

◉ **Barreiras protectoras:**

- › Avental
- › Luvas para a higiene oral e genital
- › Bata com manga comprida e luvas
 - utente com escabiose



Banho do utente dependente - princípios -

◉ Preparação do material

(contaminação do material existente no carro de higiene)

◉ Da cabeça aos pés

◉ Zonas menos sujas para mais sujas



Banho do utente dependente - princípios -

◉ 2 Bacias e várias manâpulas

◉ Atenção à exposição corporal

◉ Atenção às pregas cutâneas

◉ Hidratante no final



Ter em atenção

◉ Trocar luvas e proceder à desinfectação das mãos entre :

- › higiene oral
- › higiene dos genitais

◉ Lavar as mãos no final do banho ao utente



Higiene das mãos

Uma das principais vias de colonização

Objectivo:

- ◉ Manter hábitos de higiene
- ◉ Promover conforto
- ◉ Evitar auto-infecção e/ou infecção cruzada



Higiene das mãos

◉ **Quando:**

- › Antes e após alimentação;
- › Após utilizar arrastadeira /urinol;
- › Sempre que necessário.

◉ **Produtos:**

- › Água e sabão;
- › Toalhete ou compressa embebida em solução alcoólica.





Referências Bibliográficas

- FOITEL, Patrícia A.; FERRY, Anne Gillin - FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM: Conceitos e Procedimentos, Guanabara, 5ª Ed., 2006, p. 1050 ISBN 978-972-8930-24-0

ANEXO XIII

Avaliação das Acções de Formação “Cuidados ao Utente Algaliado” e
“Prestação de Cuidados de Higiene ao Utente Dependente”

Avaliação dos Questionários de Reacção - Formandos

Prevenção e Controlo da Infecção - Intervenção do Assistente Operacional

11 a 13 de Outubro de 2010

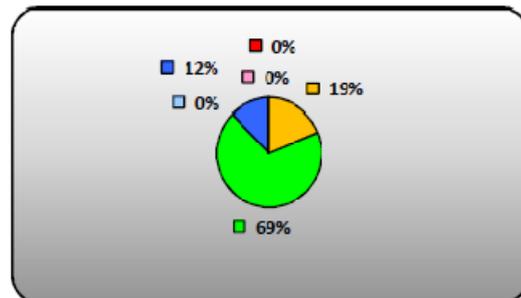
Total de Participantes	16
Total de Questionários	16

1 - Conhecimentos iniciais:

Ao apresentar-se neste curso os seus conhecimentos sobre as temáticas abordadas eram:

Respostas	Total	%
1 - Mau	0	0
2 - Insuficiente	3	19
3 - Suficiente	11	69
4 - Bom	0	0
5 - Muito Bom	2	13
Não Responde	0	0

16

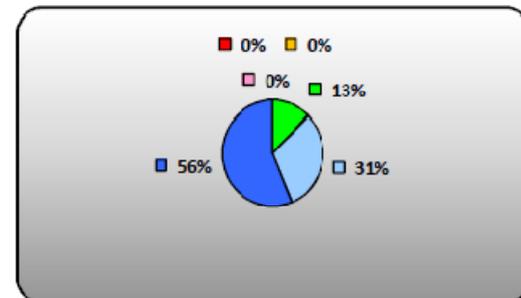


2 - Expectativas:

a) Este curso correspondeu ao que esperava?

Respostas	Total	%
1 - Mau	0	0
2 - Insuficiente	0	0
3 - Suficiente	2	13
4 - Bom	5	31
5 - Muito Bom	9	56
Não Responde	0	0

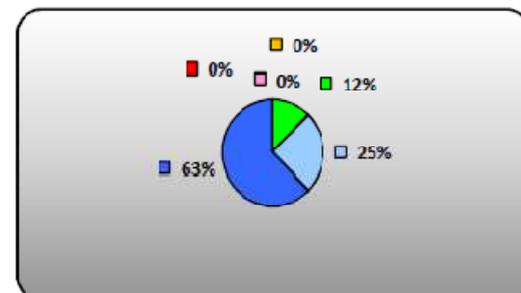
16



b) Considera-o adequado às suas necessidades?

Respostas	Total	%
1 - Mau	0	0
2 - Insuficiente	0	0
3 - Suficiente	2	13
4 - Bom	4	25
5 - Muito Bom	10	63
Não Responde	0	0

16



3 – Formadores:

O Formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?						
Formador	1	2	3	4	5	ÑR
Ana Luisa Pedro	0	0	0	4	12	0
Ana Paiva	0	0	0	5	10	1
Ana Geada	0	0	3	3	9	1
Madalena	0	0	2	4	8	2
Helena Falção	0	0	0	4	11	1

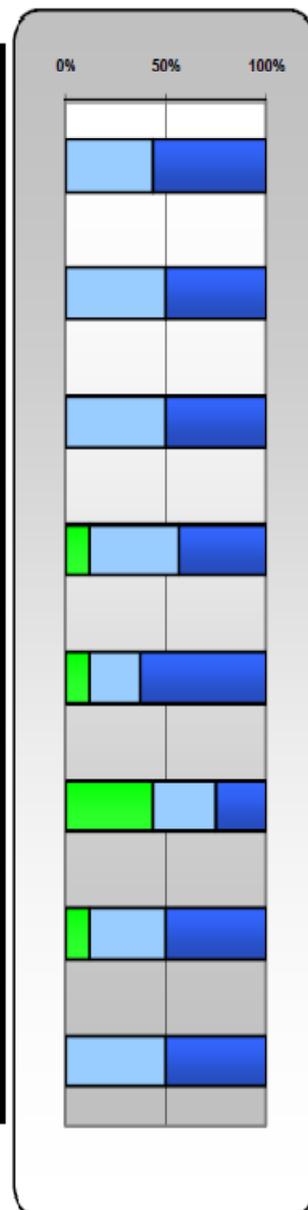
O Formador conseguiu criar um clima propício à participação?						
Formador	1	2	3	4	5	ÑR
Ana Luisa Pedro	0	0	0	3	12	1
Ana Paiva	0	0	0	2	12	2
Ana Geada	0	0	3	1	10	2
Madalena	0	0	0	3	11	2
Helena Falção	0	0	0	2	12	2

O Formador dominava o assunto que expôs?						
Formador	1	2	3	4	5	ÑR
Ana Luisa Pedro	0	0	0	2	12	2
Ana Paiva	0	0	0	1	12	3
Ana Geada	0	0	2	1	10	3
Madalena	0	0	0	2	11	3
Helena Falção	0	0	0	1	12	3

Os métodos utilizados foram os mais ajustados?						
Formador	1	2	3	4	5	ÑR
Ana Luisa Pedro	0	0	2	1	12	1
Ana Paiva	0	0	1	3	10	2
Ana Geada	0	0	3	3	8	2
Madalena	0	0	2	2	10	2
Helena Falção	0	0	2	2	10	2

4 - Funcionamento do Curso:

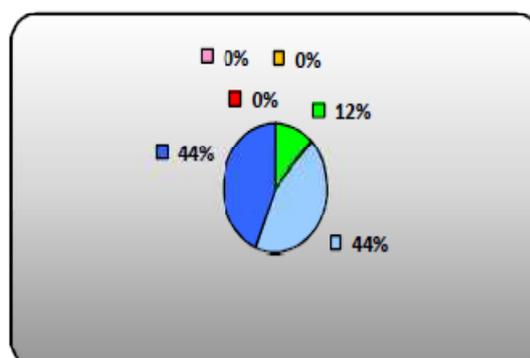
Perguntas	1	2	3	4	5	ÑR
a) Os objectivos eram claros?	0	0	0	7	9	0
b) O conteúdo foi adequado à função que desempenha?	0	0	0	8	8	0
c) Estava bem estruturado?	0	0	0	8	8	0
d) Os textos de apoio distribuídos foram adequados em quantidade e qualidade?	0	0	2	7	7	0
e) Os meios audiovisuais utilizados foram adequados?	0	0	2	4	10	0
f) A duração foi adequada?	0	0	7	5	4	0
g) As instalações eram adequadas?	0	0	2	6	8	0
h) O apoio prestado pela equipa da AGF foi adequado?	0	0	0	8	8	0



5 - Resultados alcançados:

Como classifica os resultados alcançados pela frequência deste curso?

Respostas	Total	%
1 - Mau	0	0
2 - Insuficiente	0	0
3 - Suficiente	2	13
4 - Bom	7	44
5 - Muito Bom	7	44
Não Responde	0	0



ANEXO XIV

Proposta de Instrumento de Auditoria ao Procedimento Algaliação de Curta
Duração

Auditoria

Algáliação de Curta Duração

De entre as várias infecções associadas aos cuidados de saúde, a infecção urinária nosocomial ocupa um lugar de destaque. O presente documento foi baseado nas *guidelines* preconizadas e o seu objectivo é promover a sua uniformização das práticas de cuidados ao doente algaliado

Preparação	Sim	Não	N/A	Comentários
A algália é seleccionada de acordo com a duração e no calibre mais pequeno (Mulheres 12-14 Ch, Homens 14-16Ch)				
É feita a lavagem das mãos antes do procedimento				
Técnica de Inserção				
É efectuada a higiene genital prévia				
São utilizadas luvas limpas na lavagem do meato urinário				
O meato é limpo com soro fisiológico				
É feita a desinfecção higiénica das mãos antes da colocação das luvas esterilizadas				
É feita lubrificação da uretra com gel anestésico estéril individualizado				
A inserção é efectuada de forma asséptica				
A algália é conectada a um saco estéril e com válvula				
É documentada a data, motivo de inserção, tipo e número da algália				
Manutenção do sistema				
O sistema de drenagem é mantido abaixo do nível da bexiga em suporte próprio				
O cateter urinário está fixo de forma a evitar traumatismos				
O sistema de drenagem mantém-se fechado (apenas interrompido por razões clínicas ou despejo do saco)				
A higiene diária do meato é parte da higiene pessoal				
Despejo do saco de drenagem				
São utilizadas luvas limpas para o despejo do saco de drenagem				
As luvas são substituídas entre doentes				
É feita higienização das mãos entre utentes				
O saco de despejo é de uso único e individualizado				
A torneira é encerrada após o despejo do saco de drenagem				
A torneira é limpa após remover o saco de despejo				

ANEXO XV

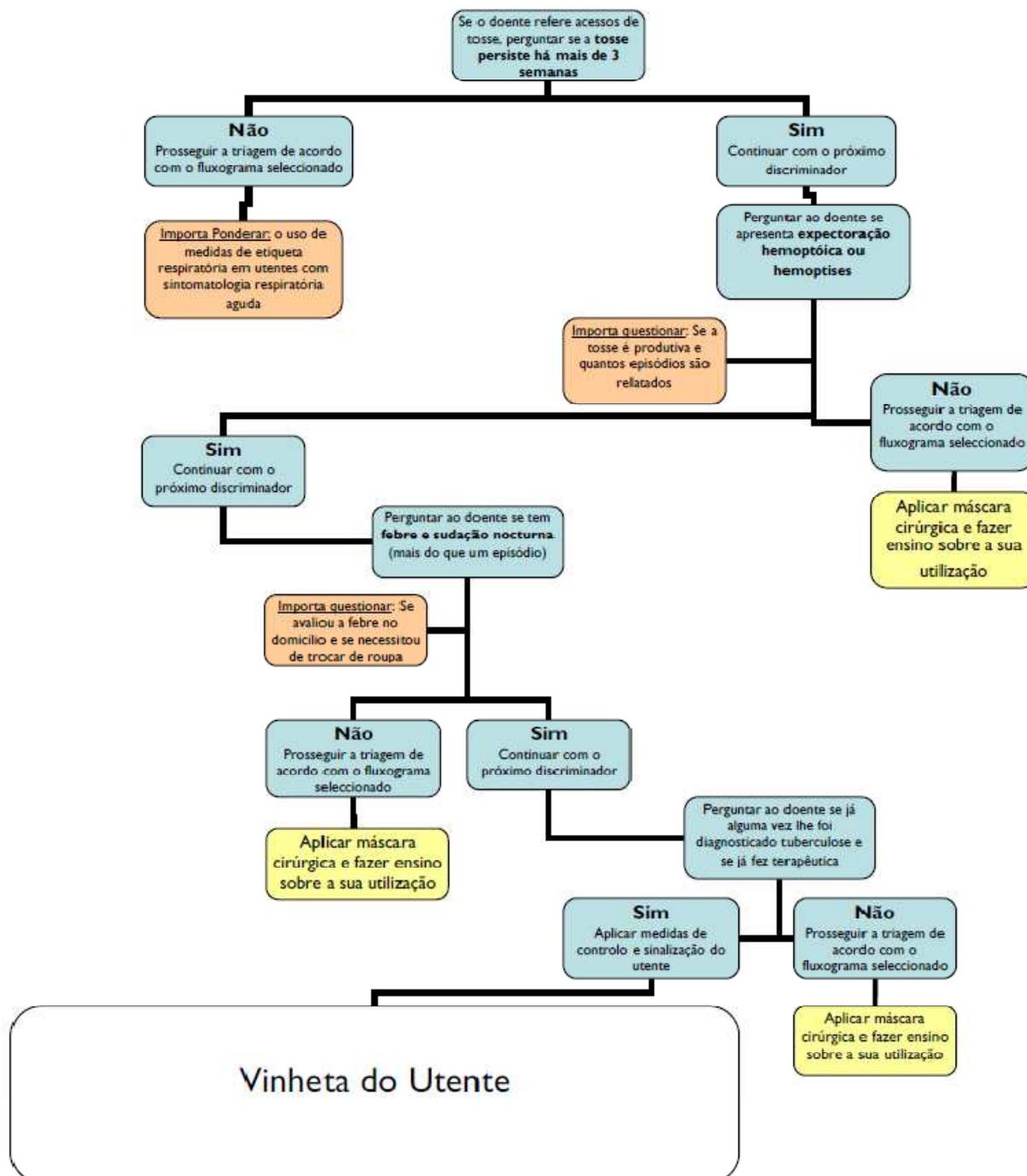
Fluxograma de Operacionalização no Serviço de Urgência do
Procedimento Multisectorial Prevenção e Controlo da Tuberculose
Nosocomial

PREVENÇÃO E CONTROLO DA TUBERCULOSE NOSOCOMIAL – CCIH. 107

Contexto: Adaptação aos Fluxogramas da Triage de Manchester no Serviço de Urgência do CHLC, em doentes com queixas de patologia respiratória inespecífica.

Objectivo: Identificação precoce de doentes com suspeita ou confirmação de tuberculose, que permitam a operacionalização de medidas de prevenção e controlo da transmissão cruzada do *Mycobacterium tuberculosis* neste Serviço.

Nota: Este organigrama não substitui a aplicação das Precauções Básicas (*etiqueta respiratória*) em utentes com sintomatologia respiratória aguda, de acordo com as afecções sazonais características da nossa população-alvo de cuidados, como por exemplo, as Síndromes Gripais.



ANEXO XVI

Instrumento de Colheita de Dados para Avaliação do Risco de Infecção do
Doente Admitido pelo Serviço de Urgência

AValiação DO RISCO DE INFEcÇÃO DO DOENTE ADMITIDO PELO SERVIÇO DE URgÊNCIA

<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 100px; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Vinheta do Doente</p> </div>	
Diagnóstico de entrada	_____
Proveniência	<input type="checkbox"/> Outro Hospital/Serviço <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Continuados Integrados <input type="checkbox"/> Cuidados Domiciliários <input type="checkbox"/> Lar de Idosos <input type="checkbox"/> Domicílio (Sem prestação de Cuidados de Saúde) <input type="checkbox"/> Via Pública
Suspeita de Infecção/ Infecção Diagnosticada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ➔ Qual _____
FACTORES DE RISCO INTRÍNSECO	
Idade	<input type="checkbox"/> 16 - 65 Anos <input type="checkbox"/> ≥ 65 Anos
Comorbilidades	<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Mellitus</i> <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Crónica <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crónica <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crónica <input type="checkbox"/> Imunossupressão (Neoplasia, Doença Auto-Imune, VIH / SIDA, Transplante)
Antecedentes Relevantes	<input type="checkbox"/> Múltiplos Internamentos <input type="checkbox"/> Infecção Prévia a Microrganismos Multiresistentes (documentada) <input type="checkbox"/> Antimicrobianos Hábitos Medicamentosos: <input type="checkbox"/> Imunossupressores <input type="checkbox"/> Corticóides <input type="checkbox"/> Quimioterapia e/ou Radioterapia
Escala Coma Glasgow	<input type="checkbox"/> 15 – 13 <input type="checkbox"/> 12 – 9 <input type="checkbox"/> 8 – 3

AVALIAÇÃO DO RISCO DE INFEÇÃO DO DOENTE ADMITIDO PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA

<p>Nutrição</p>	<input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Prega cutânea	
<p>Mobilidade/ Índice de Katz</p>	<input type="checkbox"/> 6 – 8 (Independente) <input type="checkbox"/> 9 – 12 (Parcialmente dependente) <input type="checkbox"/> 13 – 18 (Totalmente dependente)	
<p>Integridade Cutânea</p>	<input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão <input type="checkbox"/> Úlcera Venosa <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial	<input type="checkbox"/> Ferida Cirúrgica Infectada <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Ferida Traumática
<p>Presença de Próteses Internas</p>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim abdominais valvulares vasculares (FAV) ortopédicas	
<p>FACTORES DE RISCO EXTRÍNSECO</p>		
<p>Dados de Exposição do Doente</p>	<input type="checkbox"/> Ventilação Invasiva Assistida <input type="checkbox"/> Cateter Intravascular (venoso e arterial): <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Cateter de Hemodiálise Provisório <input type="checkbox"/> Cateter Central com Câmara Subcutânea <input type="checkbox"/> Linha arterial <input type="checkbox"/> Drenagem Ventricular Torácica Abdominal <input type="checkbox"/> Cirurgia no último mês (inclui ferida operatória, drenos e estoma) <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Cateter Urinário ou Algália/Sonda Vesical (inclui cistocater, nefrostomia e uretostomia)	

ANEXO XVII

Documento de Apoio ao Instrumento de Colheita de Dados para Avaliação
do Risco de Infecção do Doente Admitido pelo Serviço de Urgência



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DO RISCO DE INFECCÃO DO DOENTE ADMITIDO PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO HOSPITALAR
HOSPITAL SÃO JOSÉ

Alunas: Helena Isabel Soares Cunha Palhares Falcão

Maria Goreti Martins da Silva

Sob orientação de: Enfermeira Madalena Almeida

Tutora: Professora Isabel Rabiais

Lisboa, Novembro de 2010

SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – *Center for Disease Control*

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

FAV – Fístula Arteriovenosa

GGR – Gabinete de Gestão de Risco

HCIS – *Healthcare Information System*

HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos

HSJ – Hospital de São José

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INCS – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

ICN – International Council of Nurses

IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção

MUST – *Malnutrition Universal Screening Tool*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção

SU – Serviço de Urgência

UCCI – Unidade de Cuidados Integrados Continuados

UPP – Úlcera Por Pressão

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

p.

<u>INTRODUÇÃO</u>	4
<u>1 – ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA</u>	5
<u>2 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS</u>	8
2.1 – DIAGNÓSTICO DE ENTRADA	10
2.2 – PROVENIÊNCIA DO DOENTE	10
2.3 – INFEcÇÃO DIAGNOSTICADA	11
2.4 – FACTORES DE RISCO INTRÍNSECO	11
2.4.1 – <u>Idade</u>	11
2.4.2 – <u>Comorbilidades</u>	12
2.4.3 – <u>Antecedentes Relevantes</u>	13
2.4.4 – <u>Escala Coma de Glasgow</u>	15
2.4.5 – <u>Nutrição</u>	16
2.4.6 – <u>Mobilidade / Índice de Katz</u>	16
2.4.7 – <u>Integridade Cutânea</u>	17
2.4.8 – <u>Presença de Próteses</u>	19
2.5 – DADOS DE EXPOSIÇÃO DO DOENTE	20
<u>3 - APRECIACÃO GLOBAL DO INSTRUMENTO</u>	24
<u>4 – CONCLUSÃO</u>	27
<u>5 – BIBLIOGRAFIA</u>	28
<u>6 – ANEXOS</u>	33
ANEXO I – Procedimento Multisectorial – Metodologia de Identificação e Avaliação de Riscos – GRI.103	34
ANEXO II – Instrumento de Avaliação do Risco de Infecção no Doente Admitido no Serviço de Urgência	35

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) inserido no Mestrado de Natureza Profissional – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, a decorrer de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, foi-nos proposto pela Enfermeira Madalena Almeida realizar os primeiros passos do que se pretende que seja uma Escala de Avaliação do Risco de Infecção no Doente Admitido pelo Serviço de Urgência. O objectivo principal é identificar e avaliar os factores de risco do doente admitido pelo Serviço de Urgência (SU), de forma a estabelecer um nível de risco de infecção individual e optimizar a gestão da organização e planeamento de cuidados/procedimento adequados, contribuindo para uma gestão de risco mais eficaz.

O nosso projecto surge assim de uma necessidade sentida pela CCI a par da nossa vontade de colaborar nas Áreas de Gestão de Risco e de Prevenção e Controlo de Infecção. Devido à limitação temporal do Ensino Clínico (180 horas) insuficiente para a concretização de todo o projecto, estabelecemos que durante este período seria elaborado o instrumento de avaliação de risco de infecção do doente admitido pelo SU e na validação dos descritores por peritos e por enfermeiros do SU do CHLC – Hospital de São José (HSJ).

Num futuro próximo gostaríamos de fomentar a colaboração estreita entre o Gabinete de Gestão de Risco (GGR) e a CCI de forma a elaborar uma escala de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo serviço de urgência e sua validação para posteriormente proceder à fase de implementação no SU com a informatização da folha e sua anexação ao processo do doente. A longo prazo seria pertinente a implementação em todo o CHLC (com as devidas adaptações às especificidades de cada serviço) de modo a proceder à reavaliação e adequação das práticas de acordo com o nível de risco de cada doente e, desta forma, poder ser um novo instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Este documento pretende enumerar os descritores considerados pertinentes no SU, com base nas evidências científicas encontradas, sumarizando a definição e a relação de cada um dos descritores de forma a permitir a sua continuidade pois o seu objectivo é constituir um ponto de partida para a elaboração de um trabalho de investigação futuro, fomentar a sua continuidade a outros Serviços da Instituição, considerado como uma das prioridades no âmbito da Qualidade e da Segurança dos Cuidados, contribuindo para a melhoria da prestação de Cuidados de Enfermagem assente nos Padrões de Qualidade descritos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), dinamizando uma Cultura de Segurança do doente e profissionais da nossa Instituição.

Seguidamente será realizado o enquadramento da temática salientando a pertinência deste instrumento, baseado nas evidências científicas consultadas, seguindo-se a definição sumária dos vários descritores, a apreciação dos peritos e enfermeiros do SU do HSJ e por último a conclusão.

I – ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

A avaliação do risco de infecção é um tema relacionado com duas áreas de intervenção da profissão de Enfermagem: Gestão de Risco e Prevenção e Controlo de Infecção. Apesar de serem duas áreas muito vastas, optámos por nos centrar na identificação dos factores de risco que permitam proceder à Avaliação do Risco de Infecção do Doente, concretamente os factores de risco intrínseco e extrínseco aquando da admissão do doente pelo SU.

Foram várias as razões que nos conduziram à escolha deste tema. Por um lado, a Política da Gestão de Risco tem sido um grande aposta do CHLC, a propósito do Processo de Acreditação, uma vez que orienta a tomada de decisão dos profissionais sobre uma utilização mais eficaz dos recursos existentes, minimizando os riscos para os doentes, profissionais, visitas e, em última análise, para a própria Instituição. Por outro, a Prevenção e Controlo de Infecção é da responsabilidade de todos os profissionais, em especial do enfermeiro, cuja prática diária interfere directamente na problemática da emergência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

As IACS, de acordo com estudos nacionais e internacionais, estão entre as principais causas de mortalidade e morbilidade, correspondendo ao aumento de 6 a 12 dias de internamento, com o consequente aumento de custos (WILSON, 2006, p. 50; TONG *et al*, 2009, p.2). O aumento de custos está relacionado com o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos, a administração de antimicrobianos (localização da infecção, infecções multirresistentes), outra medicação (soroterapia, drogas vasoactivas), os exames complementares de diagnóstico, tratamentos vários e a própria diária hospitalar, a que se associam custos sociais pela baixa de produtividade relacionada com a diminuição da actividade profissional, e ainda outros custos não mensuráveis como o sofrimento pessoal e familiar.

As IACS são um conceito mais abrangente que o de Infecção Nosocomial, no sentido em que diz respeito a todos os cuidados de saúde prestados em diversos contextos, nomeadamente as relacionadas com a prestação de cuidados invasivos (como Clínicas de Hemodiálise) e as associadas à prestação de cuidados de reabilitação, recuperação e manutenção de doentes em situação de doença crónica (como no Domicílio, Unidades de Cuidados Integrados, Lares de Idosos).

Existem vários factores que predis põem para o aumento da frequência e da severidade das IACS, nomeadamente, a susceptibilidade do hospedeiro (objecto deste projecto), as intervenções terapêuticas com recurso a tecnologia invasiva complexa, o comportamento dos profissionais de saúde, os factores ambientais, organizacionais e a resistência aos antimicrobianos.

Neste momento, a emergência da resistência aos antimicrobianos é considerada a principal razão da dificuldade no controlo das IACS, que constitui a segunda causa de morte em todo o Mundo. Neste sentido, está preconizado que as Instituições de Saúde desenvolvam um programa eficaz na prevenção e controlo de infecção, através da monitorização das resistências bacterianas e de um programa eficiente da utilização de antimicrobianos que obrigue a uma utilização criteriosa dos

mesmos. (Ministério da Saúde, Despacho n.º 20729/2008 – Programa Nacional de Resistência aos Antimicrobianos)

Prever e gerir o risco associado à infecção, bem como a monitorização e a manutenção das boas práticas são essenciais. A identificação de doentes em risco, pressupõe um planeamento de cuidados de forma a gerir e prevenir a aquisição e/ou agravamento de infecções (WILSON, 2006, p.48). “A determinação dos factores de risco aumenta a segurança do doente” (SAINT et al, 2006, p.401).

O CHLC está na vanguarda do desenvolvimento de uma Política de Gestão de Risco, e está a implementar os vários hospitais esta metodologia. Inserido nesta Política e de forma a facilitar a sua implementação, foi desenvolvido o procedimento multisectorial – Metodologia de Identificação e Avaliação de Risco (Anexo I), visto que “o CHLC está empenhado em minimizar todos os riscos até um nível tão baixo quanto o recomendável, com base nas melhores práticas” (CHLC, 2009, p.3). Esta implementação é da responsabilidade do GGR cuja avaliação global dos riscos é efectuada em várias áreas, nomeadamente, o Controlo de Infecção.

Tendo em conta os nossos objectivos e segundo as etapas da metodologia de identificação e avaliação de risco, procedemos à identificação dos factores de risco (intrínsecos e extrínsecos) e das pessoas expostas aos mesmos “ (...) deve ter-se presente de que os doentes são vulneráveis e são os que têm mais probabilidade de serem lesados” (CHLC, 2009, p.5), direccionando este instrumento de avaliação do risco de infecção para o doente.

A metodologia de identificação e avaliação de risco implica a análise das consequências do risco e a probabilidade da sua ocorrência, de forma a orientar os profissionais sobre a necessidade da implementação de medidas de melhoria e redução da gravidade das consequências dos incidentes. Nesta sequência de pensamento, este trabalho vai de encontro aos domínios estabelecidos no procedimento multisectorial já referido (Anexo I), designadamente, o **Impacto na Segurança dos doentes, profissionais ou público** e a **Qualidade/queixas/auditorias**.

Em termos da avaliação dos riscos associados à problemática abordada neste projecto, importa determinar a consequência e a probabilidade com o objectivo de determinar a prioridade para a acção. Assim, no que diz respeito à consequência, a nível do impacto na segurança dos doentes, profissionais ou público, este projecto vai de encontro aos descritores:

- “Aumento da duração do internamento 4-15 dias;
- Infecção nosocomial”

que correspondem a consequência do risco moderado (nível 3). No entanto também se podem considerar os seguintes descritores:

- “Aumento da duração do internamento > 15 dias;
- Infecção nosocomial prolongada”

o que corresponde a uma consequência do risco severo (nível 4).

No que diz respeito à Qualidade/queixas/auditorias considera-se o descritor “implicações major sobre a segurança dos doentes se não forem tomadas medidas”, com consequência de risco moderado (nível

3) e o descritor “*não conformidade com as normas/legislação nacional*” que implica risco significativo para os doentes se não for resolvido como consequência de risco severo (nível 4).

Relativamente à probabilidade, em contexto de infecção hospitalar, não é possível obter medidas temporais exactas, pelo que só é possível obter dados relativamente à frequência da ocorrência de infecção através da taxa de prevalência de infecção nosocomial, neste caso em particular, do CHLC – HSJ visto a estar direccionado para o SU Polivalente. Segundo o Inquérito de Prevalência de Infecção (IPI) de 2010 desta instituição (2010, p. 4), a taxa de prevalência de infecção corresponde a 20,15%. Considerando a metodologia da identificação e avaliação do risco do CHLC, este valor (20,15%) enquadra-se no intervalo 10-50%, ou seja é provável que ocorra (nível 4).

Assim, e utilizando a fórmula preconizada de classificação do nível de risco que é igual à consequência X probabilidade ($R = C \times P$), temos de considerar o nível de consequência mínima obtida de 3, o que equivale à seguinte fórmula $3 \times 4 = 12$, ou seja, o risco de controlo de infecção encontra-se obrigatoriamente no intervalo 8-14 = Risco Elevado.

O nível de Risco Elevado, segundo as prioridades estabelecidas para acção e, de acordo com a classificação de nível de risco, implica (CHLC, 2009, Anexo 3):

- *“Medidas implementadas o mais rápido possível, imediatas para reduzir o risco não ultrapassando os 6 meses.*
- *Se a redução do risco depender do uso de recursos, este nível de risco exige uma utilização imediata de recursos major até que se consiga reduzi-lo para um nível mais baixo.*
- *Estabelecer um plano de prioridades e custos de tratamento do risco, identificando e avaliando os recursos necessários”.*

A prevenção e controlo de infecção constitui assim, um objectivo primordial e prioritário para a protecção dos doentes e dos profissionais e segurança nos cuidados, bem como para a promoção da qualidade dos cuidados da saúde, obrigando a um processo de mudança de comportamento na melhoria das práticas que implica uma abordagem e responsabilidade multiprofissional. A própria Política de Gestão de Risco instituída, vem reforçar a prioridade e urgência do estabelecimento de medidas de acção sobre esta temática a que este instrumento pretende vir a dar o seu contributo.

2 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Pretende-se que este instrumento de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo SU (Anexo II), seja aplicado apenas aos doentes que forem internados pelo SU visto serem aqueles que são admitidos em situações imprevistas e urgentes ou emergentes e que requerem práticas e procedimentos imediatos e não planeados que poderão à partida provocar mais riscos, razão pela qual excluímos os doentes provenientes da consulta externa por corresponderem a situações programadas e planeada. *“Devido à pressão que sucede num Serviço de Urgência aquando da recepção de um doente, em especial em risco imediato de vida é difícil, se não mesmo impossível preservar as recomendações de assepsia”* (AYLIFFE et al, 2000, p.296). A escolha do SU reside também no facto de ser a maior “porta de entrada” de doentes na Instituição e, é aqui que se iniciam as medidas de prevenção e controle de infecção com vista à segurança de doentes e profissionais.

Numa instituição hospitalar, todos os doentes estão expostos a riscos ambientais de vária ordem. Os doentes que são internados pelo SU são expostos aos mesmos riscos ambientais, motivo pelo qual estas variáveis não são consideradas para este documento. Os factores mais influentes são as variáveis intrínsecas (individuais) e extrínsecas existentes e que predispõe o doente à aquisição de uma infecção. *“O conhecimento dos vários factores de risco que predispõe os doentes à infecção podem ajudar a identificar os doentes em risco, aumentar a sua resistência à infecção o mais possível antes do procedimento cirúrgico bem como numa procura mais atenta de possíveis sinais de infecção pós-operatória”* (WILSON, 2006, p.183). Foi com base nestes pressupostos que nos centrámos nas variáveis intrínsecas e extrínsecas para a elaboração do instrumento de Avaliação do Risco de Infecção do Doente Admitido pelo Serviço de Urgência.

Pretende-se que este instrumento seja de preenchimento fácil e rápido, no momento do internamento do doente. No entanto, devido ao fluxo elevado de doentes internados e à escassez de recursos humanos fazem com que o preenchimento dos vários documentos, constituintes do processo do doente, seja algo complexo, ao que se associada a facto de serem vários os sistemas de informação implicados no processo de admissão e internamento dos doentes. Perante estes factos, e de forma a facilitar o preenchimento do instrumento, procedemos à organização e estruturação dos descritores de forma simples e de fácil preenchimento, de acordo com a sequência das informações recolhidas aquando do preenchimento do processo do doente para internamento (colheita de dados) Com o propósito de clarificar e uniformizar a linguagem utilizada, definimos cada uma das variáveis consideradas. Nesse sentido e porque se prevê que seja aplicado por enfermeiros, procurámos utilizar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), proposta pela Internacional Council of Nurses, (ICN), no entanto, revelou-se pouco explícita em alguns dos descritores, pelo que foi necessário procurar outras fontes bibliográficas de forma a clarificar alguns conceitos.

Seguidamente, serão apresentadas as definições de Serviço de Urgência, Cuidados de Saúde, Risco, Factores de Risco, Infecção, IACS e Doente consideradas na elaboração deste instrumento, bem

como dos restantes descritores baseados nas evidências científicas, considerados importantes para o risco de infecção no SU e as relações encontradas entre os mesmos.

- **Serviço de Urgência**

Unidade de cuidados de saúde (ICN, 2005, p.167)

- **Cuidados de Saúde**

Os serviços prestados aos indivíduos e às comunidades por agentes dos serviços de saúde, ou outras profissionais, com o fim de promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde (e facilitar a sua recuperação, quando perdida) (LAST, 1995, p.97).

- **Risco**

“A probabilidade da ocorrência de um acontecimento, por exemplo, da doença ou falecimento de um indivíduo, no decurso de um dado período de tempo, ou idade.” (LAST, 1995, p.174).

- **Factor de Risco**

“Qualquer aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, de uma exposição ambiental ou de uma característica herdada que, com base em resultados de estudos epidemiológicos, se sabe estar associado com a ocorrência de uma ou mais doenças, ou outras condições de saúde – e que, portanto, se julga importante de ver evitar (ou pelo menos reduzir e controlar”. (LAST, 1995, p.174).

- **Microrganismo**

“Organismo com as características específicas: organismo microscópico que influencia a vida e desenvolvimento dos seres humanos” (ICN, 2005, p.38).

- **Infecção**

“Processo patológico com as características específicas: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio – anticorpo” (ICN, 2005, p.51).

“Entrada e desenvolvimento, ou multiplicação, de um agente infeccioso num hospedeiro (homem ou animal) (...) o resultado de uma infecção pode ser manifesta, discreta, atípica ou completamente inaparente. Distingue-se infecção (causado em regra, por microorganismos, tais como vírus, bactérias, espiroquetas e alguns outros germes patogénicos) de infestação (em que a presença do agente externo transmissível costuma permanecer apenas no exterior do corpo do hospedeiro (pedicose, sarna) (...))” (LAST, 1995, p.110).

- **Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)**

“Define-se por infecção sistémica ou localizada resultante de uma reacção adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas), resultante da prestação de cuidados de saúde. Deve ser evidente que a infecção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar” (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2009, p.9; WILSON, 2006, p.45).

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (DGS), uma IACS *“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. Este conceito refere-se a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, incluindo ambulatório” (2007, p.4).

- **Doente – Indivíduo** (ICN, 2005, p. 172)

2.1 – DIAGNÓSTICO DE ENTRADA

Atribuído pelo médico responsável pelo doente e é o motivo pelo qual foi decidido o internamento do doente. Nem sempre o diagnóstico de entrada tem no seu âmago um processo infeccioso pelo que se torna relevante o estabelecimento ou não dessa relação.

2.2 – PROVENIÊNCIA DO DOENTE

Importa referenciar se o doente vem encaminhado de outro serviço e/ou outro hospital dada a possibilidade de uma exposição a microrganismos, em especial multirresistentes no serviço/hospital de origem. A diferenciação entre cuidados domiciliários ou cuidados integrados prende-se com o facto de a pessoa estar a usufruir de cuidados de saúde e, como tal, existe a possibilidade de desenvolver infecções associadas aos cuidados de saúde. Estas situações não são de considerar se a pessoa vem do domicílio e não usufrui de cuidados de saúde, pelo que se prevê que o risco de infecção seja menor. Os critérios relativos à proveniência do doente definem-se como:

- **Hospital**

Instituição de saúde (ICN, 2005, p.168)

- **Serviço de Saúde**

“Recursos com características específicas: provisão de instituições, como hospitais e centros de saúde, bem como de pessoas qualificadas para assumir as tarefas de prevenir a doença, promover e manter a saúde” (ICN, 2005, p.121).

- **Cuidados Continuados Integrados**

“Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (Decreto - Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho).

- **Cuidados Domiciliários**

Cuidados de saúde (ICN, 2005, p.122)

Os cuidados domiciliários representam a componente do cuidado de saúde global continuado. Desta forma, os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da deficiência ou da doença terminal (in Revista Nursing nº 216, Dezembro 2006, p.1).

- **Lar de idosos**

Estrutura social (ICN, 2005, p.168)

- **Domicílio**

Estrutura social (ICN, 2005, p.168)

2.3 – INFECÇÃO DIAGNOSTICADA

Quando o doente é admitido pelo SU, pode apresentar um diagnóstico médico de infecção (variável já definida anteriormente) que pode não corresponder ao diagnóstico de entrada. Este dado é importante na distinção entre infecção nosocomial e a infecção adquirida na comunidade.

2.4 – FACTORES DE RISCO INTRÍNSECO

Existem factores relacionados com características individuais de cada doente que o tornam num hospedeiro susceptível à infecção, encontrando-se descritos na literatura consultada os extremos de idade, as comorbilidades (doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes *mellitus*, insuficiência renal crónica, neoplasias, VIH) e a gravidade da doença aguda, ou seja, o motivo pelo qual o doente recorreu ao SU (como por exemplo, trauma, cirurgia, queimadura). Além destes factores, consideramos importante para este trabalho englobar neste item outros antecedentes relevantes (múltiplos internamentos, infecção prévia a microrganismos multirresistentes, antimicrobianos, hábitos medicamentosos), a escala coma de Glasgow, o estado nutricional, a mobilidade, a integridade cutânea e a presença de próteses internas, pois segundo as evidências consultadas, são também variáveis individuais que têm influência sobre o risco de infecção.

2.4.1 – Idade

O SU do HSJ é uma Urgência Polivalente que admite apenas doentes em idade adulta (a partir dos 16 anos de idade) pelo que não são considerados para este instrumento, doentes com idade inferior.

Segundo a DGS, idoso é “ (...) *todo aquele que tem 65 anos ou mais de idade*” (2006, p.7) e foi esta a definição utilizada para diferenciar faixas etárias dos doentes que recorrem ao SU e foi por esse motivo que estabelecemos apenas duas faixas etárias: o doente idoso (idade maior ou igual a 65 anos) e os restantes (dos 16 aos 64 anos).

A idade avançada está associado a um maior risco de desenvolvimento de infecção pela diminuição da capacidade de resposta do sistema imunitário (YANG *et al*, 2010, p.403). WILSON (2006, p.78) também partilha desta ideia, afirmando que os “*Idosos têm uma resposta imunitária diminuída, em particular os linfócitos T, e são mais susceptíveis à infecção. Nos idosos saudáveis estas alterações têm habitualmente um significado clínico limitado.*”

De acordo com Smith *et al* (2008) as alterações imunitárias nos residentes idosos são aumentadas por um conjunto de factores de risco que podem produzir disfunção imunológica secundária por desnutrição, presença de múltiplas doenças crónicas, polimedicação (medicamentos que diminuem as defesas do hospedeiro (ex. imunossuppressores, antibióticos, corticoides...), os défices cognitivos que também influenciam a adesão do residente às práticas básicas de higiene (mãos e higiene pessoal, as limitações funcionais (incontinência fecal e urinária), a imobilidade, a diminuição do reflexo da tosse entre outros factores, são relevantes para o aumento do risco de infecção dos idosos.

2.4.2 – Comorbilidades

Entenda-se por comorbilidades “ (...) doenças que existem, ou podem surgir em indivíduos participantes de qualquer estudo para além da doença ou problema de saúde em estudo” (LAST, 1995, p.54). O estado de saúde é uma das variáveis individuais que interfere na resistência à infecção (WILSON, 2006, p.78; YOUNG *et al*, 2005, p.42). Segundo as evidências consultadas, as comorbilidades mais influentes na aquisição de uma infecção são:

- **Diabetes Mellitus**

Citado por vários autores como factor importante para a aquisição de infecções (WILSON, 2006, p.48; SEGERS *et al*, 2006, p.442; CHEN *et al*, 2010, p.65).

Interfere com a fagocitose dos glóbulos brancos e causa um aumento da susceptibilidade e do risco de infecção, sendo enunciada por vários autores como um dos factores de risco para a aquisição de infecção. O controlo da hiperglicémia é uma medida importante para reduzir o risco de infecção (WILSON, 2006, p.183).

- **Doenças Crónicas**

As doenças crónicas são multifactoriais podendo não estar associados a risco de infecção. Contudo, podem advir de infecções anteriores, uma vez que as interacções entre o ser humano, os agentes microbianos e o ambiente, com o desenrolar do tempo determinam uma exposição prolongada aos agentes microbianos e às infecções (O’CONNOR *et al*, 2006, p.1051-1056).

- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**

Considerado um dos factores de risco do doente em vários estudos (SEGERS *et al*, 2006, p.442), em especial em situações de ventilação invasiva (DÍAZ *et al*, 2010, p.189).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas (DGS, 2005, p.4). A DPOC é, ainda, responsável por uma elevada frequência de consultas médicas e de serviços de urgência, assim como por um significativo número de internamentos hospitalares, frequentemente prolongados, além de contribuir para o consumo de fármacos e de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração (DGS, 2005, p.4).

- **Doença Hepática Crónica**

Doentes com alterações da função hepática ou fluxo biliar podem apresentar modificações na concentração, no metabolismo e excreção dos antibióticos. Em doentes com insuficiência hepática com ascite, existe maior volume para distribuição de antibióticos, o que leva a uma redução de suas concentrações no sangue e tecidos. Nesses casos, os antibióticos não são metabolizados ou têm pouca metabolização hepática (MARTINS, 2001, p.1046).

- **Insuficiência Renal Crónica**

Citados por vários autores como factor de risco para a aquisição de infecções (SEGERS *et al*, 2006, p.442). Doentes em hemodiálise têm risco acrescido de infecções (NABI *et al*, 2010, p.1091; HAN *et al*, 2010, p.671).

- **Doente Inunocomprometido**

Tem sido citado por vários autores como factor de risco na aquisição de infecções (WILSON, 2006, p.48; TONG *et al*, 2009, p.6; ABRUTYN *et al*, 2001, p.1176; HAN *et al*, 2010, p.671).

Sendo que o doente imunocomprometido é aquele cujos mecanismos imunitários estão deficientes devido a doenças imunológicas (infecção por VIH, leucemia, linfoma) ou submetidos a esplenectomia, transplante, quimioterapia citotóxica, corticóides em doses elevadas (DGS, 2009, p. 34). As fontes primárias de infecção são bactérias e fungos da sua própria flora endógena, viroses respiratórias e esporos dispersos no ar, microrganismos das mãos dos profissionais e viroses latentes (MARTINS 2001, p. 638).

Devido à panóplia de patologias associadas ao doente imunocomprometido, baseámo-nos em WILSON (2006, p. 78-82) para destriçar entre neoplasia, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) /SIDA, doença auto-imune e doente transplantado, pois estas são as patologias que têm maior expressão em termos nacionais, maior impacto em termos de custos na saúde e maior preocupação na prestação de cuidados relacionados com a prevenção da infecção.

No entanto, consideramos que o risco de infecção é o mesmo para qualquer uma das variáveis pois segundo WILSON (2006, p.80) o risco de vida inerente a infecção adquirida no hospital, num doente com alterações severas do sistema imunitário, é igual. Isto deve-se ao contacto com outros doentes e profissionais de saúde e a procedimentos invasivos que afectam as suas defesas contra os microrganismos.

2.4.3 – Antecedentes Relevantes

Neste parâmetro foram considerados outros factores relacionados com a Área da Prevenção e Controlo de Infecção Hospitalar e relevantes como potenciais riscos de infecção acrescidos para o doente.

- **Múltiplos Internamentos**

Os doentes internados num hospital, com doença aguda, rapidamente alteram a sua flora bacteriana normal (WILSON, 2006, p.48).

De entre os factores de risco que aumentam a probabilidade de adquirir uma IACS, salientamos o facto de que os cuidados prestados em meio hospitalar são um risco elevado devido ao contacto com os profissionais de saúde, outros doentes e equipamentos. De acordo com WILSON (2006, p.47, 49) 8% dos doentes admitidos num hospital adquirem uma infecção durante o internamento. O risco de infecção é particularmente elevado nos hospitais onde existe uma população microbiana intrinsecamente resistente à utilização de antimicrobianos mais comuns.

- **Infecção Previa a Microrganismos Multirresistentes (documentada)**

Microrganismo multirresistente é aquele em que a concentração de antibiótico (igual à utilizada em situações de microrganismos sensíveis), não inibe nem liquida o metabolismo e a reprodução bacteriana (WILSON, 2006, p.102).

Bactérias que são resistentes a mais do que duas classes de antibióticos (CHLC, 2009, p.2).

Doente que em internamento anterior tem um diagnóstico de infecção por microrganismo multirresistente adquirido. Não foi encontrada bibliografia que permitisse estabelecer um possível limite sobre a importância de há quanto tempo foi diagnosticada a infecção prévia a um microrganismo multirresistente e o momento actual.

YOUNG *et al* (2005, p.42) referem a infecção prévia a microrganismos multirresistentes como um factor de risco para a aquisição de infecção em doentes hemodializados.

- **Antimicrobiano**

Antimicrobiano é “ (...) *toda a substância que exerce um efeito deletério sobre o ciclo de vida de agentes patogénicos infecciosos através da disrupção das suas funções, inexistentes nas células humanas*” (CHLC, 2010, p.1).

Este ponto deve ser considerado se o doente tem um historial de toma de antimicrobianos anterior à admissão sem interrupção há pelo menos 24 horas (período de forma a ter um nível sérico adequado) (PAIVA, 2000), pelo que não estão contemplados os antimicrobianos instituídos no momento da admissão do doente no Serviço de Urgência.

A resistência antimicrobiana é cada vez mais um problema e acarreta um aumento de mortalidade, morbilidade e custos (CHLC, 2010, p.2). Um utente anteriormente tratado com antimicrobiano está mais susceptível a desenvolver uma infecção por um microrganismo multirresistente (WILSON, 2006, p.48; YOUNG *et al*, 2005, p.42). “*A utilização da profilaxia antibiótica de forma inapropriada e indiscriminada contribui para aumentar os custos e o aparecimento de microrganismos multirresistentes. A utilização de antibióticos não substitui as boas práticas em controlo de infecção. Só está recomendada quando o risco de infecção pós operatória tem como consequência um risco extremo de mortalidade ou morbilidade*” (ABRUTYN *et al*, 2001, p.321).

- **Hábitos Medicamentosos**

Hábito é a “*actividade executada pelo próprio com as características específicas: percurso detalhado seguido com regularidade, conjunto de procedimentos ou actividades usuais, conjunto de acções invariáveis ou*

habituais” (ICN, 2005, p.45). Da panóplia de medicação que o doente pode ter em ambulatório, segundo a bibliografia consultada, são apenas de considerar aqueles que directamente interferem com a imunidade do doente, ou seja:

➤ **Corticóides**

“Inibem a resposta imunitária do utente o que facilita a multiplicação bacteriana.” (WILSON 2006, p.183).
 “Existe uma associação significativa entre o choque séptico e os corticosteróides” (SAINT et al, 2006, p. 405).

➤ **Quimioterapia – Terapia** (ICN, 2005, p.127)

“O objectivo da quimioterapia é ajudar as defesas do organismo a eliminar os microrganismos dos tecidos e ao mesmo tempo impedir a sua multiplicação. Para conseguir esse propósito e sangue e tecidos têm de conter uma concentração de antibiótico tem q ser 2 a 5 vezes superior do que a concentração mínima inibitória (bacteriostático) do antibiótico para esse microrganismo” (AYLIFFE et al, 2000, p.262).

➤ **Radioterapia – Terapia** (ICN, 2005, p.128)

A radioterapia é um tratamento que utiliza radiação ionizante de alta energia, produzida por um acelerador linear ou através de isótopos radioactivos, para o tratamento de lesões benignas (como malformações arterio-venosas), lesões malignas ou, profilacticamente, nalguns tumores malignos.

O uso de radiação ionizante impede a divisão celular através da alteração do seu material genético, destruindo a capacidade que as células têm de se multiplicar. Desta forma, o tumor não se desenvolve e a médio prazo regride, pois as suas células perdem a capacidade de regeneração (GRUPO PORTUGUÊS de RADIOTERAPIA, 2009).

2.4.4 – Escala Coma de Glasgow

As alterações do estado de consciência são um factor predisponente à infecção associada à imobilização/agitação, ao risco acrescido de obstrução das vias aéreas e à aspiração para a via aérea por acumulação de secreções e conteúdo alimentar e diminuição/ausência da capacidade de percepção sensorial (LEE et al, 2010, p.124).

Devido à dificuldade na interpretação uniforme do nível de consciência do doente e com o propósito de objectivar a avaliação do estado de consciência, a escala mais utilizada é a Escala de Coma de Glasgow. Baseia-se na observação de 3 parâmetros: abertura dos olhos, melhor resposta motora e melhor resposta verbal. Implica a aplicação de estímulos padronizados para que a avaliação possa ser uniforme e independente do avaliador (BATISTA 2003, p.78). Esta escala está padronizada no SU do HSJ e é frequentemente aplicada a todos os doentes admitidos no SU pois é útil para uma avaliação rápida em doente com doença aguda ou cujo estado de consciência se pode alterar rapidamente.

2.4.5 – Nutrição

A má nutrição é definida como a deficiência, excesso ou desequilíbrio de energia, proteínas e outros nutrientes com implicações significativas na saúde, no aumento do risco de mortalidade e morbidade, na demora na recuperação de estado de doença, no aumento da taxa de readmissão hospitalar e no aumento dos custos dos cuidados de saúde (HOLMES, 2003, p.45).

Vários são os autores de referenciam o estado nutricional como factor relevante no desenvolvimento de infecções associadas aos cuidados de saúde (WILSON, 2006, p.78; CHEN *et al*, 2010, p.64). Doentes idosos mal nutridos com internamentos prolongados têm maior risco de desenvolver infecções associada aos cuidados de saúde (PAILLAUD *et al*, 2005, p.620; JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2008, p.35).

“A má nutrição prejudica a fagocitose e reduz a produção de glóbulos brancos e anticorpos. Doentes mal nutridos e sob stress [como o internamento] têm maior dificuldade em combater a infecção quando associado à presença de feridas, dispositivos invasivos, entre outros” (WILSON 2006, p.78).

Procurámos o Serviço de Dietética do Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC) que nos forneceu a *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*, que é o instrumento utilizado por este serviço de forma a avaliar o estado nutricional dos doentes adultos. Este instrumento tem 5 passos: 1) Avaliar o índice de massa corporal; 2) Atribuir uma percentagem à perda ponderal não planeada pelos doentes nos últimos 3 a 6 meses; 3) Estabelecer um *score* do doente em situação de doença aguda cuja ingestão alimentar seja reduzida ou ausente há mais de 5 dias; 4) Somar os valores das alíneas anteriores para obter um *score* de risco de malnutrição e 5) Consoante o risco adaptar as *guidelines* ao plano de cuidados do doente.

Devido às particularidades do Serviço de Urgência consideramos que não é possível aplicar a escala MUST para validação do estado nutricional dos doentes admitidos. Assim, em detrimento desta escala optámos por utilizar outros discriminadores encontrados na bibliografia considerados como as consequências de má nutrição que são objectivamente observáveis: emagrecimento, obesidade, edema, prega cutânea, palidez. Após a apreciação do instrumento por parte dos peritos, e por sugestão da Enfermeira Chefe do SU, retirámos os discriminadores – edema e a palidez – por serem subjectivos e de difícil avaliação.

2.4.6 – Mobilidade / Índice de Katz

A mobilidade define-se como a *“Capacidade com as características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento”* (ICN 2005, p.93).

No CHLC está implementado o Índice de Katz para avaliação da funcionalidade dos idosos e é preconizado ser avaliado aquando a admissão do doente, motivo pelo qual foi adoptado para este instrumento.

O índice de Katz foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Consiste numa lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e reflectem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas actividades mais complexas, como tomar banho, vestir-se, cuidados de higiene, deslocar-se até chegar às actividades de auto-regulação como a alimentação e a eliminação ou excreção (DUARTE, *et al*, 2007).

2.4.7 – Integridade Cutânea

A pele é a maior barreira natural do ser humano e sempre que exista uma quebra da integridade aumenta o risco de infecção (WILSON, 2006, p.48).

Para este instrumento são apenas consideradas como lesões cutâneas úlceras por pressão, úlcera venosa, úlcera arterial, feridas traumáticas (onde se incluem feridas por arma de fogo, feridas com presença de corpo estranho), feridas cirúrgicas infectadas e queimaduras.

- **Úlcera**

“Úlcera com características específicas: ferida aberta ou lesão, perda da camada mais profunda de tecido, lesão circunscrita semelhante a uma loca, com diminuição do aporte sanguíneo, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da ferida, sensibilidade em redor da periferia, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno” (ICN, 2005, p.57).

- **Úlcera Por Pressão (UPP)**

“Úlcera com as características específicas: Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (ICN, 2005, p.57).

- **Úlcera Venosa**

“Úlcera com características específicas: lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada na perna, acima do maléolo, com edema e pele seca em torno da ferida, com descamação acastanhada, descoloração, lipodermatosclerose, atrofia da pele, exantema, dor e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco” (ICN, 2005, p.57).

- **Úlcera Arterial**

“Úlcera com características específicas: lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada no calcanhar, maleolos ou dedos do pé, pele em torno da ferida pálida ou púrpura escura, úlcera serosa com

zonas de necrose amarelas e pretas, exposição de tendões, pés frios, forte dor na ferida e dor ao andar e em repouso. Associada a insuficiência arterial” (ICN 2005, p.57).

- **Ferida Cirúrgica**

“Ferida com 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 seja esperada que seja limpa, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus” (ICN 2005, p.55).

A infecção do local cirúrgico representa cerca de 11% das IACS, principalmente associada a procedimentos prolongados, aos danos dos tecidos e cirurgia de elevado grau de contaminação microbiana, como por exemplo, cirurgia ao cólon (WILSON, 2006, p. 50). Neste instrumento importa ter presente a designação de ferida cirúrgica infectada da DGS (2009, p.20), ou seja, quando os sinais e sintomas de *“(…) infecção surgem após 30 dias de intervenção cirúrgica (Ex: celulites, abscessos), ou até uma ano após a cirurgia no caso de colocação de prótese e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico e atinge qualquer parte do corpo, excluindo a pele, da incisão, fascía ou músculos, aberta ou manipulada no procedimento cirúrgico”.*

Segundo a DGS (2009, p.18) não se consideram feridas cirúrgicas: processo inflamatório ou com abscesso mínimo no ponto de sutura, queimadura e feridas traumáticas penetrantes, mas dado o risco de infecção inerente a estes factores foram considerados também como factores de risco de infecção mas em item separado. Na bibliografia existe a distinção entre ferida de local cirúrgica superficial, profunda ou de órgão ou espaço (ABRUTYN *et al*, 2001, p.31-32). Pelo facto de estes aspectos serem desconhecidos quando o doente entra no SU, optamos por não diferenciá-los.

O profissional, quando faz o internamento, por vezes não tem possibilidade de visualizar a ferida mas deve basear-se na informação contida nos documentos/cartas de referência como vem preconizado pela DGS *“(…) a evidência clínica pode resultar da observação directa do local infectado (por exemplo, uma ferida) ou da revisão da informação dos registos clínicos” (2009, p.9).*

- **Ferida Traumática**

O stress físico provocado, em especial por múltiplos traumatismos, afecta a resposta imunitária pela libertação de factores anti-inflamatórios (WILSON, 2001, p.78).

Entenda-se por ferida traumática: *“Solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue; associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado” (CIPE, 2005, p.56).*

Neste parâmetro incluímos a ferida por arma de fogo e a ferida com presença de corpo estranho dada a natureza traumática implícita em cada uma das duas situações.

- **Ferida por Arma de Fogo**

“Ferida traumática com características específicas: ferida causada por uma arma de fogo, e classificada por local de entrada, saída e trajecto da ferida. O local de entrada tem vários efeitos sobre os tecidos, por

exemplo: apenas o impacto da bala ou a queimadura da pólvora, de acordo com a distância a que é disparada. A bala pode penetrar no corpo, ficar alojada no corpo, provocar danos na superfície corporal ou passar de raspagem sobre a superfície da pele, dependendo da distância de disparo, do ângulo da bala e do ângulo do corpo face à bala” (ICN, 2005, p.56).

➤ **Queimadura**

“Ferida traumática com as características específicas: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida” (ICN, 2005, p.56).

“Em doentes com queimaduras extensas a imunossupressão ocorre devido à redução de glóbulos brancos, imunoglobulinas e da função de fagocitose” (WILSON, 2001, p.78).

2.4.8 – Presença de Próteses

Aqui são consideradas as próteses abdominais, vasculares, valvulares e ortopédicas.

Prótese é “ (...) qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente” (DGS, 2009, p.16).

- **Prótese**

Dispositivo que vai substituir e/ou sustentar partes do corpo humano como, por exemplo, anca, joelho, abdómen, entre outros.

- **Prótese Valvular**

Dispositivo de substituição de qualquer válvula cardíaca. Pode ser composto por material biológico (Bioprótese) e/ou material sintético (Descritores em Ciências da Saúde)

- **Prótese Vascular (FAV ou Prótese Arteriovenosa)**

A Fístula Arteriovenosa (FAV) é “(...) um procedimento cirúrgico que consiste na anastomose entre uma artéria e uma veia que permite a circulação de sangue arterial numa veia causando ingurgitamento que permite a inserção de dispositivos intravasculares de grande calibre para realização de hemodiálise” (ABRUTYN et al, 2001, p.241). Quanto à prótese arteriovenosa está “indicada em doentes que têm grandes alterações do leito vascular que necessitam do implante de uma prótese sintética subcutânea que interpõe uma artéria e uma veia. Indicada para hemodiálise” (ABRUTYN et al, 2001 p.242).

2.5 – DADOS DE EXPOSIÇÃO DO DOENTE

As IACS estão intimamente relacionadas com procedimentos invasivos com quebras da barreira natural independentemente de ser utilizada técnica asséptica. Estes procedimentos criam uma porta de entrada artificial para os microrganismos e são referidos por vários autores como factores que aumentam o risco de infecção (WILSON, 2006, p.49; SINGHAGHATTA, 2010, p.174.e12).

- **Cirurgia no Último Mês**

“Até 30 dias após o procedimento ou 1 ano se for prótese” (ABRUTYN et al, 2001p.31).

- **Cateter Urinário ou Algália/Sonda vesical (inclui cistocater, nefrostomia, Urostomia)**

O cateterismo vesical consiste na introdução de uma sonda na uretra até a bexiga, utilizando técnica asséptica. É utilizada com a finalidade de obter urina para exame laboratorial, para aliviar retenção urinária, promover drenagem de urina em pacientes com incontinência urinária, realizar o controlo indireto da função hemodinâmica e controlar o volume urinário de pacientes graves. (Diniz, Érida – Procedimentos de Enfermagem).

A infecção urinária é a principal infecção associada aos cuidados de saúde (WILSON, 2006, p. 215). De acordo com este autor, chega a ser superior a 20% considerando outras infecções associadas aos cuidados de saúde (cateteres intravasculares, pneumonia associada a ventilação assistida e a infecção do local cirúrgico). De acordo com os dados da DGS, as infecções das vias urinárias são as segundas em termos de frequência, correspondendo a 24% das infecções nosocomiais (DGS/PNCI, Inquérito Nacional de Prevalência - *Relatório, Setembro de 2009*).

Os doentes com algália crónica têm um risco mais elevado do que os restantes visto que *“(...) o risco de adquirir uma infecção urinária aumenta em 5% por cada dia adicional de algália, logo, os doentes algaliados cronicamente têm um risco mais elevado”* (WILSON, 2006, p.218).

Estão incluídos o cistocater, nefrostomia e urostomia por serem procedimentos invasivos que interferem com o aparelho urinário (fisiologicamente estéril), logo há uma quebra da barreira protectora natural do organismo contra os microrganismos. Não foi encontrada bibliografia que fundamente diferenças entre estes procedimentos em termos de risco de infecção.

Relativamente à algália intermitente, WILSON (2006, p.220) evidencia a sua eficácia na redução do risco de infecção sendo uma alternativa mais eficaz nos doentes que necessitam de algália de longa duração. POLITA et al (2010, p.446) concluíram que o cateterismo vesical intermitente ao permitir a drenagem periódica e completa da bexiga, evitando a superdistensão da bexiga, diminui as taxas de infecção urinária prevenindo a deterioração do trato urinário superior e inferior.

Considerando estas evidências, o cateterismo vesical intermitente não é considerado factor de risco quando este procedimento é efectuado pontualmente para colheita de urina asséptica ou esvaziamento por retenção urinária.

- **Cistocater**

Meio de proporcionar a drenagem da bexiga sempre que existe uma obstrução abaixo da bexiga através da colocação directa de um cateter na bexiga por punção suprapúbica (PHIPPS, 1995, p.1490).

- **Nefrostomia**

Aplicação por via cirúrgica de uma sonda a nível renal devido a obstrução total do ureter (PHIPPS, 1995, p.1489).

- **Urostomia** – “*Estoma*” (ICN, 2005, p.157)

Objectivamente o estoma é uma derivação cirúrgica do aparelho digestivo ou aparelho urinário para eliminar os resíduos do organismo (SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA, 2010, p.2).

Dividem-se em:

- ✓ Estoma de evacuação (derivação cirúrgica do aparelho digestivo ou do aparelho urinário para eliminar os resíduos do organismo). Os tipos de estomas de evacuação são:

- Colostomia: derivação cirúrgica do cólon à parede abdominal;
- Ileostomia: derivação cirúrgica do íleon à parede abdominal;
- Urostomia: derivação cirúrgica dos ureteres à parede abdominal de forma directa (urostomia) ou através de um segmento intestinal (ileoureterostomia).

- ✓ Estoma para alimentação (junção entre o estômago e o jejuno - gastrostomia e jejunostomia - à parede abdominal), no qual se coloca uma sonda de alimentação que permite a administração de nutrição entérica.

A construção do estoma implica uma solução de continuidade da pele representando uma falha nesta barreira protectora, pelo que é necessário controlar e prevenir lesões periestomais. A pele periestomal está submetida a uma constante oclusão e aumento de exsudado que favorece o aparecimento e crescimento de infecções bacterianas, principalmente por *estreptococos* e *estafilococos*. Estas infecções não têm maior incidência na pele periestoma do que em qualquer outra zona da pele, embora se manifeste com maior frequência nos estomas realizados em doentes com doença de Crohn (SÁNCHEZ & MONTSERRAT 2008, p.97-105).

Devido a estes factos, associado ao facto de ser uma derivação de uma zona colonizada não são considerados como descritores as ileostomias e colostomias, mas apenas a urostomia visto ser uma derivação do aparelho urinário que é fisiologicamente estéril.

• **Cateter Intravascular (venoso e arterial)**

As infecções da corrente sanguínea (INCS) associada aos cateteres intravasculares são responsáveis em cerca de 6% das IACS, sendo de salientar que 38% estão directamente relacionadas com terapia endovenosa, cateteres venosos centrais e contaminação da pele.

➤ **Periférico**

“É o dispositivo intravascular mais utilizado cuja principal complicação é a flebite (...) Nos adultos a inserção de cateter periférico nas extremidades tem menor risco de flebites do que a cateterização no antebraço e braço” (ABRUTYN et al, 2001, p.1143,1147). Têm menor risco de infecção quando comparados com os cateteres venosos centrais (WILSON, 2006, p.207).

➤ **Central**

Cateteres centrais inseridos na veia subclávia têm menor risco de infecção do que os cateteres inseridos nas veias jugular ou femoral e em que *“(...) a jugular pode ser considerada a localização de maior risco pela sua proximidade com as secreções da orofaringe e por dificuldade na fixação pela mobilização do pescoço”* (ABRUTYN et al, 2001, p.1147). De acordo com este autor (2001, p. 1143) Os cateteres venosos centrais multilumen têm maior risco de inserção relacionado com a sua manipulação.

➤ **Cateter de Hemodiálise**

“Dispositivo de acesso intravascular de curta ou longa duração para hemodiálise, terapêutica de substituição renal contínua e técnicas dialíticas” (ABRUTYN et al, 2001, p.243). O cateter de hemodiálise provisório tem maior risco de infecção (7 vezes superior) comparativamente com as fistulas arteriovenosas e próteses arteriovenosas (WILSON, 2006, p.204). *“Os cateteres de hemodiálise estão associados à taxa mais alta de infecção do que qualquer outro tipo de acesso vascular para hemodiálise”* (YOUNG et al, 2005, p.41). As infecções em doentes hemodialisados por cateter vascular é cerca de 10 vezes superior em cateteres provisórios do que em FAV ou prótese arteriovenosa (NABI et al, 2010, p.1091).

➤ **Cateter Central com Câmara Subcutânea (Implantofix®)**

“É um dispositivo intravascular central totalmente implantado que possui uma câmara subcutânea que é o principal acesso de punção. Tem um baixo risco de infecção por estar localizado a nível subcutâneo sem porta de entrada visível na pele” (ABRUTYN et al, 2001, p.1144).

➤ **Linha Arterial**

“São dispositivos inseridos numa artéria utilizados em situação aguda para monitorização do estado hemodinâmico do doente crítico (...)” (ABRUTYN et al, 2001, p.1144). Segundo os mesmos autores (2001, 1144), a linha arterial tem um risco elevado de infecção devido aos microrganismos presentes no equipamento de monitorização que podem colonizar todo o sistema da linha e, devido à dificuldade em manter a zona de inserção e a torneira do sistema estéreis.

- **Ventilação Invasiva Assistida**

De acordo com vários autores, o maior risco de adquirir pneumonia associada aos cuidados de saúde é a ventilação mecânica assistida (WILSON, 2006 p.232; DÍAZ *et al*, 2010, p.188), ou seja um doente submetido a ventilação assistida continuamente através de traqueostomia ou entubação traqueal. A pneumonia é uma das infecções nosocomiais com maior expressão e a causa mais comum é a aspiração de microrganismos da orofaringe através da técnica de entubação, aspiração de secreções, nebulizações e terapêutica com aerossóis e ainda pela manipulação do circuito de ventilação (WILSON, 2006 p.230-232).

“Doentes sob ventilação assistida têm cerca de 6-21 vezes maior risco de desenvolver pneumonia nosocomial do que doente não ventilado” (ABRUTYN *et al*, 2001, p.1202).

- **Drenagens (cranianas, torácicas, abdominais)**

O dreno é um *“Dispositivo de transporte/drenagem”* (ICN, 2005, p.119) que pode ser colocado em várias cavidades corporais estéreis, neste caso, nos ventrículos, na cavidade pleural e na abdominal, pelo que, como qualquer dispositivo médico pode constituir também um factor de risco para a infecção.

- **Gastrostomia Percutânea Endoscópica – PEG**

Este tipo de estoma é considerado vulnerável à infecção e deve ser inspeccionado diariamente para vigilância de sinais inflamatórios e limpo nos primeiros 5 dias para remover exsudado (WILSON, 2006, p. 255).

Da reunião dos conceitos das várias fontes e evidências consultadas emergiram os descritores e nasceu o instrumento de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo SU. Para o crescimento e maturação deste instrumento é essencial ser submetido a apreciação por parte de peritos da Área da Prevenção e Controlo de Infecção Hospitalar, da Gestão de Risco, Enfermeiros peritos e não peritos do SU (que irão preencher o documento) com vista à sua melhoria e desenvolvimento em direcção à escala de avaliação do risco de infecção do doente entrado pelo SU.

3 - APRECIÇÃO GLOBAL DO INSTRUMENTO

Aliada à definição de cada uma das variáveis utilizadas como descritores, importa verificar a clareza e a uniformização da linguagem e sugestões de melhoria. Foi com esses objectivos que procurámos a opinião de peritos das várias áreas que se interligam neste projecto e dos profissionais directamente implicados no preenchimento do instrumento. Além da opinião da Enfermeira Madalena Almeida que acompanhou de perto todo o percurso de elaboração do instrumento e da colaboração das Enfermeiras Ana Luísa, Ana Geada e da Dra. Helena Estrada ao longo do seu desenvolvimento, apresentámos o instrumento de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo SU, à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, a Enfermeira Perita em Controlo de Infecção, Enfermeira Responsável pelo GGR do HSJ e a 15 Enfermeiros do SU.

Seguidamente apresentamos sucintamente a apreciação global e as sugestões resultantes de cada uma das entrevistas de forma cronológica (as datas das entrevistas estão de acordo com a disponibilidade de cada um dos peritos).

8/11/10 - Reunião com a Enfermeira Rosário de Athayde (Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência)

Apreciação Global:

- O instrumento é importante em termos de prevenção e controlo de infecção e seria interessante ser aplicado no futuro como escala;
- É de rápido e fácil preenchimento;
- A palidez e o edema são discriminadores subjectivos e demasiado generalistas pelo que devem ser repensados e talvez retirados;
- É pertinente a sua aplicação no SU.

Sugestões:

- ✓ Acrescentar ao discriminador da Infecção Prévia a Microrganismos Multiresistentes, o facto de já estar documentada, de forma a clarificar a fonte de colheita de informação;
- ✓ Clarificar no item da Presença de Próteses que estas são internas, uma vez que existem outro tipo de próteses intrinsecamente relacionadas com o doente (com por exemplo, as próteses dentárias).

9/11/10 - Entrevista Informal com os Enfermeiros do Serviço de Urgência (Amostra de Conveniência – 15 enfermeiros no turno da manhã)

Apreciação Global:

- O instrumento é importante em termos de prevenção e controlo de infeção e seria interessante ser aplicado no futuro como escala;
- É de rápido e fácil preenchimento;
- Exequível de ser aplicado no Serviço de Urgência.

Sugestões:

- ✓ No item da Infecção Diagnosticada seria pertinente acrescentar a Hipótese de Diagnóstico;
- ✓ Incluir algália como discriminador relacionado com o Cateter Urinário;
- ✓ Formatar os discriminadores principais em texto centrado e na horizontal;
- ✓ Acrescentar no discriminador sobre a Proveniência do Doente a hipótese da via pública, especialmente nas situações de trauma e reanimação;
- ✓ Ordenar os discriminadores sobre os factores de risco extrínseco (Dados de Exposição do Doente) por sequência de abordagem do doente urgente e emergente – ABCDE – como é prática no SU;
- ✓ Aplicar este instrumento em sistema informático no Healthcare Information System (HCIS).

11/11/10 - Entrevista Informal com a Enfermeira Maria Silva (perita em Controlo de Infecção)

Apreciação Global:

- O instrumento é muito relevante para a investigação na área da prevenção e controlo de infeção, pelo facto de não existirem ainda escalas para avaliação do risco global dos doentes para a infeção, quer a nível europeu, quer a nível internacional a não ser para os doentes de Cuidados Intensivos, para o doente cirúrgico (só o acto cirúrgico) e para a Neonatologia/Pediatria.

“Como metodologia inicial de um processo que se integra na investigação, entendo que será fundamental a sua aplicação em fase experimental por um período não inferior a 3 meses. Poderiam as autoras dar continuidade ao projecto no seu Serviço (Urgência do HSJ), transformando este projecto num trabalho de investigação mais alargado. Os dados obtidos nesta fase experimental poderão permitir analisar e reformular esta “folha” em formulário de colheita de dados integrando futura “Escala de Avaliação de Risco do Doente para a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”, a curto prazo (futuro próximo). Creio que pode vir a ser um grande contributo para a investigação na área de controlo de infeção. Gostaria de dar os parabéns às autoras pela ousadia de abordar esta questão, já que poucos profissionais se têm interessado por esta matéria tão importante para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Poderá depois servir de base para aplicação de um formulário semelhante que se adapte a todos os doentes admitidos numa unidade hospitalar.”

Maria Silva (11/11/10)

- A folha está apresentada de modo “friendly”, com os descritores simples e claros, o que torna a folha de rápido e fácil preenchimento;
- Se a experiência piloto correr bem, poderá ter a adesão de todos os profissionais a este formulário.

Sugestões:

- ✓ No item da infecção diagnosticada seria pertinente colocar também o discriminador – suspeita de infecção;
- ✓ No item da proveniência do doente seria importante colocar sequencialmente os discriminadores vários, incluindo o Hospital, outro serviço do hospital, outro hospital; UCCI e Lar de Idosos;
- ✓ Aplicar este instrumento em sistema informático.

12/11/10 - Reunião com a Enfermeira Fátima Barata (Enfermeira do Gabinete de Gestão de Risco – Pólo do HSJ)

Apreciação Global:

- O instrumento é importante em termos de prevenção e interessante de no futuro ser aplicado;
- A informação contida é relevante, de fácil colheita de dados e preenchimento;
- Não suscita dúvida em termos de descritores.

Sugestões:

- ✓ Aprofundar as úlceras de pressão (uma úlcera tem menos risco de infecção do que várias úlceras e o grau da úlcera também faz variar o risco de infecção – Escala de Braden);
- ✓ Aprofundar queimaduras (a percentagem de área queimada faz variar o risco de infecção);
- ✓ Talvez colocar cateter vesical no item das drenagens.

Como conclusão das várias entrevistas ressaltam o contributo que este instrumento pode vir a ter na prevenção das IACS, a unanimidade de que os conceitos são claros e é de fácil preenchimento pelo que pode facilmente ser aplicado no Serviço de Urgências. As sugestões dos vários peritos foram equacionadas e serviram de base para revisão do instrumento. De ressaltar ainda a disponibilidade do GGR, demonstrada pela Enfermeira Fátima Barata, para colaborar no desenvolvimento do instrumento com vista à criação de uma escala de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo serviço de urgência, e sua posterior validação.

4 – **CONCLUSÃO**

A prevenção e controlo de infecção é, cada vez mais, um objectivo primordial e prioritário para a protecção dos doentes e dos profissionais, de segurança nos cuidados e para a promoção da qualidade dos cuidados da saúde. Urge a necessidade de uma mudança de comportamento com vista à melhoria das práticas, o que implica uma abordagem e responsabilidade multiprofissional.

Na vanguarda da mudança está a metodologia de identificação e avaliação de risco que visa alertar e orientar os vários actores intervenientes, para a necessidade da implementação de medidas de melhoria e redução da gravidade das consequências e dos incidentes. Segundo esta metodologia a prevenção e controlo de infecção são áreas prioritárias para a segurança e qualidade dos cuidados, motivo pelo qual este projecto assume especial relevância.

Este é um tema inovador e ainda pouco explorado, pelo que foi necessário um trabalho de pesquisa bibliográfica e evidências científicas exaustivo, e que culminou com a reunião de vários descritores influentes no decurso de uma infecção. De forma a proceder à uniformização e clareza da linguagem, foi utilizada a CIPE complementada com restante bibliografia para cada um dos descritores e elaborado um instrumento que foi organizado e adaptado às especificidades do SU.

O instrumento de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo serviço de urgência, na visão dos vários peritos e enfermeiros consultados, é um instrumento interessante, inovador e de fácil aplicação e exequível dentro das especificidades do SU. Ficou patente a vontade de trabalharem lado a lado o GGR e a CCI no desenvolvimento deste projecto com vista à criação de uma escala de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo SU, e o interesse e a unanimidade na facilidade de aplicação do instrumento no SU, pelos enfermeiros do próprio serviço.

Desta forma, consideramos que está dado o primeiro passo no caminho da promoção da investigação para uma escala de avaliação do risco de infecção do doente admitido pelo serviço de urgência, e que poderá ser adaptado e extensível a todos os serviços da instituição, e constituir um auxílio precioso na gestão de medidas de acção de forma a reduzir a gravidade e consequência das IACS e nosocomial em particular.

5 – BIBLIOGRAFIA

ABRUTYN, Elias [et al] – **Infection Control – reference service**. 2ª ed. Philadelphia: Saunders 2001. 1578 p. ISBN 0-7216-846808

AYLIFFE G. [et al]. - **Control of Hospital Infection: A Practical Handbook**. 4ª Ed. Londres: Hodder Arnold. 2000. 416 p. ISBN 0340759119

BATISTA, Rui Carlos Negrão – Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência – Escala de Glasgow. **Revista Referência**. [em linha] 10 Maio (2003) 77 – 80 [consultado a 20/10/10] Disponível na internet em www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE. Comissão de Controlo de Infecção – **Consumo de Antibióticos**. 2009. 11 p. Acessível na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de S. José e Hospital Sto. António dos Capuchos, Lisboa, Portugal.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE. Comissão de Controlo de Infecção – **Política de utilização de antimicrobianos**. 2010. 6 p. Acessível na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de S. José e Hospital Sto. António dos Capuchos, Lisboa, Portugal.

CHEN Luke F. [et al] – Validating a 3 – Point perdition rule for surgical site infection after coronary artery bypass surgery. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. [em linha] 31:1 January (2010). [Consultado em 7/10/10] Disponível na internet em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19911975?dopt=Abstract>

DÍAZ, Luís Aurélio [et al] – Non- pharmacological prevention of ventilator associated pneumonia. **Archivos bronconeumologia**, [em linha] 46:4 (2010) 188-195 [consultado em 7/10/10] Disponível na internet em www.archbronconeumolo.org

DECRETO- LEI nº 101/2006 D.R. I Série A. 109 (06-06-06) 3856 -3865

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - **Próteses Valvulares Cardíacas**. [em linha] [consultado a 13/10/10] Disponível na internet em http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?!sisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Pr%F3teses%20Valvulares%20Card%EDacas&show_tree_number=T

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção - Relatório, Setembro de 2009.**

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Critérios dos CDC para a definição de vigilância e para as infecções em unidades de prestação de cuidados de saúde a doentes agudos - Programa Nacional de prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.** Lisboa: DGS. 2009, p. 55

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos cuidados de saúde.** Lisboa: DGS. 2007. p. 20

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.** Lisboa: DGS. 2005. p. 22

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** Lisboa: DGS. 2006. p. 7

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira [et al] – O Índice de Katz na funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** [em linha] 41, 2 (2007). 317-325 [consultado a 5/11/10] Disponível na internet em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

GRUPO PORTUGUÊS DE RADIOTERAPIA – Radioterapia: Definição e Técnicas. [em linha] (2009). [consultado a 5/11/10] Disponível na internet em http://ruirodrigues.net/radioterapia/index.php?Itemid=44&id=32&option=com_content&task=view

HAN Seon-Sook [et al] – Clinical Characteristics and risk factors of nosocomial candidemia in medical Intensive Care Units: Experience in a single hospital e Korea for 6.6 Years. **Journal of Korean Medicine.** [em linha] 25 (2010) 671-676 [consultado a 7/10/10] Disponível na internet em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20436700>

HOLMES, S. – Undernutrition in hospital patients. **Nursing standard.** [em linha] 19:17 Janeiro (2003) 45-52 [consultado a 25/10/10] Disponível na internet em www.pharmj.com/pdf/hp/200611/hp200611causes.pdf

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0.** [S.l.s,n], 2005. p. 210 ISBN 92-95040-36-8

JOANNA BRIGGS INSTITUTE – Nursing interventions to minimise under nutrition in older patients in hospital. **Nursing Library** [em linha] 22:41 June (2008) [consultado a 25/10/10] Disponível na internet em www.nursinglibrary.org/portal/CMSlite/Gerfile.aspx?contentID=92073

LAST, John M. – **Um dicionário de epidemiologia**. Lisboa: Departamento de estudos e planeamento da saúde. 1995. 2ª ed. p.201. ISBN 972-675-038-5

LEE, W. [et al] – Soft tissue infections related to peripheral intravenous catheters in hospitalised patients: a case- control study. **Journal of Hospital Infection** [em linha] 76 (2010) 124-129 [consultado a 12/10/10] Disponível na internet em www.elsevierhealth.com/journals/jhin

MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de infecção hospitalar – Epidemiologia, prevenção e controle**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2001. 1116 p. ISBN 85-7199-256-8

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa Nacional de resistência aos Antimicrobianos [em linha] Despacho n.º 20729/2008 (2ª série) de 29/07 [consultado a 12/10/10] Disponível na internet em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/Programa_Nacional_Prevencao_Resistencia/DespachoCTPRA_200808.pdf

NABI Zahid [et al] – Catheter related infection in hemodialysis patient. **Saudi Journal of Kidney diseases and Transplantation**. [em linha] 20:6 (2009) 1091-1095 [consultado a 7/10/10] Disponível na internet em www.sjkdt.org

O'CONNOR, Siobhán M. [et al] – Emerging Infectious Determinants of Chronic Diseases. **Centers for Disease Control and Prevention**. [em linha] 12. 7 (Julho, 2006) 1051-1056 [Consultado a 17/10/10] Disponível na internet em <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol12no07/06-0037.htm>

PAILLAUD, Elena [et al] – Relations between undernutrition and nosocomial infections in elderly patients. **Oxford Journals Medicine Age and Ageing**. [em linha] 34 (2005) 619-625 [consultado a 25/10/10] Disponível na internet em <http://ageing.oxfordjournals.org/content/34/6/619.full>

PAIVA, José Artur – Antibioterapia Empírica em Cuidados Intensivos. **Congresso Internacional de Medicina Crítica**. [em linha] (2000) [consultado a 25/10/10] Disponível na internet em <http://www.uninet.edu/cimc2000/cursos/cur4/Paiva/Paiva2.htm>

PHIPPS, Wilma – **Enfermagem médico-cirúrgica conceitos e prática clínica – Vol 2**. Lisboa: Lusodidacta. 1995. 2552 p. ISBN 972-96610-0-6

POLITA, Naiara Barros [et al] - Bexiga neurogénica e o Cateterismo Vesical Intermitente. **Revista de Enfermagem UFPE**. [em linha] Abril/Junho (2010) 444 – 448 [consultado a 1/11/10] Disponível na internet em www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../900/1345

PORTUGAL. CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE – *Procedimento multisectorial CIH - Precauções e controlo de microorganismos epidemiologicamente importantes*. Acessível na intranet do CHLC, EPE Portugal

PORTUGAL. CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE. *Procedimento Multisectorial GRI – Metodologia de Identificação e avaliação de Risco*. 2009. 14 p. Acessível na intranet do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

REVISTA NURSING – Cuidados Domiciliários – Uma Modalidade de Intervenção. ISSN 216 Dezembro (2006) Ano 16

SAINT, Sanjay [et al] – Risk factors for nosocomial urinary tract-related bacteremia: a case-control study. **American Journal of Infection Control**. [em linha] 34. 7 September (2006) 401- 407 [Consultado a 5/10/10] Disponível na internet em [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(06\)00138-6/fulltext](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(06)00138-6/fulltext)

SALANGSGANG, Joanne M. [et al] – Patient-Associated Risk Factors for Acquisition of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Tertiary Care Hospital. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. [em linha] 31. 11 (2010) 1139-1147 [Consultado a 2/11/10] Disponível na internet em <http://www.citeulike.org/article/7961262>

SÁNCHEZ & MONTSERRAT – **Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y Otras Heridas Crónicas**. Generalitat: Conselleria de Sanitat, 2008. p. 134

SEGRS, P. [et al] – Risk Control of surgical site after cardiothoracic surgery. **Journal of Hospital Infection**. [em linha] 62 (April 2006) 437- 445 [consultado a 10/10/10] Disponível na internet em [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(05\)00422-6](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(05)00422-6)

SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA – **Resumen de recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica: Prevención y tratamiento de llas ullceras por presión y otras heridas crónicas**. Gerência de Atención Primaria de Talavera de La Reina. 2010. p.10

SINDHAGHATTA, Venkatram [et al] – Study of device use adjusted rates in health care-associated infections after implementation of bundles in a closed-model medical intensive care unit. **Journal of Critical Care**. [em linha] 25 147.e11-174.e18 (2010) [consultado a 10/10/10] Disponível na internet em [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(09\)00142-7](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(09)00142-7)

SMITH Philip W. [et al] – “SHEA/APIC Guideline: Infection Prevention and Control in the Long-Term Care Facilities”. SHEA/APIC. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. [em linha] Volume 29, n.º 9. September 2008 [Consultado a 5/11/10] Disponível na internet em <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=20706813>

TONG [et al] – Improved hospital-level risk adjustment for surveillance of healthcare-associated bloodstream infections: a retrospective cohort study. **BMC Infectious diseases** [em linha] 2009 [consultado a 10/10/10] Disponível na internet em www.biomedcentral.com/1471-2334-9-145

WILSON, Jennie – **Infection Control in Clinical Practice**. 3ªed. Toronto: Elsevier. 2006. 339 p. ISBN 0 7020 276108

YANG, Young [et al] – The effect of comorbidity and age on hospital mortality and length of stay in patients with sepsis. **Journal of critical care**. [em linha] 25 (2010) 398-405 [Consultado a 15/10/10] Disponível na internet em [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(09\)00230-5](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(09)00230-5)

YOUNG Elizabeth [et al] – Incidence and influence factors associated with exit site infections in temporary catheters for hemodialysis and anpheresis. **Nephrology nursing journal**. [em linha] 32.1 (January-February 2005) 41-50 [Consultado a 15/10/10] Disponível na internet em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15787083>

ANEXOS

ANEXO I – Procedimento Multisectorial – Metodologia de Identificação e Avaliação de Riscos –

GRI.103



Nº: 654 **Data: 23 de Novembro de 2009**

ASSUNTO: Procedimento Multisectorial – Metodologia de Identificação e Avaliação de Riscos – GRI.103

O Conselho de Administração em sessão de 18/11/2009 aprovou o seguinte Procedimento:

Metodologia de Identificação e Avaliação de Riscos – GRI.103

Que revoga os seguintes documentos:

HDE	HSM
Metodologia de Avaliação dos Riscos do HDE	Identificação e Avaliação dos Riscos

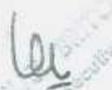
Está associado à Política de Gestão do Risco do CHLC e aplica-se a todo o CHLC.

∅ Conselho de Administração

Ana Soares
Ana Soares
Enf.ª Directora



 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	GRI.103
	METODOLOGIA DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO	

APROVAÇÃO	
  TERESA SUSTELO Presidente do Conselho de Administração	  MARIA JOÃO LAGE Vogal Executivo ANABEL SOARES Directora Clínica

1. OBJECTIVO

Definir a metodologia de identificação e avaliação de riscos para o CHLC de forma a promover uma utilização eficaz, eficiente e equitativa de recursos na prevenção e controlo dos riscos, com vista à manutenção de um ambiente seguro para doentes, profissionais e visitantes, nas diferentes Unidades Hospitalares que constituem o Centro Hospitalar.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todas as Áreas e Unidades Orgânicas do CHLC.

3. RESPONSABILIDADES

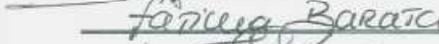
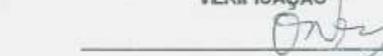
3.1. Pela implementação do Procedimento:

Gabinete de Gestão de Risco, Directores de Área/ Responsáveis e Interlocutores para a gestão de risco de cada Unidade Orgânica.

3.2. Pela revisão do procedimento:

Gabinete de Gestão de Risco do CHLC, EPE.

Deliberado em
 Sessão de 19.11.09 de
 Conselho de Administração do
 Centro Hospitalar de Lisboa
 Central, EPE

ELABORAÇÃO	
Dra. Anabela Paixão	
Enf. Fátima Barata	
Enf. Lurdes Correia	
Dra. Maria João Lage	
Enf. Susana Ramos	
VERIFICAÇÃO	
CQSD	

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº 254	2012	1/13



4. DEFINIÇÕES

Aplicam-se todas as definições constantes na Política de Gestão de Risco e as seguintes:

Análise de Risco – utilização sistemática da informação disponível, para determinar a frequência com que podem ocorrer determinados incidentes e a magnitude das suas consequências.

Avaliação do Risco – processo que permite determinar o nível de gravidade dos riscos e, assim, estabelecer as prioridades e os procedimentos para a sua gestão.

Controlo/Tratamento do Risco – selecção e implementação das medidas adequadas para o controlo/tratamento de determinado risco.

Factor de Risco – elemento ou conjunto de elementos que, estando presentes em determinado contexto podem desencadear incidentes/acidentes. Revestem-se de potencial para provocar danos para a saúde, para o património, para o ambiente do local de trabalho, ou uma combinação destes.

Identificação de Risco – processo utilizado para antecipar o que pode acontecer, como e porquê.

Risco aceitável – decisão informada de aceitar a probabilidade de ocorrência e as consequências de um determinado risco. O Conselho de Administração é o responsável pela definição do nível de risco aceitável. Aceitar um risco não significa ignorá-lo mas decidir conviver com esse risco, com a garantia de o ter sob controlo. Uma situação considerada segura não é isenta de riscos, mas tem um nível de risco aceitável. Um risco aceitável pode tornar-se inaceitável com o passar do tempo ou porque as circunstâncias associadas se alteraram.

Quando a redução do risco não é possível, ou se os custos são desproporcionados em relação aos benefícios, deve aplicar-se o princípio ALARP (*as low as reasonably practicable* = tão baixo quanto razoavelmente praticável). Qualquer risco residual deve ser registado e revisto regularmente.

Ninguém deve ser exposto a nenhum risco sem o seu consentimento expresso. Para que o consentimento seja válido, a pessoa em causa tem que receber informação completa e compreensível sobre o risco a que está exposta.

Risco Residual – nível de risco que se mantém imediatamente após a implementação das medidas para controlo/tratamento do risco.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

CA – Conselho de Administração

CHKS/HAQU – *Caspe Healthcare Knowledge Systems/Healthcare Accreditation and Quality Unit*

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2009	Nº 654	2/13



CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central
GGR – Gabinete de Gestão do Risco
IGR – Interlocutores da Gestão do Risco

6. REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
4	Gestão de Riscos	4.6 a 4.12

- CHLC - Política de Gestão do Risco.
- HDE, Metodologia de Avaliação de Riscos no Hospital Dona Estefânia, 2003.
- HSM, GRI.01 – Identificação e Avaliação de Riscos, 2006.
- NHS, National Patient Safety Agency – Risk Assessment Programme, Overview, November 2006.
- Norma Australiana: AS/NZS 4360:1999 – Risk Management

7. DESCRIÇÃO

O CHLC está empenhado em minimizar todos os riscos até a um nível tão baixo quanto o recomendável, com base nas melhores práticas. Contudo, não é possível eliminar todos os riscos reduzindo o seu nível a zero e, em algumas circunstâncias, é necessário decidir sobre os benefícios que se obtêm ao assumir um determinado risco.

O CHLC dispõe de uma metodologia consistente de identificação, avaliação e controlo do risco geral e do risco clínico, através da qual pode ser definido o nível de risco aceitável ou não aceitável, que orienta a tomada de decisão sobre a melhor utilização dos recursos existentes, no sentido de minimizar os riscos para os doentes, profissionais, as visitas e para a própria instituição.

O processo de análise de risco permite definir dois níveis de risco:

- Risco não aceitável - exige uma intervenção obrigatória;
- Risco aceitável - não exige intervenção, sendo apenas necessário o seu controlo.

Em todas as Áreas e Unidades Orgânicas do CHLC estão nomeados profissionais responsáveis pela dinamização da gestão de risco a nível local – Interlocutores da gestão de risco (IGR) – que têm a responsabilidade de identificar, analisar, avaliar e monitorizar os riscos existentes, definindo e implementando medidas preventivas/correctivas para o seu controlo.

7.1. Processo de Identificação e avaliação dos riscos

A metodologia de identificação e avaliação do risco permite proceder à hierarquização do risco, com vista ao seu controlo e gestão. Existem métodos quantitativos e métodos qualitativos para estabelecer os níveis de risco.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	2009	Nº 65U	37



Esta metodologia é aplicada em todas as Áreas/Unidades Orgânicas do CHLC, com vista à detecção precoce de riscos clínicos e não clínicos.

Para esse efeito, existe um instrumento próprio designado por ficha de identificação e avaliação do risco (Anexo 1), disponível em cada Unidade Orgânica em suporte informático *Excel*. Este instrumento permite que o IGR documente os riscos identificados, planeie as medidas de melhoria, a nível local, e monitorize sistematicamente a implementação dessas medidas.

Os IGR realizam, também, em articulação com o GGR, uma avaliação global dos riscos existentes em várias áreas específicas, designadamente:

- Segurança Contra Incêndio;
- Segurança Geral
- Saúde e Segurança
- Processo Clínico
- Circuito do Medicamento
- Controlo de Infecção
- Gestão de Resíduos Hospitalares
- Rearimação

A avaliação dos riscos que decorrem da actividade desenvolvida no Centro Hospitalar, permite estimar o seu potencial para:

- Causar danos para a saúde das pessoas.
- Originar reclamações, queixas ou processos litigiosos.
- Condicionar a necessidade de reforço da acção das entidades de fiscalização da Saúde ou da Segurança.
- Causar danos no ambiente.
- Causar danos ou perda de património.
- Provocar atrasos operacionais (ex.: listas de espera).
- Prejudicar a reputação do CHLC.

As avaliações de risco devem ser realizadas, sistematicamente, com periodicidade anual e sempre que as circunstâncias se alteram (ex: mudança de instalações, alterações nas práticas, introdução de equipamento substancialmente diferente).

O CHLC, adoptou matriz de avaliação do risco (Anexo2) definida pela *National Patient Safety Agency*, constituída por três tabelas:

- **Tabela 1:** Análise da Consequência do Risco - descreve o risco explicitamente, tendo em conta as consequências potenciais mais prováveis que possam ter impacto no indivíduo (doente, familiar, profissional ou outro) e/ou instituição, segundo sete domínios.

Na primeira coluna da tabela seleccionamos o domínio onde melhor se enquadra o risco identificado e, em seguida, observamos as restantes colunas na mesma linha para analisar as consequências do risco, classificando com o número correspondente numa escala de 1 a 5.

A Tabela 1A (Anexo 2) descreve exemplos relativos ao impacto na segurança de doentes, profissionais ou público segundo a escala das consequências do risco e dos exemplos dos descritores

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	17009	Nº 654	2012
			47

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multisectorial		GRI.103
	METODOLOGIA DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO		

- **Tabela 2: Análise da Probabilidade do Risco** - descreve a probabilidade da ocorrência do risco num período de tempo.
- **Tabela 3: Classificação do Nível de Risco: C (Consequência) X P (Probabilidade) = R (Classificação do Risco).**

A identificação e avaliação de risco, deve ser efectuada, preferencialmente, por uma equipa multiprofissional, com uma perspectiva abrangente do risco identificado.

Neste processo devem ser percorridas cinco etapas:

1º Etapa – Identificar os factores de risco

Para a identificação e caracterização dos factores de riscos, é importante, procedermos a uma análise retrospectiva sobre o que aconteceu no passado, analisando os incidentes, mesmos os que não causaram qualquer tipo de dano.

Os riscos podem ser identificados a três níveis:

- A nível individual dos profissionais, doentes ou público;
- A nível das Áreas /Unidades Orgânicas;
- A nível estratégico.

A identificação sistemática de riscos processa-se através das seguintes abordagens:

- Utilização de *checklists* e questionários.
- Análise de incidentes e da informação relativa a queixas e reclamações.
- Inquéritos de satisfação dos utentes
- Análise da conformidade com a legislação em vigor.
- Análise de relatórios resultantes de inspecções de entidades externas (ex. saúde e segurança ou outras).
- Análise de relatórios de auditorias.
- Acções de formação realizadas aos profissionais.

2º Etapa - Identificar as pessoas expostas aos factores de risco

Nesta etapa, identifica-se as pessoas que estão expostas aos factores de risco (profissionais, doentes ou visitantes) e que podem ser afectadas num determinado período de tempo. Deve ter-se presente o facto de que os doentes são vulneráveis e são os que têm mais probabilidade de serem lesados.

3º Etapa - Avaliar os riscos

Todos os riscos identificados devem ser sistematicamente avaliados e escalonados, com base na análise do tipo de consequências que a situação de risco detectada pode implicar (que consequências?) e a probabilidade da sua ocorrência (com que frequência?).

A matriz de avaliação de risco constituída pelas tabelas 1, 2 e 3 (Anexo 2) orienta o IGR sobre a necessidade de implementar as medidas que, efectivamente, reduzam o nível de risco, ou seja, reduzam a gravidade das consequências ou a probabilidade de ocorrer um incidente associado ao risco identificado.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº 654	2012	57



A análise de risco permite classificar os riscos aceitáveis e aqueles que requerem medidas preventivas/correctivas.

A adopção de todas as medidas possíveis para proteger as pessoas de qualquer tipo de dano é um imperativo ético e legal.

Deste modo, a prioridade para a acção tem por base a Tabela 3 (Anexo 2) e a Tabela 4 (Anexo 3):

- **Risco Baixo** – medidas a implementar quando possível;
- **Risco Moderado** – medidas a implementar tão cedo quanto possível, não ultrapassando um ano;
- **Risco Elevado** – medidas a implementar o mais rápido possível, não ultrapassando os 6 meses;
- **Risco Muito Elevado** – medidas a implementar com carácter urgente, exigindo que o Conselho de Administração seja informado de imediato, para garantir a implementação das medidas correctivas imediatas.

4ª Etapa – Definir Planos de Melhoria

Nesta etapa, em face dos factores de risco identificados e respectiva avaliação, são definidos planos de melhoria que devem contemplar:

- Identificação das acções necessárias para o controlo do risco;
- Designação dos responsáveis pela implementação das acções;
- Especificação de prazos;
- Resultados esperados.

A avaliação dos riscos e o plano de acção devem ser revistos e alterados sempre que necessário. As medidas de melhoria a implementar, devem contemplar, soluções exequíveis, sustentáveis e eficazes, de forma a reduzir o risco para um nível aceitável. Assim, o planeamento e a definição de medidas de melhoria para o controlo do risco implicam a análise das seguintes opções:

- **Reduzir a probabilidade de ocorrência** – implementar medidas para reduzir a probabilidade de ocorrência ou dos seus resultados;
- **Reduzir as consequências** – implementar estratégias de controlo para limitar potenciais consequências;
- **Transferência total ou parcial** – associação com outras entidades (internas ou externas) que partilham o risco;
- **Evitar o risco** – suspender a actividade (esta opção pode originar outros riscos);
- **Conter o risco** – apesar de o risco ter sido reduzido ou transferido, pode existir risco residual, ainda que reduzido, que tem que ser contido/ controlado.

5ª Etapa - Rever a avaliação do risco periodicamente

Os processos de mudança contínua exigem um bom sistema de documentação que responda à reavaliação e actualização constantemente necessárias.

As mudanças podem introduzir novos factores de risco, ou alterar os existentes. Assim, as avaliações de risco devem ser revistas, obrigatoriamente, sempre que se planeiem alterações nos processos de trabalho ou no ambiente, quando ocorrem mudanças que afectam a actividade e periodicamente (pelo menos anualmente).

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.	
A	7009	Nº 650	2012	8/7



8. ANEXOS

8.1. Impressos

8.2. Outros

Anexo 1 – Ficha de identificação e avaliação de risco

Anexo 2 – Matriz de avaliação de Risco adaptada da matriz publicada pelo *NHS, National Patient Safety Agency*

Anexo 3 – Prioridade para a acção segundo a classificação do nível de risco.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº 6009	2017	7/7



Identificação e Avaliação do Risco

Data:		Local:		Avaliado por:																						
N.º	Factor de Risco Actividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência					Probabilidade					Risco Nível												
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B		C	D	E	F	G	Média						

Matriz de Avaliação do Risco

TABELA 1 - ANÁLISE DA CONSEQUÊNCIA DO RISCO

Domínios	Escala das consequências do risco e exemplos dos descritores				
	1	2	3	4	5
	Insignificante	Ligeira	Moderada	Severa	Catastrófica
Impacto na segurança de doentes, profissionais ou público (saúde física/psicológica)	<ul style="list-style-type: none"> Lesões mínimas que não requerem ou requerem apenas intervenções/ tratamentos mínimos Não implica ausência do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> Lesão ou doença que requer intervenção mínima Ausência ao trabalho <3 dias Aumento da duração do internamento de 1-3 dias 	<ul style="list-style-type: none"> Lesão moderada que requer intervenção clínica Requer ausência do trabalho entre 4-14 dias Aumento da duração do internamento de 4-15 dias Acontecimento que afecta um pequeno número de doentes 	<ul style="list-style-type: none"> Lesão grave que provoca incapacidade ou deficiência a longo prazo ou permanente Requer ausência do trabalho > 14 dias Aumento da duração do internamento > 15 dias Defeito no internamento do doente com efeitos a longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Incidentes que provocam a morte Lesões múltiplas e permanentes ou letais no prazo imediato Acontecimento que afecta grande número de doentes
Qualidade/queixas/auditoria	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente prestação de serviço/ tratamento não essencial Queixa/ informal/ inquérito 	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente prestação de serviço/ tratamento total Queixa formal (estádio 1) Rejeição local Falta única no cumprimento de normas internas Implicações minor na segurança do doente se não forem tomadas medidas Diminuição do nível de desempenho se não forem tomadas medidas 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento ou serviço que conduz à redução significativa de eficácia Queixa formal (estádio 2) Rejeição local com possibilidade de revisão independente Incumprimento sistemático das normas internas Implicações maior sobre a segurança dos doentes se não forem tomadas medidas 	<ul style="list-style-type: none"> Não conformidade com as normas/legislação nacional que implica risco significativo para os doentes se não for resolvida Queixa múltiplas revisões independentes Baixo nível de desempenho Rotulário crítico 	<ul style="list-style-type: none"> Nível da qualidade de atendimento/ serviço completamente precário Falta grave para a segurança do doente se não foram tomadas medidas correctivas Investigação de Inspeção Geral de Saúde/ Infância Falta grave no cumprimento da regulamentação nacional
Recursos Humanos / Desenvolvimento Organizacional / Preenchimento de vagas/ Competências	<ul style="list-style-type: none"> Nível baixo de preenchimento de vagas a curto prazo que temporariamente reduz a qualidade de serviço (<1 dia) 	<ul style="list-style-type: none"> Nível baixo de preenchimento de vagas que reduz a qualidade de serviço 	<ul style="list-style-type: none"> Atraso na prestação do objectivo principal devido a falta de profissionais de serviço Nível de preenchimento de vagas ou de competências em risco (> 1 dia) Desmotivação dos profissionais Baixa adesão dos profissionais à formação obrigatória ou chave 	<ul style="list-style-type: none"> Indefinição no tempo até à prestação de objectivo devido à falta de profissionais no serviço Nível de preenchimento de vagas ou de competências em risco (> 5 dias) Perda do pessoal chave Grande desmotivação dos profissionais Os profissionais não frequentam a formação obrigatória ou chave 	<ul style="list-style-type: none"> Não cumprimento de objectivo chave devido à falta de profissionais no serviço Cancelamento do nível de preenchimento de vagas ou de competências em risco Perda de vários elementos chave do pessoal Não frequência sistemática da formação obrigatória/chave
Deveres estatutários/inspeções	<ul style="list-style-type: none"> Sem ou impacto mínimo Não cumprimento das orientações/dever estatutário 	<ul style="list-style-type: none"> Não cumprimento de legislação Eliminação do nível de desempenho se não foram tomadas medidas 	<ul style="list-style-type: none"> Não cumprimento do dever estatutário Desafio externo às recomendações Uso de melhoria 	<ul style="list-style-type: none"> Ação de evasão Múltiplos incumprimentos dos deveres estatutários Alertas de melhoria Diminuição do nível de desempenho Rotulário crítico 	<ul style="list-style-type: none"> Múltiplos incumprimentos dos deveres estatutários Protestação Necessidade completa mudança das estruturas Nível de desempenho zero Rotulário extremamente crítico
Publicidade adversa /reputação	<ul style="list-style-type: none"> Rumores Potencial para constituir Assunto público 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos meios de comunicação social local Confiança do público reduzida a curto prazo Elementos da expectativa pública não contraditória 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos meios de comunicação social local Confiança do público reduzida a longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos meios de comunicação social nacional <3 dias de serviço, sem atingir das expectativas legítimas do público 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura pelos meios de comunicação social nacional > 3 dias de serviço, sem atingir das expectativas legítimas do público Intervenção da Comissão pública Perda completa de confiança do público
Objectivos de negócio /projectos	<ul style="list-style-type: none"> Aumento insignificante dos custos/ Não cumprimento dos prazos 	<ul style="list-style-type: none"> <5% acima do orçamento Não cumprimento dos prazos 	<ul style="list-style-type: none"> 5-10% acima do orçamento Não cumprimento dos prazos 	<ul style="list-style-type: none"> Incumprimento dos limites nacionais de 10-25% acima do orçamento Não cumprimento dos prazos Objectivos chave não atingidos 	<ul style="list-style-type: none"> Excesso orçamental ou/ou acima 25% acima do orçamento Não cumprimento dos prazos Objectivos chave não atingidos
Finanças incluindo queixas	<ul style="list-style-type: none"> Pequena perda, risco nulo de queixa 	<ul style="list-style-type: none"> Perda de 0,1% - 0,25% acima do orçamento queixas com indemnização < 11.000€ 	<ul style="list-style-type: none"> Perda de 0,25% - 0,5% acima do orçamento queixas com indemnização, entre 11.000€ a 111.000€ 	<ul style="list-style-type: none"> Excessos no cumprimento dos objectivos chave/perda de 0,5%-1% acima do orçamento queixas com indemnização, entre 111.000€ a 1 milhão € 	<ul style="list-style-type: none"> Excessos no cumprimento dos objectivos chave/perda >1% acima do orçamento Perda de indemnização superior a 1 milhão € queixas com indemnização, >1 milhão €
Interrupção do serviço /Impacto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> Perda/ interrupção > 1 hora Sem impacto ou com impacto irrelevante no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Perda/ interrupção > 3 horas Impacto mínimo no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Perda/ interrupção > 1 dia Impacto moderado no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Perda/ interrupção > 1 semana Impacto grave no ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Perda permanente de serviço ou instalações Impacto catastrófico no ambiente

TABELA 1A - Exemplos relativos ao impacto na segurança de doentes, profissionais ou público segundo a escala das consequências do risco e dos exemplos dos descritores

Domínios	Escala das consequências do risco e exemplos dos descritores				
	1 Baixa	2 Ligeira	3 Moderada	4 Severa	5 Catastrófica
Impacto na segurança de doentes, profissionais ou público (lesão física/psicológica)	<ul style="list-style-type: none"> Lesões mínimas que não requerem ou requerem apenas intervenção/tratamento mínimos Não implica ausência do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> Lesão ou doença que requer intervenção mínima Ausência ao trabalho <3 dias Aumento da duração do internamento de 1-3 dias 	<ul style="list-style-type: none"> Lesão moderada que requer intervenção clínica Requer ausência do trabalho entre 4-14 dias Aumento da duração do internamento de 4-15 dias Acontecimento que afecta um pequeno número de pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> Lesão grave que provoca incapacidade ou deficiência a longo prazo ou permanente Requer ausência do trabalho > 14 dias Aumento da duração do internamento > 15 dias Deficite no tratamento do doente com efeitos a longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> Incidente que provoca a morte Lesões múltiplas e permanentes ou efeitos na saúde irreversíveis Acontecimento que afecta grande número de pessoas
Exemplos adicionais	<ul style="list-style-type: none"> Dispensa de medicamento errado que não foi administrado Ateso no transporte de doente não crítico 	<ul style="list-style-type: none"> Administração de medicamento ou dose errados sem efeitos adversos Ataque físico (al carro empurrado, apertado enquanto lesão minor) Automutilação resultando em lesões minor Úlcera de pressão de grau 1 Laceração, estiramento, assideração necessitando de recorrer à Saúde Ocupacional mas sem necessitar de faltar ao trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> Administração de medicamento ou dose errados com potenciais efeitos adversos Agressão física causando lesões moderadas Automutilação requerendo intervenção médica Úlcera de pressão de grau 2-3 Infeção nosocomial Informação incorrecta ou inadequada/comunicação na transferência de cuidados Veículo de transporte de doentes envolvido num acidente de viação Escorregadeira/queda resultando numa lesão como p. ex. entorse 	<ul style="list-style-type: none"> Administração de medicamento ou dose errados com efeitos adversos Agressão física causando em lesões graves Úlcera de pressão de grau 4 Infeção nosocomial prolongada Corpo estranho (material/instrumento) depois da cirurgia que requer nova intervenção Reacção transfusional Escorregadeira/queda resultando numa lesão como p. ex. luxação/fractura/traumatismo craniano Amputação de membro Stress pós-traumático Falha na vigilância e administração de vacina a bebé nascido de mãe com hepatitis E 	<ul style="list-style-type: none"> Morte inesperada Glacião de doente Homicídio cometido por doente do foro psiquiátrico Erro em grau de escala em notificação Cirurgia em local errado levando a morte ou incapacidade permanente Incidente resultante em paralisia Incidente resultando em doença mental/mofoção/agressão sexual grave

TABELA 2 – ANÁLISE DA PROBABILIDADE DO RISCO

A probabilidade deve ser estimada tendo em conta um determinado período de tempo ou uma actividade.

Escala Probabilidade do Risco	1	2	3	4	5
Descritor	Muito Raro	Raro	Pouco Provável	Provável	Muito Provável
Frequência (geral) Quantas vezes pode acontecer/acontece?	É provável que nunca aconteça/torne a acontecer	Não esperamos que aconteça/volte a acontecer mas é possível que sim	Pode acontecer ou tornar a acontecer ocasionalmente	Val provavelmente acontecer/tornar a acontecer mas não de forma sistemática	Val acontecer ou tornar a acontecer sem duvida alguma e é possível que frequentemente
Frequência em intervalos de tempo	É provável que nunca aconteça/torne a acontecer	Esperamos que aconteça pelo menos anualmente	Esperamos que aconteça pelo menos mensalmente	Esperamos que aconteça pelo menos com anuidade	Esperamos que aconteça pelo menos diariamente
Frequência (probabilidade) Val acontecer ou não?	< 0,1%	0,1-1%	1-10%	10-50%	> 50%

TABELA 3 - CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DO RISCO (R) = Consequência x Probabilidade (C x P)

A classificação do nível do risco, é baseada na probabilidade de ocorrência e nas consequências do risco identificado que determinará a prioridade para a tomada de medidas. A tabela seguinte apresenta o método de classificação do nível do risco em função da probabilidade estimada e das consequências esperadas (probabilidade de ocorrência x consequência).

Não se pretende que os valores de classificação do risco constituam medidas matemáticas precisas, contudo são úteis para priorizar as medidas de controlo para gerir os diferentes riscos.

Nível do Risco Consequência	Probabilidade				
	1	2	3	4	5
	Muito Raro	Raro	Pouco Provável	Provável	Muito Provável
5 Catastrófica	5	10	15	20	25
4 Severa	4	8	12	15	20
3 Moderada	3	6	9	12	15
2 Ligeira	2	4	6	8	10
1 Baixa	1	2	3	4	5

- 1 - 3 Risco Baixo
- 4 - 6 Risco Moderado
- 8 - 12 Risco Elevado
- 15 - 25 Risco Muito Elevado

TABELA 4 – PRIORIDADE PARA ACÇÃO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE RISCO

Os níveis de risco identificados constituem a base para decidir sobre a necessidade de melhorar as medidas de controlo existentes ou até mesmo implementar novas medidas, bem como identificar as acções prioritárias. O Quadro seguinte define os critérios que servem de ponto de partida para a tomada de decisão para o controlo dos riscos calculados no quadro anterior.

Nível de Risco	Descrição	Medidas a Tomar	Prazo
1 - 3	Risco Baixo	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas fáceis e rápidas, implementadas de imediato. • Outras medidas adicionais planeadas, após uma análise custo-benefício, se a quando houver disponibilidade de recursos. • Se a redução do risco depender da utilização de recursos, este nível de risco exige uma utilização baixa a moderada de recursos até que se consiga reduzi-lo para um nível mais baixo. • Estabelecer um plano de prioridades e custos para gerir o risco, identificando os recursos necessários. • Incorporar no orçamento e no plano de acção. • Gerir a nível local • As medidas para reduzir o risco devem ser implementadas tão cedo quanto possível, não ultrapassando 1 ano 	Quando possível
4 - 7	Risco Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser estabelecido um plano com as medidas para reduzir o risco, determinando as alterações necessárias. • Quando o risco elevado está associado com consequências muito graves ou morte, ser-á necessária uma avaliação posterior para estabelecer, com maior precisão, a probabilidade de ocorrência de lesão e determinar a necessidade de implementar medidas adicionais de controlo. • Gerir a nível local • Medidas implementadas o mais rápido possível, imediatas para reduzir o nível de risco, e as restantes não ultrapassando os 6 meses • O trabalho não deve ser iniciado até que o risco seja reduzido. 	1 Ano
8 - 14	Risco Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Quando o risco correspondente a uma actividade que está a ser realizada, deve ser dada formação e informação aos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos. • Se a redução do risco depender do uso de recursos, este nível de risco exige uma utilização imediata de recursos maior até que se consiga reduzi-lo para um nível mais baixo. • Estabelecer um plano de prioridades e custos de tratamento do risco, identificando e avaliando os recursos necessários. • Informação do Conselho de Administração • Riscos não aceitáveis em qualquer circunstância previsível, requerendo medidas urgentes • O Conselho de administração é informado e implementa medidas correctivas imediatas. • A actividade não deve ser iniciada nem continuada até que se reduza o risco para um nível mais baixo. • Se não for possível reduzir o risco, inclusive com recursos limitados, a actividade deve ser suspensa • Num emergência, em que o risco de todas as outras alternativas, incluindo não fazer nada, é ainda maior, é razoável aceitar este nível de risco por um período de tempo muito curto • Discontinuar acção imediata para a possível suspensão da actividade. • Estabelecer um plano de prioridades e de custos do tratamento do risco, identificando e avaliando os recursos necessários 	6 Meses
15 - 25	Risco Muito Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Riscos não aceitáveis em qualquer circunstância previsível, requerendo medidas urgentes • O Conselho de administração é informado e implementa medidas correctivas imediatas. • A actividade não deve ser iniciada nem continuada até que se reduza o risco para um nível mais baixo. • Se não for possível reduzir o risco, inclusive com recursos limitados, a actividade deve ser suspensa • Num emergência, em que o risco de todas as outras alternativas, incluindo não fazer nada, é ainda maior, é razoável aceitar este nível de risco por um período de tempo muito curto • Discontinuar acção imediata para a possível suspensão da actividade. • Estabelecer um plano de prioridades e de custos do tratamento do risco, identificando e avaliando os recursos necessários 	Imediato

ANEXO II – Instrumento de Avaliação do Risco de Infecção no Doente Admitido no Serviço de Urgência



AVALIAÇÃO DO RISCO DE INFECÇÃO DO DOENTE ADMITIDO PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA

<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Vinheta do Doente</div>	
Diagnóstico de entrada	
Proveniência	<input type="checkbox"/> Outro Hospital/Serviço <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Continuados Integrados <input type="checkbox"/> Cuidados Domiciliares <input type="checkbox"/> Lar de Idosos <input type="checkbox"/> Domicílio (Sem prestação de Cuidados de Saúde) <input type="checkbox"/> Via Pública
Suspeita de Infecção/ Infecção Diagnosticada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ➔ Qual _____
FACTORES DE RISCO INTRINSECO	
Idade	<input type="checkbox"/> 15 - 65 Anos <input type="checkbox"/> ≥ 65 Anos
Comorbilidades	<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Mellitus</i> <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Crónica <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crónica <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crónica <input type="checkbox"/> Imunossupressão (Neoplasia, Doença Auto Imune, VIH / SIDA, Transplante)
Antecedentes Relevantes	<input type="checkbox"/> Múltiplos Internamentos <input type="checkbox"/> Infecção Prévia a Microorganismos Multiresistentes (documentada) <input type="checkbox"/> Antimicrobianos Hábitos Medicamentosos: <input type="checkbox"/> Imunossupressores <input type="checkbox"/> Corticóides <input type="checkbox"/> Quimioterapia e/ou Radioterapia
Escala Coma Glasgow	<input type="checkbox"/> 15 – 13 <input type="checkbox"/> 12 – 9 <input type="checkbox"/> 8 – 3

AValiação DO RISCO DE INFEcÇÃO DO DOENTE ADMITIDO PELO SERVIÇO DE URgÊNCIA

Nutrição	<input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Prega cutânea	
Mobilidade/ Índice de Katz	<input type="checkbox"/> 6 – 8 (Independente) <input type="checkbox"/> 9 – 12 (Parcialmente dependente) <input type="checkbox"/> 13 – 18 (Totalmente dependente)	
Integridade Cutânea	<input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão <input type="checkbox"/> Úlcera Venosa <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial	<input type="checkbox"/> Ferida Cirúrgica Infectada <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Ferida Traumática
Presença de Próteses Internas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim abdominais valvulares vasculares (FAV) ortopédicas	
FACTORES DE RISCO EXTRÍNSECO		
Dados de Exposição do Doente	<input type="checkbox"/> Ventilação Invasiva Assistida <input type="checkbox"/> Cateter Intravascular (venoso e arterial): <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Cateter de Hemodiálise Provisório <input type="checkbox"/> Cateter Central com Câmara Subcutânea <input type="checkbox"/> Linha arterial <input type="checkbox"/> Drenagem Ventricular Torácica Abdominal <input type="checkbox"/> Cirurgia no último mês (inclui ferida operatória, drenos e estoma) <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Cateter Urinário ou Algália/Sonda Vesical (inclui cistocater, nefrostomia e uretostomia)	