



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**A SEGURANÇA DO DOENTE E O RESPEITO PELA
VULNERABILIDADE COMO CAMINHO PARA A
EXCELÊNCIA DO CUIDAR**

**PATIENT SAFETY AND THE RESPECT FOR VULNERABILITY AS A
PATHWAY ON CARING EXCELLENCE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-cirúrgica

Por

Isabel Maria Oliveira e Silva

Porto, 4 de abril de 2017



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A SEGURANÇA DO DOENTE E O RESPEITO PELA
VULNERABILIDADE COMO CAMINHO PARA A
EXCELÊNCIA DO CUIDAR

PATIENT SAFETY AND THE RESPECT FOR VULNERABILITY AS A
PATHWAY ON CARING EXCELLENCE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem médico-cirúrgica

Por

Isabel Maria Oliveira e Silva

Sob a orientação de Doutora Irene Oliveira

Porto, 4 de abril de 2017

Resumo

O presente relatório reflete o percurso de aprendizagem e aquisição de competências verificado durante o período de estágio preconizado para o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e diz respeito a dois Módulos de Estágio realizados numa Unidade Local de Saúde, demonstrando-se em simultâneo a aquisição de competências no contexto do doente em situação crítica. O Módulo I foi desenvolvido em contexto de Serviço de Urgência, o Módulo II foi creditado e o Módulo III realizado em Prevenção e Controlo da Infecção. Através de uma abordagem crítica relativamente à obtenção de competências é descrito, de forma objetiva e pela valorização de uma prática de enfermagem autónoma, a realização de projetos e ações que podem conduzir a uma melhoria substancial na prestação de cuidados de saúde ao doente internado.

Pela formulação e desenvolvimento de um projeto de referenciação inovador que faz a ponte entre o domicílio e o serviço de urgência, foi valorizada a dignidade da pessoa humana através do respeito pela vulnerabilidade. Foi demonstrada a importância da atividade do Enfermeiro Especialista como agente agregador e proativo no desenvolvimento de projetos que visem a melhoria na gestão dos serviços de saúde através da referenciação atempada de situações potencialmente problemáticas e que podem pronunciar a sobrelotação dos serviços de urgência. A importância da exaustão do cuidador informal como problema que ultrapassa a barreira comunitária e se instala de forma inequívoca nos serviços de urgência, com a necessidade premente de demonstrar o problema, foi uma atividade de realce apresentada no relatório. A prática profissional responsável demonstrada pela reflexão e análise crítica das questões éticas encontradas no contexto da prática, nomeadamente os horários de visitas no serviço de urgência, é refletida neste trabalho.

A demonstração de que a segurança do doente é o epíteto da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde foi obtida durante o desenvolvimento da prática na Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos. Através de uma ação no domínio das Recomendações de Boas Práticas em Controlo da Infeção, permitiu concentrar aspetos da formação, da melhoria da qualidade dos cuidados e da investigação. Ao mesmo tempo obteve-se o construto para a melhoria na gestão e segurança dos cuidados pela demonstração da necessidade de alterações das Normas vigentes na instituição. A aquisição de conhecimentos em áreas como a da vigilância epidemiológica conduziu à reflexão sobre os terrenos de ação do enfermeiro especialista e a importância da sua atividade.

O Mestrado permitiu o desenvolvimento de competências refletidas não só no desempenho de atividades, mas também na consciencialização de que o desenvolvimento da profissão assentará sempre na capacidade dos enfermeiros se atualizarem, procurarem e aprofundarem o conhecimento. Foi o impulsionador que fez refletir sobre a atividade profissional e sobre a forma como é possível a construção de um caminho de investigação que proporcione o avanço dos cuidados de saúde e principalmente os cuidados de enfermagem.

Palavras Chave: Enfermagem; Vulnerabilidade; Dignidade Humana; Segurança do Doente

Abstract

This report reflects the course of learning and acquisition of competences verified during the period of internship recommended for the Master course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing of the School of Nursing (Porto), Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa. And concerns two Stage Modules carried out in a Local Health Unit, demonstrating at the same time the acquisition of skills in the context of the critically ill patient. Module I was developed in the context of Emergency Department, Module II was credited and Module III carried out in Healthcare Infection Control and Prevention. Through a critical approach to the acquisition of competencies, it's described, objectively and through the valuation of an autonomous nursing practice, the realization of projects and actions that can lead to a substantial improvement in the delivery of health care to the hospitalized patient.

Through the formulation and development of an innovative reference project that bridges community and emergency department, the dignity of the human being was valued by the respect for vulnerability. It has demonstrated the importance of the activity of the Specialist Nurse as an aggregator and proactive agent in the development of projects aimed to improve the management of health services by the timely reference of potentially problematic situations that can pronounce the overcrowding of emergency services. The importance of the informal caregiver's burden as a problem that goes beyond the community barrier and is unequivocally installed in emergency services, with the urgent need to demonstrate this problem, was a highlight in the report. The responsible professional practice demonstrated by the reflection and critical analysis of the ethical issues found in the context of the practice, namely the visiting hours in the emergency department, is reflected in this work

The demonstration that patient safety is the epithet of the healthcare infection control and prevention was obtained during the development of the practice in the Infection Control and Antimicrobial Resistance Department. Through an action in the field of Best Practice Recommendations on Healthcare Infection Control, it was possible to concentrate aspects of training, improving quality of care and research. At the same time, the construct for the improvement in the patient safety management was obtained by the demonstration of need for changes in the Institutional Norms. The acquisition of knowledge in such areas as the Epidemiological Surveillance of healthcare associated infections led me to the reflection on the fields of action of the Specialist Nurse and the importance of their activity.

The Master has allowed the development of competencies reflected not only in the performance of activities but also in the awareness that the professional development will always be based on the nurse's ability to update, seek and deepen knowledge. It was the driver that made reflect on the professional activity and on how it is possible to build a research path that provides the advance of health care and especially nursing care.

Keywords: Nursing; Vulnerability; Human dignity; Patient Safety

Agradecimento

Depois deste percurso repleto de aprendizagem cabe-me agradecer a todos os que permitiram que o caminho se tornasse mais fácil nos momentos em que me senti esmorecer.

À Doutora Irene Oliveira, pelo apoio constante e visão clara e objetiva em todos os momentos, sempre imprescindível e cirúrgica.

À Enfermeira Ilda Devesa pelo apoio, incentivo e discernimento perante todos os acontecimentos, muito obrigada.

Agradeço a todos os tutores de estágio porque sempre incentivaram e ajudaram ao sucesso dos meus projetos. Aos utentes e seus familiares, pois, sem a sua preciosa colaboração não teria experiências únicas e preenchidas de conhecimento.

Finalmente não posso deixar de agradecer ao Helder pela paciência e apoio incondicional e à Carolina porque é por ela e para ela toda a minha vontade de avançar.

“Toda a gente é pessoa; mas o doente é mais pessoa que toda a gente.”

Daniel Serrão

Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CAUTI – “*Catheter Associated Urinary Tract Infection*”

CCIRA – Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

CDC – “*Centers for Disease Control and Prevention*”

CRBSI – “*Catheter Related Bloodstream Infection*”

CVC – Cateterismo Venoso Central

CVP – Cateterismo Venoso Periférico

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

GCL – Grupo Coordenador Local

ICS-UCP – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

INE – Instituto Nacional de Estatística

OBS – Sala de Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia associada à intubação

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SGQS – Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde

ST2 – Sala de Trabalho 2

SU – Serviço de Urgência

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1 - Introdução.....	17
2 – Caracterização dos Contextos da Prática.....	21
2.1 – Serviço de Urgência	21
2.2 - Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos	23
3 – Desenvolvimento de Competências no Serviço de Urgência	25
3.1 – Contextualização Sociodemográfica da População.....	25
3.2 - Projeto de Referenciação de doentes no Serviço de Urgência	27
3.3 – A Sobrecarga do Cuidador Informal no Serviço de Urgência	32
3.4 – Contributos para a Melhoria na Prestação de Cuidados	42
3.5 - Contributos para o desenvolvimento da Gestão dos Cuidados.....	47
4 - Desenvolvimento de competências em Prevenção e Controlo da Infecção.....	53
4.1 – Contextualização da Segurança do Doente.....	53
4.2 – A Vigilância Epidemiológica.....	55
4.3 – Prevenção da Bacteriemia associada aos dispositivos intravenosos	60
4.4 – Verificação de Práticas relacionadas com os dispositivos intravenosos	66
5 – Conclusão	75
6 – Referências Bibliográficas.....	81
7 - Apêndices	89
Apêndice 1 – Guia Orientador para a Referenciação de doentes no SU.....	91
Apêndice 2 – Estudo Exploratório: “A Sobrecarga do Cuidador Informal no SU”	95
Apêndice 3 - Proposta de Melhoria Contínua no SU.....	149
Apêndice 4 - Póster: “Hoje é dia de... prevenir a Bacteriemia associada a dispositivos intravenosos.....	179

Apêndice 5 - Panfletos com resultados da Vigilância Epidemiológica	183
Apêndice 6 - Guias de Bolso para a Inserção e Manipulação do CVC	189
Apêndice 7 - Guias de Bolso para a Manipulação do CVP	193
Apêndice 8 - Inquérito aos conetores de Segurança	197
Apêndice 9 - Grelhas de Verificação de Práticas	201
8 - Anexos	205
Anexo 1 - Perfil do Utilizador habitual do Serviço de Urgência.....	207

Índice de tabelas

Tabela 1 - Morbilidades do Dependente	35
Tabela 2 - Grau de Dependência do indivíduo	35
Tabela 3 - Relação do Familiar Cuidador com o Dependente	35
Tabela 4 - Escalão etário do Cuidador Informal.....	36
Tabela 5 - Situação profissional do Cuidador Informal.....	36
Tabela 6 - Apoios na Comunidade	36
Tabela 7 - Sobrecarga do Cuidador	36
Tabela 8 - Relação da Sobrecarga do Cuidador com outras variáveis.....	37
Tabela 9 - Artigos consultados sobre o Horários de Visita no SU	43
Tabela 10 - Artigos sobre Prevenção da Infecção associada a dispositivos intravenosos	64
Tabela 11 - Manutenção do dispositivo intravenoso periférico	69

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Relação da Dependência, Sobrecarga e Nível social	38
Gráfico 2 – Verificações realizadas	68
Gráfico 3 - Manutenção do dispositivo intravenoso periférico	69
Gráfico 4 - Manipulação do dispositivo venoso periférico	70
Gráfico 5 - Manutenção do CVC.....	70
Gráfico 6 - Razão para a presença de CVC.....	71

1 - Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Ao longo do desenvolvimento profissional e à luz do Regulamento publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (OE), onde se regulam as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este deve ser capaz de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização dos cuidados de enfermagem.

Este relatório diz respeito aos Módulos de estágio previstos para o ciclo de estudos previamente identificado. O primeiro módulo foi realizado em contexto de urgência/emergência num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de uma Unidade Local de Saúde no período de 05 de maio a 25 de junho de 2016.

O terceiro e último módulo de estágio, o de opção, foi desenvolvido no período de 12 de setembro a 05 de novembro de 2016, numa Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos de uma Unidade Local de Saúde, integrando-se por isso a sua atividade em meio hospitalar e comunitário. A escolha desta área no módulo de opção prende-se com a perceção de que cada vez mais a infeção associada aos cuidados de saúde representa um papel relevante na prestação direta dos cuidados de enfermagem.

Quanto ao segundo módulo estágio - em Unidade de Cuidados Intensivos - foi-me creditado dado que a minha atividade profissional se desenvolve desde 2004 numa unidade de cuidados Intensivos polivalente.

Desde 2014 integro neste serviço, um projeto que respeita à identificação e gestão do *delirium* em cuidados intensivos e que se iniciou com a elaboração de protocolos. Através deste projeto venho a desenvolver competências em Formação e Investigação, dado que se desenvolveu um workshop, baseado na mais recente evidência científica. Esta atividade confere também a aquisição de competências na melhoria dos cuidados a prestar ao doente crítico.

A elaboração de protocolos, de forma a uniformizar os cuidados prestados por todos os intervenientes do processo de cuidado à pessoa, para que as complicações daí resultantes

sejam minimizadas é uma das competências que adquiri no âmbito da Gestão e da Prestação de Cuidados pela elaboração de diversos protocolos que se encontram publicados na Gestão Documental daquela unidade de saúde, nomeadamente o “Protocolo de Nutrição Entérica”, o “Protocolo de Analgesia, Sedação e *Delirium*” e o “Protocolo de Plasmafiltração”. Ainda no domínio da Investigação, ao longo do meu desenvolvimento profissional, participei como palestrante convidada em diversos congressos, relativamente à Nutrição do Doente Crítico, tema que venho a trabalhar desde 2009.

No domínio da Prevenção e Controlo da Infeção, sou elo de ligação com a Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos desde 2014. Desenvolvo em grupo multiprofissional, formação para os estudantes em estágio denominada “Higiene das Mãos” que tem como principal objetivo salientar a importância e a necessidade da higiene das mãos na prevenção da infeção cruzada naquele ambiente por vezes hostil para a prática segura dos cuidados, promovendo-se assim uma maximização dos cuidados na prevenção e controlo da infeção. Em 2016 passei a exercer o papel de responsável pela Formação em Serviço, função que considero de elevada responsabilidade, mas muito gratificante pois permite-me a aquisição de diversas competências e conduz a uma necessidade de aprendizagem contínua.

Este trabalho iniciou-se previamente ao desenvolvimento das atividades em contexto da prática pela conceção de um projeto pessoal e profissional onde prevalece a constatação de que as transformações sociodemográficas ancoradas numa crise económica global favorecem o aparecimento de pessoas e famílias cada vez mais vulneráveis, sobre as quais o enfermeiro tem a responsabilidade profissional de ajudar a melhorar a sua capacidade para enfrentar os processos patológicos. Assim, todo o percurso foi cimentado no pressuposto de que os enfermeiros têm a responsabilidade de desenvolver ações que permitam demonstrar a necessidade de adaptação dos sistemas de saúde às necessidades da população, evidenciando o respeito pela vulnerabilidade.

Ainda no domínio da responsabilidade profissional perante o indivíduo vulnerável que recorre aos cuidados de saúde, durante o trabalho, é dada relevância à necessidade de promover a segurança nos cuidados de saúde, promovendo-se atividades que visam a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Na análise crítica das atividades desenvolvidas foi adotada uma estratégia de identificação de pontos fortes e fragilidades com projeção de ações de melhoria.

Decidi elaborar este trabalho com base no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, dando especial ênfase aos projetos desenvolvidos, descrevendo a minha atividade e como foram atingidos os objetivos propostos no projeto, justificando assim a aquisição de competências. Foram expressas a aquisição de competências nos quatro domínios de intervenção descritos como transversais a todos os enfermeiros especialistas, nomeadamente no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, no Domínio da Gestão dos Cuidados e no Domínio da Investigação. Importa reforçar que mediante a área específica, também existem competências dirigidas a cada especialidade. Relativamente à Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, compõem a sua componente específica a atuação nos processos complexos de doença crítica, ao indivíduo e família, maximizando-se a intervenção na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, em qualquer nível de intervenção

Ao longo deste trabalho tive como objetivo expor as atividades realizadas durante os módulos de estágio através de uma metodologia de análise crítico-reflexiva. Assim, pretendo:

- Expor e analisar o processo de concretização dos objetivos de aprendizagem definidos no projeto de estágio;
- Avaliar o processo de desenvolvimento de competências clínicas, de gestão de cuidados, de investigação e de autoformação durante o estágio;
- Fundamentar as opções e atividades desenvolvidas, na evidência científica resultante das revisões de literatura realizadas, nos critérios éticos aplicáveis e na gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Durante esta exposição elaborei a caracterização dos diferentes locais de estágio, de forma a integrar e orientar o leitor no local onde este se desenvolveu e para que consiga perceber a metodologia do trabalho em cada serviço, construindo para esta etapa um capítulo do trabalho. De seguida, compus dois capítulos distintos, um respeitante ao desenvolvimento e aquisição de competências no Serviço de Urgência, e o segundo referente ao desenvolvimento de toda a atividade académica e profissional no contexto da Prevenção e Controlo da Infeção. Abordei a contextualização socio demográfica em Portugal no sentido de justificar as ações desenvolvidas no Serviço de Urgência e a contextualização da Segurança do Doente como justificação para as atividades desenvolvidas em Prevenção e Controlo da Infeção. De seguida foram expostas as

atividades desenvolvidas durante o estágio, a concretização dos objetivos enunciados no projeto e a justificação da aquisição de competências.

2 – Caracterização dos Contextos da Prática

O desenvolvimento de competências deste plano de estudos confere a realização de estágios em diferentes ambientes de cuidados permitindo ao estudante uma complexidade de experiências que conjugadas com os conhecimentos teóricos adquiridos permitam a sua evolução no processo de cuidar. O meu percurso prático realizou-se em dois contextos distintos, o de Urgência/Emergência e o de Prevenção e Controlo da Infecção, que conjugados contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional e para a capacitação e aquisição de competências como.

2.1 – Serviço de Urgência

O desenvolvimento de competências em contexto de Urgência/Emergência decorreu numa instituição de saúde com serviço de urgência médico-cirúrgica e, portanto, o segundo nível de acolhimento em situação de urgência que está definido como um apoio diferenciado para os serviços de urgência básica e serve de ponte para os serviços de urgência polivalente (Ministério da Saúde, 2014). Também está incluído neste serviço a urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Este serviço de urgência tem no seu atendimento valências médicas de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia, com Bloco Operatório em apoio permanente, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia e Patologia Clínica bem como serviço de Imagem com radiologia convencional, ecografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. De forma não permanente, existe o atendimento de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia no período diurno (8h-20h), sendo que as especialidades de Neurologia e Cardiologia se encontram em funcionamento na estrutura física do serviço de urgência e as restantes em sede de consulta externa. De sublinhar que relativamente à especialidade de Pediatria, o seu atendimento não existe em serviço de urgência formal, mas como atendimento pediátrico de referência, integrado na rede de Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP), isto é, existe um atendimento pediátrico permanente que funciona em período diurno (8h-20h) em

instalações físicas próprias, mas sob referenciação externa dos cuidados de saúde primários ou outros hospitais da rede.

Este serviço de Urgência é referência primária para uma população residente com cerca de 173 748 habitantes e referência secundária para a população dos 2 concelhos vizinhos com uma população total estimada de aproximadamente 142 074 habitantes (Pordata, 2015).

Quanto à estrutura física, o serviço é constituído por duas estações de triagem (uma só é acionada em momentos de maior fluxo de doentes) e uma sala de emergência com duas unidades preparadas para receber doentes em situação crítica. Depois de realizada a triagem pelo enfermeiro, o utente é encaminhado para uma sala ainda na proximidade da área da triagem onde aguarda a observação clínica na área médica, havendo sempre lugar a nova triagem caso se verifique essa necessidade. Após a passagem por um dos 7 gabinetes para avaliação médica, o utente entra na área da sala de trabalho de enfermagem ou sala destinada às situações de dependência de terapêutica inalatória e/ou oxigenoterapia, constituindo-se esta como a área médica do SU. Quando na triagem inicial se verifica uma situação do foro cirúrgico ou orto traumatológico, o doente é encaminhado para a área cirúrgica onde se situa a sala de trabalho de enfermagem para apoio a esta área.

Todos os doentes que necessitem de avaliação periódica frequente passam a uma área do serviço de urgência denominada Sala de Trabalho 2 (ST2), que na sua génese seria uma unidade rápida de diagnóstico servindo de ponte para o internamento ou sala de observações (OBS), que é o último reduto deste serviço. A ST2 tem uma capacidade habitual de 12 macas, mas em situações especiais este número ascende até às duas dezenas. Quanto ao serviço de OBS, a sua capacidade oscila sazonalmente, no período de Inverno tem capacidade para 16 camas e no Verão 12 camas. Aqui, há possibilidade de monitorização em 14 das 16 unidades, com registo contínuo na central (balcão de enfermagem) e existem também duas unidades preparadas para isolamento respiratório de partículas.

A dotação dos enfermeiros no serviço de urgência realiza-se por Posto de Trabalho, segundo o regulamento redigido pela Ordem dos Enfermeiros e publicado em Diário da República (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

No serviço de urgência desta Instituição é realizada a triagem e encaminhamento do doente no serviço segundo a Triagem de prioridades de Manchester e encontra-se em funcionamento o sistema de orientação de Vias Verdes (Coronária, Trauma, Sépsis e AVC).

Mediante a prioridade atribuída pela triagem de Manchester, realizada aqui exclusivamente por enfermeiros, o doente poderá ser encaminhado para a área da triagem

médica/cirúrgica seguindo a partir desse ponto o seu trajeto no serviço de urgência. Ou tratando-se de uma situação de risco imediato de falência orgânica e consequente risco de vida é admitido na Sala de Emergência que se situa nas imediações do acesso ao serviço de urgência e posto de triagem, representando um local estratégico para a admissão do doente proveniente de todo o serviço de urgência ou outro local do hospital. Sempre que após a Triagem de Prioridades se identifique uma situação em que a necessidade de observação pelo médico seja realizada fora do espaço físico do serviço de urgência (situação específica da especialidade de Oftalmologia e Otorrinolaringologia ou encaminhamento para a urgência de Ginecologia/Obstetrícia), os doentes são acompanhados por um assistente operacional do serviço de urgência.

2.2 - Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

O estágio de Prevenção e Controlo da Infecção foi realizado na Comissão de controlo de infecção e resistência aos antimicrobianos de uma Unidade Local de Saúde, que pertence ao Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)(Ministério da Saúde, 2013).

O núcleo executivo da CCIRA é multidisciplinar e constituído por 2 enfermeiros com experiência na área da prevenção e controlo de infecção, em que um é responsável pelo desenvolvimento da atividade hospitalar e o segundo, responsável pelo desenvolvimento da atividade da CCIRA no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). Este núcleo completa-se com um médico Infeciologista (o coordenador do grupo), um médico Microbiologista, um médico dos cuidados de saúde primários (ACES), um Técnico Superior de Microbiologia, um Farmacêutico e um Assistente Técnico. Está integrado neste GCL-PPCIRA o grupo de apoio à validação da prescrição de antimicrobianos (PAPA) que é composto unicamente por profissionais médicos da especialidade de Infeciologia e Microbiologia. O núcleo consultivo é igualmente multidisciplinar e composto por um enfermeiro da Unidade de Saúde Pública, um enfermeiro responsável pelo Serviço de Esterilização, um médico, um Farmacêutico, o Gestor do Risco Clínico, o representante do Gabinete de Higiene e Segurança no Trabalho, o representante do Serviço de Compras e Logística, o representante do Serviço de Instalações e Equipamentos e o representante dos Serviços Hoteleiros.

São objetivos desta comissão hospitalar a vigilância epidemiológica, através da recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infeções; a elaboração e atualização do Manual de Recomendações de boas práticas em controlo de infeção, partindo das normas de orientação clínica divulgadas pela Direção Geral da Saúde e a formação e informação de todos os profissionais a laborar na unidade de saúde, pela implementação de políticas, procedimentos e práticas para a orientação na prevenção e controlo da infeção, baseadas no Manual de Recomendações de Boas Práticas (Leça, et al, 2008).

A comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos é um órgão essencialmente consultivo, no entanto também lhe são atribuídas funções executivas, no que respeita ao planeamento, implementação e monitorização dos objetivos e metas que integram o Plano Operacional do Programa de Controlo da Infeção da unidade de saúde correspondente. Portanto, compete à CCIRA não só a recolha de informações relevantes relacionadas com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, mas a divulgação das conclusões relacionadas com esses dados e partindo daí elaborar propostas de melhoria da qualidade e segurança do beneficiário dos cuidados de saúde.

3 – Desenvolvimento de Competências no Serviço de Urgência

O serviço de urgência é em múltiplas ocasiões o recurso mais próximo do cidadão para o acesso aos cuidados de saúde e as alterações sociodemográficas que atualmente se impõem na sociedade sugerem mudanças que nem sempre os profissionais e os serviços de saúde estão preparados para operar e/ou identificar. O desenvolvimento de competências para a aquisição do grau de Mestre, no serviço de urgência, levou-me a refletir sobre a prática e a partir dessa reflexão desenvolver ações e projetos que proporcionem ao utente uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados.

Esta realidade dos serviços de urgência justifica que as atividades a desenvolver se adaptem às modificações sociais e demográficas que atualmente se enfrenta, assim, realizo a contextualização sócio demográfica em Portugal como enquadramento para o desenvolvimento de ações no contexto da prática no Serviço de Urgência.

3.1 – Contextualização Sociodemográfica da População

Os dados divulgados em 2015 pela Organização Mundial das Nações Unidas mostram um crescimento demográfico exponencial (ONU, 2015). Este crescimento populacional deve-se ao aumento progressivo da esperança média de vida, dado que os índices de fecundidade têm diminuído consistentemente ao longo dos anos (United Nations, 2015).

Em Portugal o cenário demográfico é equivalente ao dos restantes países europeus, assim, a proporção de jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a de idosos (população com 65 anos ou mais) cresceu para os 19%, nos censos de 2011, o que conduziu a um estreitamento da base da pirâmide demográfica. A par desta realidade, verificou-se também que a partir de 2010 Portugal perdeu população devido aos fluxos migratórios provocados pela crise económica que se instalou, conduzindo a uma perda de população nos grupos etários até aos 65 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Todas estas circunstâncias justificam um duplo envelhecimento da população Portuguesa pois há um aumento do número de idosos (pelo aumento da esperança média de vida) com

diminuição do número de jovens (até aos 15 anos) e da população em idade ativa (15-65 anos) devido aos fenómenos da emigração e da diminuição da taxa de natalidade (Instituto Nacional de Estatística, 2014). A esperança média de vida tem vindo a aumentar, continuando a ser superior nas mulheres comparativamente aos homens. Apesar disso, no que diz respeito ao número de “anos de vida saudável” assiste-se a uma inversão numérica, as mulheres esperam 5,6 anos de vida saudável aos 65 anos (restando cerca de 14 anos de vida com limitações de longa duração) e os homens 6,9 anos (revelando uma diferença de cerca de 6 anos de vida com limitações de longa duração) (Pordata, 2014a).

Quantos aos cuidados de saúde hospitalares e nomeadamente no contexto dos serviços de urgência, em 2013 realizaram-se 7,2 milhões de atendimentos nos hospitais Portugueses e destes, 81,9% foram motivados por doença, 11,3% por acidente e apenas 6,8% por outras causas (lesões por agressão ou auto provocadas) (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

A par da evolução demográfica que como vimos é também afetada pela crise económica, temos assistido a modificações institucionais relativamente aos cuidados de saúde condicionadas pelos constrangimentos económicos que afetam as necessidades da população. A crise dos sistemas de saúde e proteção social no decurso das últimas décadas, resultante em boa parte do envelhecimento da população, dá novamente às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos familiares. Em Portugal, em média, 5,1% da despesa das famílias corresponde aos gastos em saúde ao passo que a média da UE28 se situa nos 3,9%(Pordata, 2014b). Com o investimento governativo nos cuidados de saúde primários e uma eleição pelos cuidados ao domicílio deparamo-nos com uma maior pressão sobre as famílias que têm cada vez mais pessoas dependentes e com necessidades diárias de cuidados de saúde. Hoje em dia assistimos também a modificações estruturais no seio familiar, com núcleos muito heterogéneos e tendencialmente mais reduzidos, no entanto, o número de famílias com pessoas idosas dependentes a cargo tem uma tendência crescente justificada pelos dados acima descritos. Assim, os serviços de urgência são confrontados com um acesso na sua maioria motivado por doença, numa população cada vez mais envelhecida e inserida num seio familiar em que as despesas em saúde representam um encargo considerável.

3.2 - Projeto de Referenciação de doentes no Serviço de Urgência

O serviço de urgência representa a principal porta de entrada de um hospital e atendendo às transformações sociais e demográficas acima descritas, é inegável que seja através deste serviço hospitalar que nos surjam situações que configuram necessidade de intervenção, seja ao nível social como de continuidade na prestação de cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar. Os cuidados de saúde mais diferenciados e no caso concreto o serviço de urgência hospitalar não pode assumir-se como pequena ilha em que a comunicação com o exterior não é assegurada.

O desenvolvimento dos sistemas de informação veio revolucionar a forma como os profissionais de saúde avaliam e dirigem o tratamento aos indivíduos. Assim, devemos garantir que a informação que nos é colocada à disposição pelo desenvolvimento tecnológico sirva para melhorar a prestação de cuidados de saúde e permitir rigor na comunicação com todos os serviços, sejam eles da rede hospitalar ou comunitária. Deve ser estabelecida uma comunicação efetiva e dinâmica entre o serviço de urgência hospitalar e os serviços na comunidade para que se efetuem diagnósticos precoces de situações potenciais ou reais de risco para a saúde do indivíduo, família e comunidade.

Ao longo do desenvolvimento profissional e à luz do Regulamento publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (OE), onde se regulamentam as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este deve ser capaz de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Surgiu assim uma necessidade de intervir, como aluna de mestrado, na melhoria dos cuidados a prestar aos utentes que recorrem ao serviço de urgência após a identificação de problemas e oportunidades de melhoria, no que respeita à orientação e referenciação após a alta deste serviço.

No decorrer do estágio houve a perceção individual, de uma necessidade sentida pelos enfermeiros do serviço de urgência desta unidade de saúde, que em determinadas situações os doentes permaneciam no serviço em todo o percurso de doença aguda não havendo lugar à possibilidade de sinalização dos mesmos à Equipa de Gestão de Altas (EGA) para uma orientação ajustada às suas necessidades e da família, surgindo assim o Projeto de Referenciação de Doentes no Serviço de Urgência.

Este trabalho teve como objetivos:

- Identificar os doentes em que é importante a intervenção de enfermagem no momento da alta/transferência do serviço de urgência;
- Promover uma continuidade dos cuidados específicos de enfermagem, facilitando a comunicação com os cuidados de saúde na comunidade ou intra-hospitalar esperando-se assim uma intervenção mais individualizada e com contributo para a segurança do doente;
- Melhorar a capacidade de intervenção da EGA evitando o prolongamento de internamentos apenas com o objetivo de orientar o indivíduo para os cuidados de saúde integrados na reforma dos cuidados de saúde primários;
- Contribuir para a diminuição da sobrelotação dos Serviços de Urgência.

Embora não seja habitual a permanência dos doentes no serviço de urgência por períodos prolongados é importante considerar que em determinadas situações isso acaba por acontecer, na maioria delas por saturação dos serviços que lhe servem de retaguarda, os serviços de internamento. Esta realidade conduz a uma necessidade de internamento formal mais curto pois o tratamento já foi iniciado no contexto do serviço de urgência, situação que por vezes se transforma num obstáculo à possibilidade de encaminhamento destes doentes em tempo útil às unidades de referência.

Existem outras situações que por serem consideradas pelo médico que assiste na triagem sem necessidade de internamento ou permanência no SU, acabam por ser não sinalizadas, perdendo-se por isso a oportunidade de intervenções de enfermagem primordiais para a completa integração sociofamiliar do indivíduo. Por outro lado, parece também importante perceber e diagnosticar as situações de readmissão sucessiva ao SU pois podem revelar necessidade de intervenção das equipas de saúde. Torna-se evidente que cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento dos problemas e a adoção de estratégias que visem colmatar tais situações, produzindo assim um avanço social e económico para a população.

Perante esta realidade, elaborei um guia orientador para a Referenciação de doentes no SU às equipas de Intervenção, com o fluxograma de intervenção que auxilia os profissionais neste serviço a identificar as situações problema de forma a permitir a organização da melhor intervenção para orientar o indivíduo/família e integrá-lo na comunidade e um documento com os critérios que implicam a sinalização dos doentes para que a informação seja sistematizada por forma a que não sejam excluídos doentes que cumpram os critérios para a sinalização às equipas de intervenção (Apêndice 1).

O envelhecimento populacional a par da crise económico financeira que atravessamos traduz-se numa transformação social que nem sempre os sistemas de saúde são capazes de acompanhar.

Com a certeza de que passaram a existir novas necessidades de saúde e sociais, iniciou-se em 2005 um projeto nacional de reforma dos cuidados de saúde primários e em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o objetivo de satisfazer o incremento da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. A missão da RNCCI traduz-se na promoção da funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, contribuindo para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária (Ministério da Saúde, 2006).

Ainda no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários, foram criadas em 2008 as Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde dos Agrupamentos de Centros de saúde (ACES), constituindo-se entre outras, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Estas são unidades funcionais que têm como missão, a ação nos cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na integração em redes de apoio à família (Ministério da Saúde, 2008).

É reconhecido na literatura que existem riscos para a readmissão nos serviços de urgência. Apesar de ser difícil apontar especificamente os fatores que concorrem inequivocamente para essa recorrência, há estudos que identificam a idade avançada (>80 anos), internamentos recentes (alta < 30 dias), 3 ou mais morbilidades associadas diagnosticadas, prescrição de mais que 5 fármacos, dificuldade/dependência em pelo menos uma atividade de vida diária (AVD) e baixa escolaridade como risco para a readmissão (Marcantonio et al., 1999).

Após discussão do problema identificado com o enfermeiro chefe do Serviço de Urgência foi possível admitir que era imprescindível a sinalização dos doentes, ora para a RNCCI, ora para as Unidades de Saúde Familiar (USF).

Assim, foram agilizadas duas reuniões com a EGA, a primeira reunião, de carácter informal, foi realizada entre a aluna de Mestrado e a Enfermeira responsável pela EGA daquela unidade de saúde, dando lugar à apresentação do problema identificado no Serviço de Urgência e simultaneamente à apresentação da proposta de intervenção. Realizou-se

então a segunda reunião, de carácter formal, onde se deu lugar à constituição do grupo de trabalho e apresentação do projeto de intervenção.

O grupo foi constituído pela aluna de Mestrado, por uma Enfermeira do Serviço de Urgência e tutora da aluna de especialidade, pelas duas enfermeiras de referência do Serviço de Urgência e pelas duas enfermeiras responsáveis da Equipa de Gestão de Altas.

Tendo por base os enunciados anteriores e como referência a carteira básica de serviços para as USF publicada em diário da república, bem como os objetivos para o funcionamento da RNCCI, também devidamente legislados, o grupo de trabalho definido anteriormente propõe que a EGA, em colaboração com os enfermeiros do serviço de urgência, procedam ao encaminhamento dos doentes que venham a integrar critérios devidamente definidos, às equipas de saúde de referência, promovendo uma continuidade de cuidados que conduza à reintegração do indivíduo no seu ambiente sociofamiliar procurando prevenir as readmissões após a alta do SU.

Os enfermeiros do serviço de urgência serão os responsáveis pela identificação dos doentes aos quais se deve realizar a intervenção. Desta forma, todos os enfermeiros do serviço devem receber formação específica para a atualização sobre o projeto.

Depois de consultada a literatura e combinando-a com a experiência sentida pelos enfermeiros do serviço de urgência que integram o grupo de trabalho, percebeu-se que são enunciados a idade avançada, o baixo estatuto socioeconómico, as doenças crónicas e uma rede de cuidados na comunidade deficitária como os motivos mais importantes para a recorrência ao serviço de urgência (Kirby et al, 2010). Esta instituição de saúde integra na sua organização o ACES e por isso a capacidade de comunicação entre a rede hospitalar e comunitária está privilegiada, assim, a intervenção incidiu sobretudo no encaminhamento dos doentes que possam não ter sido reconhecidos pelas equipas de saúde na comunidade como de risco para a readmissão sucessiva no SU, procurando evitar a sobrelotação dos serviços de urgência e a melhoria dos cuidados de saúde aos indivíduos.

Os critérios, não cumulativos, propostos para haver lugar à intervenção pela equipa de trabalho no processo de alta/transferência foram:

- Perceção de agravamento recente da dependência funcional em relação ao habitual, em doentes que permaneçam em ST2 e/ou OBS por um período ≥ 24 h e com alta posterior para o domicílio;
- Necessidade de ensinos por alteração súbita da condição patológica crónica (p.e. necessidade de entubação nasogástrica em utente com demência que é incapaz de

suprir as necessidades calóricas) e que o médico assistente não considera como necessário o internamento;

- Doente que permanece no SU por um período $\geq 48h$, por ausência de vaga nos serviços de internamento;
- Doentes com ≥ 3 episódios de urgência no período de 1 mês por agudização de patologia crónica e com perceção de agravamento recente da dependência funcional;
- Situações paliativas não referenciadas, sejam de natureza oncológica ou outras em que o doente enfrenta problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, no sentido de alertar o médico assistente.

Quando pelo menos um destes critérios se verificar, deve proceder-se à identificação do utente em folha própria. Todos os dias pela manhã o enfermeiro de referência ou o responsável do turno do SU avalia os doentes identificados e procede ao contacto com a EGA para em colaboração com este serviço se proceder à melhor orientação para a alta, no sentido de manter o contacto com as equipas de saúde quer intra-hospitalar quer na comunidade. O contacto com as equipas de saúde na comunidade será realizado preferencialmente via telefone ou endereço eletrónico.

Encontram-se agendadas novas reuniões deste grupo de trabalho para prosseguir com o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Tratando-se de um projeto que não se limitou a apenas um serviço e que ultrapassou a barreira física da instituição hospitalar, previram-se dificuldades no que respeita à interação com os diversos intervenientes (USF, UCC). Apesar desta dificuldade identificada, o perfil dos envolvidos e a capacidade de trabalho foram o mote para que os resultados ocorram.

Os indicadores de resultado propostos foram:

- Pelo menos 50% dos doentes identificados pelos enfermeiros do SU, encaminhados para unidades funcionais do ACES após a alta (do SU);
- Nos doentes sujeitos a esta intervenção, diminuição do número de recorrência ao SU.

Com este projeto pretendeu-se procurar evitar situações de readmissões sucessivas no SU por utentes com possibilidade de intervenção precoce na comunidade diminuindo por um lado a sobrelotação dos serviços e por outro lado os custos económicos associados às múltiplas admissões.

Desta forma auguramos uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados a prestar tanto na comunidade, pelo envolvimento dos diferentes autores no processo de cuidar (UCC,

USF ou Autarquia Local), como no Serviço de Urgência, pelo encaminhamento dos utentes para os serviços evitando o abandono que se sabe está relacionado com as visitas sucessivas aos serviços de urgência hospitalar.

Através deste trabalho fui capaz de desenvolver competências como enfermeira especialista na área da Melhoria Contínua da Qualidade, na Gestão dos Cuidados e desenvolvi contributos para a Segurança do Doente, pelo desenho de um projeto que visa o desenvolvimento da capacidade de comunicação entre os diferentes serviços, sejam hospitalares ou da comunidade.

3.3 – A Sobrecarga do Cuidador Informal no Serviço de Urgência

A formação contínua é um domínio de especial importância na aquisição de competências do enfermeiro com mestrado em enfermagem. Baseado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e no sentido de favorecer a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do doente e família, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever e implementar estabeleci como objetivo o conhecimento da exaustão do Cuidador Informal dos doentes internados no Serviço de Urgência de uma ULS.

O envelhecimento populacional a que vimos assistindo, a par da redução nos anos de vida saudável, traduzida num aumento significativo de indivíduos dependentes a cargo dos seus familiares, por vezes acarreta uma sobrecarga económica e emocional com repercussões em toda a sociedade.

Em Portugal, a perceção desta realidade conduziu a esforços governativos que implicaram o reforço dos sistemas de apoio à população no contexto comunitário, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2005.

Apesar das mudanças operadas no sistema de saúde, é necessário compreender qual o impacto que a transição dos dependentes do contexto hospitalar para o cuidado no domicílio, tem na vida socio familiar dos seus cuidadores e se os sistemas de saúde na comunidade são capazes de responder a estas necessidades.

A literatura refere que os recursos disponíveis na comunidade são determinantes para a transição saudável dos cuidadores para o exercício do papel (Petronilho, 2010), ao mesmo tempo, encontra-se também descrito que os cuidados aos familiares dependentes acarreta para os cuidadores consequências negativas que incluem problemas financeiros, stress físico

e emocional e isolamento, o que pode traduzir-se em patologia no cuidador com o conseqüente agravamento da salubridade na população (Perdomo M. & Rodríguez C., 2010). É também valorizado na literatura a capacidade dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros, na decisão do destino dos dependentes no momento da alta hospitalar, considerando que nessa decisão os enfermeiros se centram nas características do doente e da família, na capacidade de resposta da comunidade e dos serviços de saúde de retaguarda (Petronilho, Pereira, & Silva, 2014).

Assim, entendo que o nível de dependência pode implicar uma sobrecarga financeira na família, que aliado às necessidades de ajudas técnicas e apoio na concretização dos cuidados ao familiar podem influenciar o nível de sobrecarga no cuidador.

Na sequência dos enunciados anteriores pareceu-me pertinente realizar um estudo sobre a temática da exaustão do cuidador, tendo como questão de partida qual o nível de sobrecarga dos cuidadores informais dos doentes que se encontram internados no SU e com o objetivo de avaliar a sobrecarga do cuidador informal. Desenhei para tal um estudo exploratório denominado “A exaustão do Cuidador Informal dos doentes internados no Serviço de Urgência de uma ULS”.

A população alvo do estudo foram os cuidadores informais dos indivíduos internados no Serviço de Urgência por um período igual ou superior a 24h no Serviço de Urgência de uma ULS, através da aplicação de um instrumento de colheita de dados dirigido ao cuidador informal do doente internado neste serviço e composto pela caracterização sociodemográfica dos sujeitos com a classificação social da família através da Escala de Graffar, pela avaliação da sobrecarga do cuidador através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (traduzida e validada para a população portuguesa) (Sequeira, 2010) e pelo grau de dependência do indivíduo doente através do Índice de Barthel (traduzido e validado para a população portuguesa) (Araújo et al, 2007) (Apêndice 2).

Relativamente à Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit foi solicitada a autorização para a sua utilização no estudo ao autor da tradução e validação da mesma para a população portuguesa.

Através da aplicação deste questionário pretendi conhecer a exaustão do cuidador informal e relacioná-la com o índice de dependência do doente bem como com os apoios disponíveis na comunidade conhecidos e utilizados pelo prestador de cuidados.

A escolha de participar ou não no estudo foi voluntária e todos os dados colhidos foram tratados de forma confidencial e solicitado o consentimento aos sujeitos no momento

do preenchimento do inquérito, assegurando-se o anonimato na recolha e tratamento de dados, por forma a concretizar a livre escolha em participar ou não no estudo

Na primeira parte do questionário foram colocadas questões que se referem ao estatuto socio económico (pela aplicação da Escala de Graffar) e etário do dependente, com o objetivo de caracterizar a amostra. No sentido de caracterizar o cuidador informal, encontram-se na segunda parte do questionário referências à idade, situação profissional e relação de parentesco com o dependente e de seguida o Índice de Barthel. No final do questionário surge a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit para a identificação dos níveis de Sobrecarga dos familiares cuidadores e os recursos existentes na comunidade dos quais possam beneficiar.

Martins, T (2006), citado por Lumini Landeiro, define cuidador informal “*a pessoa da família ou amigo, não remunerado, que se assumiu como responsável pela organização e prestação de cuidados à pessoa dependente.*” In (Lumini Landeiro, et al 2016 pág. 2). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), familiar cuidador é o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família, o cuidador é o indivíduo que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente, enquanto a família é designada pela mesma classificação como a unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes (ICN, 2015).

Os critérios de inclusão definidos foram:

- a) Cuidadores de doentes com cuidador informal identificado;
- b) Cuidadores de doentes com internamento no serviço de urgência ≥ 24 h;
- c) Cuidadores de doentes inscritos no ACES da ULS.

Para a concretização do presente estudo foram solicitadas as devidas autorizações ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da respetiva unidade de Saúde, tal como consta no Apêndice 2.

Tratou-se de uma amostra não probabilística por conveniência, com recolha de dados realizada no período de 21 a 25 de junho. A recolha de dados ocorreu no período o após parecer positivo da Comissão de Ética (em 21 de junho) até ao final do estágio no Serviço de Urgência (em 25 de junho). Durante este período foram identificados os doentes/cuidadores que cumpriam os critérios de inclusão para o estudo e em tempo de visita

ao familiar, no período de internamento, foi aplicado o questionário ao familiar cuidador. Obtive uma amostra de seis indivíduos que cumpriram os critérios de inclusão no estudo e consentiram na recolha de dados. A dimensão da amostra foi prejudicada pelo tempo resultante desde a autorização para a realização do estudo e o término do estágio. De salientar que todos os inquiridos abordados assentiram em participar no estudo.

Resultados

Relativamente ao doente dependente, internado no serviço de urgência, pude constatar que todos os indivíduos são idosos, num escalão etário > 65 anos, e do género feminino. Tal como se pode verificar pela Tabela 1, metade dos indivíduos tem 4 morbilidades associadas.

Tabela 1 - Morbilidades do Dependente

Co Morbilidades	0 – 1	2	3	4 ou mais
Respostas	0	2	1	3

Na Tabela 2 está exposto o nível de dependência do beneficiário de cuidados, demonstrando que todos apresentam níveis de dependência compatíveis com necessidade de um cuidador permanente e que em três das situações se trata de uma dependência grave, de acordo com o Índice de Barthel.

Tabela 2 - Grau de Dependência do indivíduo

Índice de Barthel	<61 (Dependência Grave)	61 – 85 (Dependência Moderada)	86 – 99 (Dependência Ligeira)	100 (Independente)
Respostas	3	3	0	0

Através da Tabela 3 pode-se perceber que todos os cuidadores têm uma relação de parentesco com os doentes dependentes e que quatro dos seis inquiridos são filhos do utente e em duas situações estamos perante um cuidador que é o cônjuge do dependente.

Tabela 3 - Relação do Familiar Cuidador com o Dependente

Relação do Familiar cuidador	Cônjuge	Filho	Pai/mãe	Outro
Respostas	2	4	0	0

Pela Tabela 4 percebemos que dois cuidadores têm idade > 65 anos e os restantes quatro têm idade compreendida entre 36-65 anos, por isso, população em idade ativa em que, como verificado na Tabela 5, dois têm atividade profissional efetiva enquanto os restantes são desempregados ou reformados (os cônjuges do indivíduo dependente).

Tabela 4 - Escalão etário do Cuidador Informal

Idade do Cuidador	18 – 35 anos	36 – 55 anos	56 – 65 anos	>65 anos
Respostas	0	2	2	2

Nenhum dos respondentes referiu ter abandonado a atividade profissional para prestarem o cuidado ao indivíduo dependente.

Tabela 5 - Situação profissional do Cuidador Informal

Situação Profissional	Desempregado	Trabalhador Dependente	Trabalhador Independente	Reformado	Abandono da Atividade
Respostas	2	1	1	2	0

Relativamente aos apoios disponíveis na comunidade, metade dos inquiridos refere que não dispõe de quaisquer apoios. Apenas um indica que a família é também suporte para o cuidado ao indivíduo e dois assumem que o apoio da comunidade provém da USF, como se verifica pela Tabela 6.

Tabela 6 - Apoios na Comunidade

Apoios Disponíveis	Centro de Dia	Lar	ECCI	USF	Família/ Outros	Sem Apoio
Respostas	0	0	0	2	1	3

Quanto ao nível de sobrecarga do cuidador informal percebe-se na Tabela 7 que apenas um dos elementos da amostra apresenta um score compatível com exaustão no cuidador informal e nos restantes não existe sobrecarga do cuidador informal, pela Escala de Zarit.

Tabela 7 - Sobrecarga do Cuidador

Escala de Zarit	<46 (Sem sobrecarga)	46 – 56 (Sob. Ligeira)	>56 (Sob. Intensa)
Respostas	5	0	1

Na Tabela 8 encontram-se expressos os valores absolutos encontrados pela aplicação das Escalas de Zarit, Índice de Barthel e Escala de Graffar no sentido de compreender, para cada elemento da amostra qual o nível de dependência do seu familiar e se existe uma relação direta entre a dependência, a exaustão do cuidador e outras variáveis. Pelos resultados obtidos observa-se que apenas um elemento apresenta um nível de exaustão grave, que o seu familiar tem um nível de dependência grave e que o cuidador informal é o cônjuge do indivíduo dependente, o outro cônjuge cuidador apresenta uma ausência de sobrecarga, mas o nível de dependência do indivíduo que tem a cuidado é moderado. Relativamente aos cuidadores que apresentam ausência de sobrecarga, mas no limiar de uma sobrecarga ligeira, são ambos descendentes do dependente, um mantém vínculo profissional, e no outro caso trata-se do cuidador de um indivíduo totalmente dependente. Quanto ao outro indivíduo da amostra que mantém vínculo profissional, este apresenta uma ausência de sobrecarga e tem a seu cargo um familiar com dependência grave.

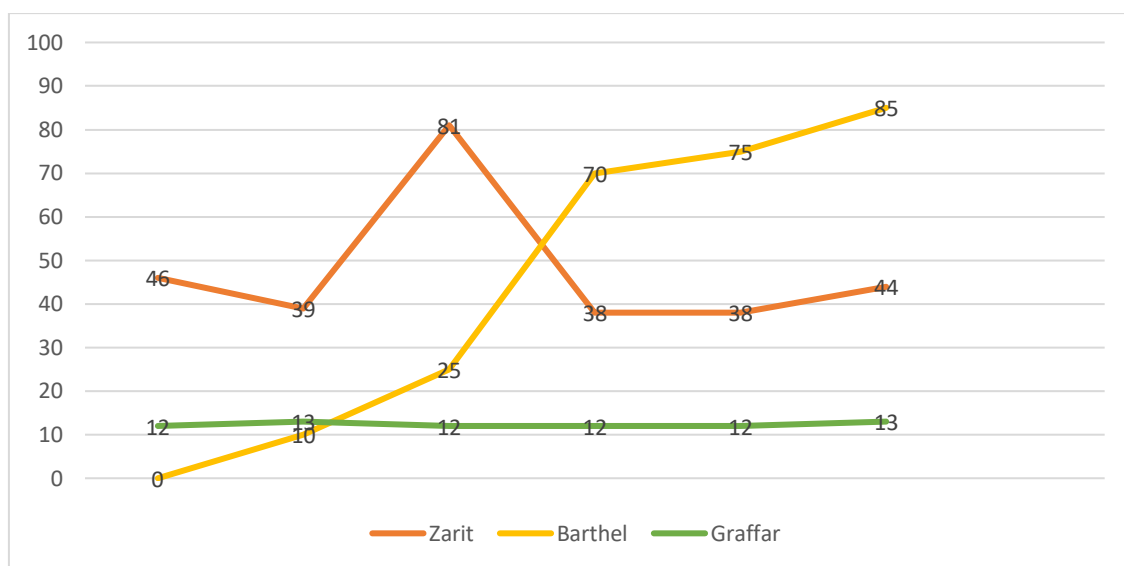
Tabela 8 - Relação da Sobrecarga do Cuidador com outras variáveis

Escala de Zarit	Índice de Barthel	Escala de Graffar	Relação de Parentesco com o dependente	Vínculo Profissional
38	70	12	Filho	Desempregado
38	75	12	Cônjuge	Reformado
39	10	13	Filho	Trabalhador dependente
44	85	13	Filho	Trabalhador Independente
46	0	12	Filho	Desempregado
81	25	12	Cônjuge	Reformado

Para melhor exposição dos dados construí o Gráfico 1 com o objetivo de relacionar a Exaustão do Cuidador com o nível de dependência e a Escala de Graffar (que nos orienta sobre o nível socio económico da família). Pode-se constatar que há um indivíduo com nível de exaustão preocupante (com um score de 81) e que os restantes apresentam pontuações que negam a existência de exaustão no cuidador, pela Escala de Zarit, apesar de 2 familiares cuidadores apresentarem níveis no limiar da Sobrecarga Ligeira, com score de 44 e 46 (na Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit valores entre 47 e 55 representam Sobrecarga Ligeira). Quanto à dependência, todos os indivíduos da amostra apresentam dependência moderada/grave, no entanto há 2 indivíduos completamente dependentes (score zero e 10 pelo Índice de Barthel) e 3 com um nível de dependência moderada, em que um destes

indivíduos completa um total de 85 pontos e, portanto, no limiar da dependência ligeira (91 a 99 pontos no Índice de Barthel representam uma dependência ligeira). Não parece existir relação direta entre a dependência e o nível de exaustão, ao mesmo tempo percebemos que a amostra é muito homogénea quanto ao estatuto socio económico, qualificando-se todas as famílias na Classe Baixa (12 a 15 pontos).

Gráfico 1 - Relação da Dependência, Sobrecarga e Nível social



Análise e Discussão dos Resultados

Na génese deste trabalho encontra-se a preocupação perante o indivíduo vulnerável que recorre ao serviço de urgência. Embora a maioria dos trabalhos reflita o beneficiário de cuidados como o elemento vulnerável no processo de cuidar, existe cada vez maior preocupação com o familiar convivente, ou seja, o cuidador informal.

Na comunidade científica são diversos os estudos relativamente à temática da Sobrecarga do Cuidador Informal, no entanto, os estudos são maioritariamente desenvolvidos em contexto comunitário, o que traduz a relevância do estudo levado a cabo, que se refere à Sobrecarga do Cuidador durante o internamento em Serviço de Urgência. É importante perceber se no momento do internamento hospitalar existe sobrecarga no cuidador e mais importante, se é o nível de sobrecarga que influencia o recurso à unidade de saúde. No estudo realizado não é possível retirar conclusões relativamente a este facto pois amostra é insuficiente.

Parece cientificamente evidente que o nível de sobrecarga no cuidador é multifatorial e pode ser influenciado por características intrínsecas do familiar cuidador, tais como a

idade, o género, a situação financeira familiar e a auto percepção de capacidade para cuidar (coping) e por características do dependente de cuidados, nomeadamente as alterações cognitivas e sintomas neuro psiquiátricos, estado funcional e co morbilidades (Pivodic et al., 2013), (Shankar, et al 2014). No estudo realizado, podemos observar que existe um cuidador informal de um indivíduo com dependência grave, com vínculo profissional (trabalhador dependente) e que apresenta ausência de sobrecarga, o que nos coloca perante uma situação em que as características individuais do cuidador e do familiar dependente podem ser relevantes para a sobrecarga.

Perante os resultados obtidos pela amostra parece haver relações e conclusões pouco significativas a retirar deste estudo. Posso afirmar que o facto de todos os indivíduos dependentes da amostra serem do género feminino pode não ser coincidência, já que, em concordância com os dados amplamente divulgados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística) e já abordados no início deste capítulo, a esperança média de vida nas mulheres é superior à dos homens e o inverso se verifica relativamente aos anos de vida saudável. Pode-se prever então, que existem mais mulheres dependentes a cargo dos seus familiares. Na comunidade científica, os estudos realizados evidenciam esta realidade, no entanto essa diferença não é significativo estatisticamente (Pivodic et al., 2013).

Importa também acentuar a prevalência de cônjuges que prestam o cuidado informal. Tratando-se de uma amostra em que todos os dependentes são idosos, estamos perante uma situação em que um idoso tem a seu cargo outro idoso dependente, o que embora possa não configurar uma situação de stress físico ou psicológico (a maioria dos inquiridos não apresenta scores compatíveis com sobrecarga do cuidador), deve servir de alerta para os profissionais de saúde e para a comunidade em geral, dado que estes indivíduos são também vulneráveis, quer pelas condições físicas, quer pelas condições sociais. Estudos afirmam que os cuidadores mais jovens e os cônjuges dos dependentes têm uma maior prevalência de exaustão (Shankar et al., 2014). No estudo realizado apenas um indivíduo na amostra manifesta sinais de sobrecarga e a relação possível para esta evidência pode ser o facto de se tratar de um familiar cuidador que é o cônjuge de um dependente que apresenta um nível de dependência grave.

Estudos demonstram que as características sociodemográficas da família podem representar um importante papel na sobrecarga (Perdomo M. & Rodríguez C., 2010). Ao comparar o nível socioeconómico da família, percebemos que a amostra é muito homogénea e que todos os indivíduos pertencem à classe baixa (12-15 pontos na Escala de Graffar), o que nos dificulta a relação do nível socioeconómico com a sobrecarga do cuidador.

Entre as condições do dependente, é constantemente referido na literatura que as alterações neuro cognitivas concorrem de forma inequívoca para a sobrecarga do familiar cuidador, característica que é comum mesmo considerando as diferenças culturais entre os diferentes países onde se realizaram os estudos (Verbeek et al., 2015), (Shankar et al., 2014). Neste estudo pode-se apenas afirmar que a maioria dos dependentes tem pelo menos 4 morbilidades associadas, o que pode apenas justificar o nível de dependência.

Encontra-se descrito na literatura que a alta hospitalar pode influenciar negativamente a sobrecarga do cuidador informal e quando questionados os familiares sobre as necessidades perante a alta do doente dependente no autocuidado, eles referem a necessidade de informação e a falta de preparação para o desempenho do papel como o principal fator de stress e ansiedade (Petronilho et al., 2014), (Bauer, et al 2009).

É inegável que o suporte comunitário concorre de forma positiva para o apoio dos familiares cuidadores com dependentes a cargo. Os resultados obtidos mostram que os indivíduos da amostra não usufruem de apoios significativos da comunidade, mas importa realçar que os níveis de sobrecarga são baixos. Quanto à rede de apoio na comunidade desta unidade de saúde é importante conhecer e dar a conhecer os seus recursos, integrando-se este serviço de urgência numa ULS que engloba o ACES, a fortificação da rede de cuidados com capacitação da interação entre a rede hospitalar e a comunitária podem ser a chave para uma melhoria significativa da qualidade de vida dos dependentes e do seu familiar cuidador.

O nível de dependência pode não ter relevância suficiente para a sobrecarga do cuidador informal da amostra em questão já que todos os indivíduos têm um nível de dependência grave (<61 pontos no Índice de Barthel) ou moderado (61 a 85 pontos na classificação de Barthel). No entanto, no domínio da dependência grave, há 2 indivíduos na amostra com uma dependência total (score de 0 e 10) e um terceiro indivíduo com um score 25, portanto, com elevada carga de trabalho. Em um dos casos (dependente com score 25 na Escala de Barthel) o seu cuidador tem um nível de sobrecarga intensa (é o cônjuge do dependente) um outro apresenta um score na Escala de Sobrecarga do Cuidador de ausência de sobrecarga, mas no limiar da sobrecarga ligeira (filho do dependente sem vínculo profissional), o que pode evidenciar uma ascensão no nível de sobrecarga. Estes resultados poderiam indiciar uma relação entre a gravidade da dependência e a o nível de sobrecarga, no entanto, no terceiro caso, apesar do nível de dependência grave (score 10), o familiar cuidador apresenta ausência de sobrecarga, tratando-se de um filho que mantém vínculo profissional, condição que pode gerar conflito e exaustão do papel.

Pelo estudo sugere-se que a sobrecarga do cuidador informal pode ser multifatorial e não foi possível relacioná-la com as diferentes variáveis estudadas. Uma rede comunitária deficitária pode convergir para a dificuldade do prestador de cuidados em adaptar-se positivamente ao papel de prestador e potencialmente gerar-se a exaustão do papel (Petronilho, 2010). Assim salienta-se a importância do reforço do papel dos enfermeiros quer na alta dos doentes dependentes, favorecendo a comunicação efetiva com o familiar e posteriormente, já no domicílio, o suporte profissional rigoroso permitindo a adaptação do prestador de cuidados ao seu novo papel (Silva, et al, 2013).

Quanto às limitações a este estudo, posso enumerar várias que podem ser colmatadas em estudos posteriores. Em primeiro lugar a questão temporal que limitou a colheita de dados, impedindo que através do trabalho se possam retirar conclusões. Relativamente ao questionário faltam questões orientadoras quanto ao tempo que o familiar cuidador se encontra a desempenhar o papel, dado que a literatura refere que na transição para o papel de cuidador a mestria no desempenho do papel é fundamental para a diminuição dos níveis de stress e ansiedade e sentimentos negativos relativamente ao cuidado prestado (Petronilho, 2010). Por outro lado, é importante conhecer a existência de conflitos ou ajudas familiares que possam influenciar a sobrecarga e a quantidade de tempo despendido pelo familiar para o cuidado ao dependente, o que também não foi conhecido pelo questionário.

Por último, esta foi uma amostra de conveniência, num meio urbano e numa unidade de saúde que integra o ACES, o que pode não ser generalizável carecendo de investigação posterior que possa reforçar os dados aqui obtidos.

De salientar que todos os indivíduos abordados para a participação do estudo assentiram em participar, afirmando uma necessidade de manter a sociedade informada sobre o assunto para que as entidades governativas desenvolvam ações no sentido de proteger e apoiar os cuidadores informais.

Através deste trabalho tive a oportunidade de desenvolver competências no domínio da investigação/aprendizagem profissional pelo desenho de um projeto de investigação que apesar de não adquirir robustez do ponto de vista científico mereceu a aprovação do organismo da unidade de saúde responsável pela produção científica. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal adquiri conhecimentos proporcionados pelo desenvolvimento deste estudo, valorizando os direitos humanos e a responsabilidade profissional dos enfermeiros pela reflexão e crítica a um tema emergente na sociedade e que merece a atenção e envolvimento dos enfermeiros e do enfermeiro especialista.

3.4 – Contributos para a Melhoria na Prestação de Cuidados

Para a área de prestação de cuidados foram delineados objetivos que visavam a concretização factual do processo de cuidado, reforçando em primeiro lugar a presença efetiva na atividade assistencial do serviço de urgência, pois, para que se possa melhorar continuamente o cuidado a prestar aos utentes, é necessário estar presente no terreno. Assim, foi realizada uma reflexão crítica sobre os aspetos mais específicos da atividade assistencial no serviço de urgência, definidos como a Triagem no serviço de Urgência e o Horário de Visitas aos doentes internados neste serviço.

A triagem é o primeiro local do serviço de urgência em que o enfermeiro contacta com o doente, esta surge como estratégia para priorizar os doentes em função da sua situação clínica devido à sobrecarga dos serviços de urgência.

É a partir da triagem que se determina a importância e a necessidade clínica de avaliação e por isso estamos perante uma intervenção de enfermagem de elevada responsabilidade. Na sua génese, os sistemas de triagem têm por base a determinação do nível de emergência no atendimento, por essa razão, este deve ser um sistema auditável e aplicável através de um guia orientador capaz de pontuar o nível de urgência, permitindo que de forma objetiva, o triador (no serviço de urgência desta unidade de saúde, um enfermeiro) estabeleça as prioridades de forma equitativa e justa (Aacharya, Gastmans, & Denier, 2011).

O sistema de Triagem de Manchester foi determinado pela Direção-Geral da Saúde como aquele que deve ser praticado em todos os serviços de urgência hospitalar de adultos do serviço nacional de saúde e são as instituições de saúde as responsáveis pela formação dos seus profissionais, no sistema e nas suas atualizações (Direção-Geral de Saúde, 2015a). Embora se trate de um sistema que procura a objetividade, foi desenvolvido para servir e ser realizado por pessoas, por isso, sempre sujeito à subjetividade dos seus utilizadores.

O sistema de triagem de prioridades de Manchester obedece a vários critérios objetivos de avaliação fisiológica, no entanto, a dor é um critério muito presente e a sua avaliação é sujeita a uma subjetividade extrema. É muito importante a formação contínua dos enfermeiros para a realização deste processo, mas são as auditorias não apenas ao processo, mas ao resultado direto da triagem que permitem ao triador uma avaliação contínua do seu procedimento.

Quanto ao Horário de visitas no serviço de urgência, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas plataformas EBSCOhost (CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE). Os critérios de inclusão foram o período de 10 anos, entre 2000 e 2016, em artigos disponibilizados gratuitamente com texto completo. Os descritores foram “emergency department” e “visitors to patients” e inserido o operador booleano “AND”. Os critérios de exclusão foram a idade pediátrica, artigos que não se referissem ao serviço de urgência e artigos que não se referissem às visitas aos doentes. Foram analisados 9 artigos e uma Tese de Mestrado, apresentados na Tabela 9 e que serviram como base e sustentação para a reflexão crítica realizada.

Tabela 9 - Artigos consultados sobre o Horários de Visita no SU

Autores/ ano	Título	Metodologia do estudo
Redley, B., Beanland, C., Botti, M. 2003	Accompanying critically ill relatives in emergency departments	Revisão sistemática da literatura
Redley, B., Beanland, C. 2003	Revising the critical care family needs inventory for the emergency department	Revisão da literatura
Redley, B., LeVasseur, S. A., Peters, G., Bethune, E 2003.	Families’ needs in emergency departments: instrument development	Quantitativo; retrospectivo
Ekwall, A., Gerdtz, M., Manias, E. 2008	The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care perspectives of family, friends and carers	Qualitativo
Cooper, L., Gray, H., Adam, J., Brown, D., McLaughlin, P., Watson, J. 2008	Visiting all hours: a focus group study on staff's views of open visiting in a hospice	Qualitativo; Focus-group
Gordon, J., Sheppard, L., Anaf, S. 2010	The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research	Revisão Sistemática da Literatura
Nikki, Lotta; Lepistö, Sari; Paavilainen, Eija 2012	Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: a qualitative study	Qualitativo

Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P., Stein- Parbury, J. 2014	Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people.	Focus-group
Forsgårde, Elin-Sofie; From Attebring, Mona; Elmqvist, Carina 2016	Powerlessness: Dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit	Fenomenológico

No decorrer do estágio houve uma elevada atenção dispensada à família como parceira de cuidados ao doente no serviço de urgência. As transformações operadas pelas entidades responsáveis permitindo a presença de um acompanhante durante todo o percurso do serviço de urgência é vista como uma melhoria na prestação de cuidados de saúde. Num momento em que a população que mais consome cuidados de saúde tem idade > 65 anos, é imprescindível a presença de alguém por si designado. Assim, parece importante para o utente a presença de uma pessoa significativa para que num momento de stress lhe seja proporcionada companhia e segurança e se necessário, que exista alguém a mediar o contacto com os profissionais de saúde (Gordon, Sheppard, & Anaf, 2010).

Os enfermeiros percebem e valorizam a presença de familiares nos serviços de urgência, principalmente no que respeita ao acompanhamento de doentes idosos e dependentes. A qualidade e segurança dos doentes na prestação de cuidados é um assunto emergente e de elevada importância, no entanto, o ambiente do próprio serviço é uma ameaça para esta preocupação.

O principal objetivo num serviço de urgência é definido como a assistência na fase aguda da doença, no entanto, e principalmente na população idosa, são identificadas necessidades que se relacionam com o estado prévio do doente. Assim, embora os enfermeiros sejam capazes de perceber a importância do cuidado centrado nas necessidades do doente, sejam elas decorrentes da doença aguda ou prévias a esse acontecimento, não parece estar consignado no tempo de trabalho do serviço de urgência essa prestação de cuidados (Gallagher et al, 2014). Esta foi uma fragilidade identificada no serviço de urgência, em que a tarefa é privilegiada em detrimento da identificação das reais necessidades dos utentes.

A par da perceção dos enfermeiros quanto à assistência no serviço de urgência, que traduz uma incapacidade para a prestação de cuidados individualizados e em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, que na grande maioria das vezes, e

principalmente no que respeita às pessoas idosas e dependentes não é conseguida porque o serviço de urgência está preparado apenas para a assistência do problema médico atual, é necessário incluir também a perceção dos doentes e familiares durante a permanência neste serviço hospitalar.

Se nos cingirmos aos relatórios de satisfação e qualidade que atualmente inundam as instituições de prestação de serviços, de saúde ou outros, percebemos que os utentes estão na sua maioria satisfeitos com a atividade dos profissionais (Lima et al, 2015). No entanto, é necessário perceber quais os problemas que os doentes e acompanhantes identificam no serviço de urgência, apesar de globalmente satisfeitos. Existem ainda poucos estudos publicados sobre as experiências sentidas pelos doentes e seus familiares durante a permanência no serviço de urgência, no entanto, os relatos referem invariavelmente a dificuldade na comunicação, informação escassa e por vezes pouco consistente e a incapacidade de controlo da situação (Forsgårde, From Attebring, & Elmqvist, 2016).

Os enfermeiros são o grupo profissional com maior proximidade com o doente e família, como tal aqueles mais habilitados para proporcionar uma ligação promovendo uma melhoria na compreensão e capacitação do doente e família durante a permanência no serviço de urgência, no entanto, é perceptível que na conjuntura atual em que se encontra valorizada a tarefa em detrimento do juízo e diagnóstico de enfermagem, possivelmente as dificuldades sentidas por utentes e familiares vão continuar inalteráveis.

Apesar de existir legislação aplicável ao acompanhamento de doentes nos serviços de urgência, continua a haver uma grande discrepância quanto à permissão e aos horários de visitas em regime de internamento neste serviço hospitalar, entre as unidades de saúde, pois a própria legislação remete para os conselhos de administração a elaboração de regras referentes às visitas aos familiares.

O horário de visitas continua a ser um ponto de controvérsia, dado as grandes diferenças existentes nas diversas instituições de saúde. Encontra-se devidamente legislado que as pessoas com deficiência, em situação de dependência ou final de vida têm direito a acompanhamento permanente (Assembleia da República, 2014). No entanto, continuamos a assistir com certa passividade a situações em que este direito não é respeitado, na grande maioria das situações por desconhecimento desse direito e em outros casos porque os serviços não possuem a capacidade na sua estrutura física para que se concretize a assunção desse direito.

Em primeiro lugar, as instituições de saúde devem permitir que este direito possa ser assumido e para tal será necessário proceder a intervenções no sentido de melhorar a

capacidade dos serviços para que a possibilidade de acompanhamento possa ser exercida em condições dignas e humanas para o doente e seu acompanhante. Este poderá representar o principal problema para que o referido direito não seja exequível.

Num momento de grande instabilidade económica e financeira, projetos que configurem um grande investimento e conseqüente consumo de recursos são sempre difíceis de executar. Por outro lado, ao proceder a estas alterações, a capacidade hospitalar para receber doentes seria muito afetada, o que conduziria a uma necessária transformação de toda a rede hospitalar tal como está concebida, trazendo maior instabilidade económica e financeira.

Em segundo lugar, assistimos ainda a uma grande passividade por parte dos profissionais de saúde no que respeita à assunção deste direito. Parece ser mais confortável para o profissional de saúde, que os familiares e visitas permaneçam por períodos limitados nos serviços, no entanto, o que a comunidade científica nos revela é que a permanência dos familiares por períodos mais prolongados se traduz numa diminuição dos níveis de incerteza, stress e ansiedade, tanto dos doentes como dos seus familiares, em parte porque traduz segurança e possibilidade de colocar dúvidas e questões num período mais prolongado, sem a pressão do limite temporal (Cooper et al., 2008).

Este serviço tem uma política restritiva no que se relaciona com o horário de visitas, cumprindo, no entanto, as recomendações nacionais de 2 períodos de visita diários que incluam a hora das principais refeições, assim os setores de internamento no serviço de urgência (ST2 e OBS) permitem as visitas aos doentes no período da manhã entre as 12:30-14:00 e no período da tarde entre as 18:30-20:00 (Direção-Geral de Saúde, 2000). Embora se cumpra a orientação da Direção-Geral da Saúde permitindo a presença dos familiares no período de almoço e jantar, traz uma dificuldade acrescida no que diz respeito ao acesso à informação, pois neste período também os profissionais cumprem o seu direito às refeições o que pode traduzir uma crescente ansiedade no familiar porque espera conseguir informações e orientações sobre o estado de saúde do seu ente querido que tardam a surgir.

Ao permitir um prolongamento do horário de visitas promover-se-ia uma menor pressão por parte dos familiares na busca de informações e ao mesmo tempo uma maior cooperação e aquisição de conhecimentos na promoção de cuidados, principalmente no que respeita aos doentes em situação de dependência no domicílio ou com agravamento da dependência. Ao mesmo tempo a presença da família permite também um maior rigor na formulação de juízos e diagnósticos de enfermagem principalmente nos doentes em situação de dependência, promovendo uma melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem.

Foi através desta análise crítico-reflexiva que foi dado por conseguido o objetivo estabelecido no projeto de estágio sobre o envolvimento da família no processo de cuidado e ao mesmo tempo identificado também o alargamento do horário de visitas como uma necessidade de mudança no atendimento neste serviço.

3.5 - Contributos para o desenvolvimento da Gestão dos Cuidados

A par deste projeto de intervenção e ainda no domínio da aquisição de competências na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, foi traçado o objetivo de realizar um desenvolvimento profissional autónomo e validado pelos pares e a capacidade de comunicar as conclusões subjacentes aos conhecimentos e raciocínios.

Para atingir este objetivo, foi realizada uma Proposta de Melhoria em Contexto de Urgência, pela análise de forças, fragilidades e oportunidades de melhoria no serviço de urgência, dando início a um ciclo de melhoria contínua da qualidade baseada no ciclo de Deming (Apêndice 3).

Assim, em colaboração com outro estudante de mestrado e especialidade a desenvolver estágio no mesmo serviço, foi realizada uma análise do serviço de urgência. À luz da legislação e dos objetivos traçados pela Direção-Geral da Saúde no que respeita à melhoria da qualidade e baseada nas políticas de qualidade desta instituição hospitalar, foram identificados aspetos positivos, fragilidades e oportunidades de melhoria. Esta análise pode ser integrada no Ciclo de Melhoria da Qualidade de Deming como o seu estágio inicial, o de planeamento.

O ciclo de Deming tem como objetivo manter os processos contínuos e organizados para que se encontre uma estratégia bem definida e construída em função do diagnóstico de problemas, construção de objetivos, elaboração e execução de um plano de intervenção, verificação da ação através da avaliação dos objetivos, promovendo ações corretivas sobre os aspetos não resolvidos e ações de reforço sobre os objetivos atingidos, concluindo-se assim um ciclo que é o início de um novo processo (Oribe C., Como P., & Cat I., 2009).

Segundo a estratégia de melhoria da qualidade, o instituto de qualidade em saúde prevê o reforço de medidas em determinados pontos-chave tais como: melhoria da qualidade clínica e organizativa, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço na segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança,

reconhecimento das unidades de saúde e por último a informação transparente ao cidadão e ao aumento da sua capacitação (Ministério da Saúde, 2015a).

Em todos estes pontos os profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros têm uma responsabilidade acrescida, e são aqueles que melhor podem promover a qualidade e segurança dos cuidados ao doente, o que está na base da realização deste trabalho.

Foram identificados como aspetos positivos os relacionados com a preocupação sistemática dos enfermeiros do serviço de urgência pelo resumo mínimo de dados e com as auditorias aos sistemas de informação e triagem o que traduz uma preocupação pela qualidade dos cuidados de enfermagem. No campo da segurança dos cuidados, assistimos a uma preocupação constante com a regularidade das prescrições médicas.

Relativamente às fragilidades, foram identificados no serviço de urgência problemas relativos à prevenção e controlo da infeção; na prevenção de úlceras de pressão; na identificação inequívoca de doentes; na segurança na utilização da medicação. A partir da identificação destes problemas foram elaboradas ações que configuram oportunidades de melhoria. Estas oportunidades de melhoria não foram organizadas como plano de intervenção, apenas como premissa para que no futuro sirvam como ponto de partida para projetos de melhoria contínua.

Embora a maioria das oportunidades de melhoria apontadas sejam dependentes de mudanças de comportamentos, parte delas podem revelar necessidade de autorização superior por implicarem mudanças na constituição da equipa e conseqüentemente implicação na gestão dos recursos humanos. No sentido de incentivar à cultura de segurança, também é importante a motivação da equipa de enfermagem, para tal devem ser identificados elementos da equipa que através das suas qualidades assegurem um avanço na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. É primordial que seja a própria equipa a identificar as suas necessidades de formação e que parta do seio da equipa a preocupação pela cultura de segurança.

O controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos embora não seja da total responsabilidade dos enfermeiros, passa por este grupo profissional grande parte das medidas que visam o controlo deste problema endémico na nossa sociedade. Os enfermeiros têm uma grande responsabilidade na adesão à desinfeção higiénica das mãos, mas para se que as medidas resultem, é necessário criar as condições ótimas para a sua concretização, assim, o aumento das oportunidades para a desinfeção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) é fundamental para que se cumpram os cinco momentos preconizados pela OMS (WHO, 2009).

A par destas medidas de aumento dos pontos de distribuição de SABA pelo serviço de urgência, também é importante favorecer a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual principalmente nos casos de isolamento de contacto. Com o mesmo objetivo de aumentar a oportunidade de utilização, estes equipamentos devem estar acondicionados em locais em que os enfermeiros e outros profissionais de saúde possam ter fácil acesso, aumentando assim a sua utilização. Ao mesmo tempo é imprescindível que se proceda à auditoria dos procedimentos relativos às necessidades de isolamento, nomeadamente os isolamentos respiratórios. É importante a notificação dos erros de processo para que possam ser aplicadas medidas corretivas nestes procedimentos. Esta Unidade de Saúde tem no seu processo de qualidade incluída uma norma relativa à implementação deste tipo de isolamentos.

Quanto à identificação inequívoca dos doentes percebeu-se que é necessário reforçar esta cultura nos profissionais, é de primordial importância a identificação positiva dos doentes e nas unidades de internamento no serviço (nomeadamente em ST2) é necessária a identificação das macas e seus locais habituais, minimizando-se o risco de erro. Ainda no que respeita à segurança do doente, a permissão da presença permanente de um familiar quando o doente se encontra internado fora do espaço físico da sala ST2 parece-nos um ponto fundamental para a vigilância e segurança dos doentes.

Quanto à segurança dos cuidados, onde se inclui a segurança na administração de terapêutica, é importante o reforço da equipa para a organização segundo uma metodologia individual de trabalho permitindo um melhor conhecimento do doente, dos seus diagnósticos de enfermagem e clínicos diminuindo o risco de erro tanto ao nível dos procedimentos como das intervenções. O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza um processo de cuidados em parceria com a pessoa/cliente, sendo o processo de intervenção baseado na relação interpessoal (Nunes & Deodato, 2010). Na sua atividade independente os enfermeiros orientam a sua intervenção para a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência na realização das atividades de vida, os processos de readaptação e adaptação funcional aos défices, ajudando o cliente a construir o seu projeto de Saúde. É competência dos enfermeiros, de acordo com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais “*criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco*” e garantir “*a segurança da administração de substâncias terapêuticas*” in (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Perante estas afirmações, entende-se, que para a administração segura

da terapêutica cabe ao enfermeiro a tomada de decisões partilhada com a pessoa/cliente, que é limitada pela concretização da tarefa da administração de terapêutica.

As recomendações das sociedades internacionais para a prevenção das lesões por pressão indicam que se deve proceder ao reposicionamento do indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída evitando posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Panel, 2014), para tal é imprescindível o auxílio por meio de almofadas para garantir o conforto e o correto posicionamento do indivíduo dependente. A ausência ou défice destes materiais pode condicionar o correto posicionamento e incorrer no aumento do risco para o desenvolvimento de lesões por pressão.

No que diz respeito à prevenção das úlceras de pressão, o que nos motivou a identificar uma oportunidade de melhoria foi o défice de dispositivos que visam o auxílio no posicionamento dos doentes. Não podemos ficar indiferentes ao desequilíbrio que se identifica nos diferentes serviços da instituição de saúde, é necessário responsabilizar os profissionais individualmente para a manutenção de todo o material, sem exceção para os dispositivos de auxílio à prevenção das úlceras de pressão.

A análise realizada foi dada a conhecer aos tutores e ao Enfermeiro Chefe do serviço de urgência, dando por concluído o objetivo proposto. Estas propostas foram inicialmente vistas como medidas impossíveis de concretizar, no entanto após reflexão conjunta ficaram mais despertos para as mesmas, demonstrando intenção de as implementar. O resultado desta intervenção não pode ser medido no imediato, mas pode servir como tema para um próximo trabalho.

Relativamente às medidas referentes à qualidade em saúde elaboradas pelo Departamento de Qualidade em Saúde, tratam-se de medidas concretizáveis em todos os serviços e instituições nacionais, no entanto, parece importante a representação de Enfermeiros na elaboração de medidas a implementar neste processo.

A gestão dos cuidados de enfermagem está muito relacionada com a liderança. Neste domínio, o enfermeiro chefe é identificado como o elemento chave dentro de um grupo de trabalho, no entanto, o enfermeiro especialista tem igualmente essa capacidade de influenciar os resultados, dado que estes estão mais relacionados com a implementação das estratégias de motivação e liderança do que com o peso hierárquico do líder. Ao mesmo tempo, a qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática, de forma a definir objetivos a concretizar.

O papel de um líder centra-se na criação de um ambiente propício ao desenvolvimento de estratégias no seio do grupo que visem a melhoria dos cuidados (Fradique & Mendes, 2013). No sentido de promover uma liderança que promova o crescimento da equipa, é fundamental que o enfermeiro tenha um conhecimento aprofundado sobre o utilizador do seu serviço, para que possa adequar a sua intervenção na motivação da equipa em função das suas necessidades.

Motivada por esta informação foi decidido ter conhecimento do perfil do utilizador do serviço de urgência desta unidade de saúde, para perceber que medidas de gestão podem ser tomadas partindo deste conhecimento (Anexo 1). Quanto à variação sazonal na admissão de doentes ao serviço de urgência, podemos perceber que tal não acontece, o que merece a atenção do enfermeiro especialista como gestor, no sentido de sugerir como medida a manutenção dos rácios e capacidade do serviço de urgência estável ao longo do ano.

No que respeita ao acesso em função do momento do dia, é possível perceber que durante o dia o fluxo de doentes no serviço de urgência é maior, no entanto, a permanência dos doentes neste SU é em cerca de 40% das situações superior a 4h, o que implica uma sobrecarga do serviço, o que impede a dotação dos recursos humanos em função do período do dia.

O fluxo de doentes é maioritariamente proveniente da área de influência primária do Concelho onde se encontra sediado, no entanto, é considerável o acesso de utentes provenientes por referenciação secundária que iniciam o seu percurso nesta instituição, pelo serviço de urgência. Embora esta evidência traduza um elemento que está fora do alcance de intervenção por parte do enfermeiro especialista como gestor dos cuidados, é importante perceber este dado e adequá-lo também na gestão dos recursos humanos deste serviço.

Através do conhecimento proveniente das informações concedidas pelo perfil do utilizador habitual do serviço de urgência podemos orientar a gestão dos cuidados de enfermagem pois obtemos informações relativas ao escalão etário do utilizador principal deste serviço. Assim, dos 77 287 doentes que foram admitidos no serviço de urgência desta unidade de saúde, 49 922 utentes têm idade >45 anos e 16 186 têm igual ou superior a 75 anos. É importante perceber que esta realidade traduz uma necessidade acrescida na prestação dos cuidados de enfermagem, pois estamos perante situações de pessoas doentes em fase aguda, mas com outras comorbilidades e situações de dependência.

4 - Desenvolvimento de competências em Prevenção e Controlo da Infecção

A proliferação de microrganismos com resistências à maioria dos antimicrobianos disponíveis transformou as infeções hospitalares em situações de elevada importância e impacto, quer na saúde pública quer nos custos inerentes ao prolongamento dos internamentos, com um conseqüente aumento na morbimortalidade e consumo dos recursos económicos disponíveis (Fernandes P. A. et al, 2016).

A necessidade de controlo da transmissão das infeções hospitalares é um assunto atual e primordial a par do problema das resistências destas bactérias aos antimicrobianos, transformando-se num problema prioritário para os governos dos diferentes estados mundiais, principalmente nos países em desenvolvimento (Högberg et al., 2014). Assim, é de especial importância o envolvimento do enfermeiro especialista no desenvolvimento de atividades que produzam efeito na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, porque dos profissionais de saúde, são os enfermeiros os responsáveis por uma interação mais direta e mais prolongada com os doentes em contexto de internamento e/ou em contexto comunitário.

4.1 – Contextualização da Segurança do Doente

A qualidade e segurança nos cuidados de saúde desde cedo preocuparam os enfermeiros, já em 1855 Florence Nightingale através dos seus trabalhos verificou que por procedimentos organizacionais e de higiene foi capaz de reduzir a mortalidade nas tropas Britânicas durante a guerra da Crimeia (Mitchell, 2008).

Durante vários anos a principal preocupação relativamente à segurança do doente era centrada quase exclusivamente nos acontecimentos relacionados com os erros e incidentes ocorridos na ação direta com o doente/utente, favorecendo uma perceção errada de que estes acontecimentos representavam uma responsabilidade apenas dos profissionais que se relacionavam diretamente com os doentes. Desde a década de 90 do século passado que vários estudos referem que as organizações apresentam fragilidades quer relativamente aos

processos quer à estrutura, facilitadores de acontecimentos adversos que colocam em causa a segurança dos utilizadores dos cuidados de saúde (Lawton et al., 2012).

A segurança do doente é por isso um assunto primordial para o sucesso dos cuidados de saúde visto que o dano resultante da falta de segurança pode ter uma implicação séria nos custos associados e na morbimortalidade dos doentes.

Em Portugal foram definidas estratégias governativas no sentido de proporcionar à população cuidados de saúde com uma prestação de cuidados acessíveis e equitativos com adequação dos cuidados de saúde aos recursos disponíveis e às necessidades e expectativas dos cidadãos, favorecendo a sua participação ativa no processo de cuidar. Pretende-se assim que a qualidade dos cuidados prestados acompanhe a segurança do doente proporcionando a garantia e sustentabilidade do serviço nacional de saúde (Ministério da Saúde, 2015a).

A estratégia nacional de segurança em saúde encontra-se regulamentada e engloba diferentes objetivos que contribuem para o reforço da segurança dos cuidados através da melhoria de ações nos processos e na estrutura dos serviços.

Aqui estão englobadas ações que visam a prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos, a prevenção das úlceras de pressão, a prevenção das quedas, o aumento da segurança na utilização da medicação, a garantia da identificação inequívoca dos doentes, o aumento da segurança cirúrgica, o aumento da segurança na comunicação, o aumento da cultura de segurança no ambiente interno e a garantia da prática sistemática da notificação, análise e prevenção de incidentes (Ministério da Saúde, 2015b).

Ainda relativamente à problemática dos cuidados de saúde em meio hospitalar temos vindo a assistir à emergência de microrganismos resistentes à maioria dos antibióticos disponíveis. Nos anos 40 do séc. XX os antibióticos revolucionaram os cuidados de saúde contribuindo para a diminuição da morbimortalidade, no entanto, o seu uso mais ou menos indiscriminado e maciço conduziu à emergência e seleção de bactérias multirresistentes, por isso, o tratamento em meio hospitalar revela-se um desafio devido à pressão antibiótica que aí existe e as infeções associadas aos cuidados de saúde atrasam e dificultam o tratamento adequado ao doente (Paiva, Pina, & Silva, 2014).

Portugal não é exceção e a problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde assim como as resistências aos antimicrobianos transformaram-se num programa prioritário para a saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Os relatórios internacionais referem as infeções da corrente sanguínea, as infeções respiratórias, as infeções do local cirúrgico e as infeções urinárias relacionadas com cateter vesical as que traduzem mais graves consequências para o doente e as mais relevantes no

universo das infeções associadas aos cuidados de saúde (Högberg et al., 2014) e são as instituições de saúde, através do coordenador local do PPCIRA, as responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias no sentido de privilegiar ações de capacitação dos profissionais de saúde na promoção da prevenção destas infeções.

4.2 – A Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é um dos pilares da atividade em controlo da infeção e consiste na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infeções, a fim de implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo, podendo ser realizada ao processo, à estrutura e aos resultados. Esta atividade tem por objetivo detetar precocemente alteração de padrões e permitir a sua investigação com adoção de medidas de prevenção e controlo.

Quanto à vigilância epidemiológica aos resultados, ela é feita com base nos programas instituídos ao nível nacional com a vigilância da incidência e prevalência da infeção nas unidades de cuidados intensivos, da vigilância da infeção do local cirúrgico nos serviços de cirurgia geral e Ortopedia e da vigilância das infeções nosocomiais da corrente sanguínea em todos os serviços hospitalares. Para além da participação nestes programas, consta também do plano de atividade desta comissão a vigilância das infeções por microrganismos epidemiologicamente significativos (incluindo os multirresistentes), bem como a vigilância de resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (Leça et al., 2008).

Por se tratar de uma comissão integrada numa Unidade Local de Saúde, a atividade de vigilância ocorre também ao nível do ACES. Parece ser uma mais valia esta integração pois viabiliza a comunicação entre as unidades (hospitalar e comunidade) e ao mesmo tempo uniformiza conceitos e procedimentos.

Na comunidade, a vigilância epidemiológica processa-se pelo cálculo da incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde, relacionadas com os procedimentos clínicos mais relevantes e na manutenção de dispositivos invasivos (relativos às intervenções das equipas de cuidados continuados integrados – ECCI). Quanto às resistências aos antimicrobianos e às infeções por microrganismos epidemiologicamente significativos, também é realizada a vigilância epidemiológica. Relativamente a este assunto também é uma vantagem a integração do ACES em ULS dado que existe uma centralização das culturas

num único laboratório de microbiologia (sediado no hospital) o que favorece a transmissão da informação, acelerando a comunicação entre os diferentes intervenientes.

Durante o período de estágio pude colaborar com as enfermeiras da CCIRA na vigilância epidemiológica aos resultados pela recolha e divulgação de dados nas bases nacionais. Percebi que a vigilância epidemiológica é uma atividade estruturante que canaliza grande parte das intervenções deste serviço. A importância atribuída a esta tarefa pelos profissionais é muito elevada pois desta forma é possível antever e antecipar problemas relacionados com o aparecimento de surtos nos doentes internados bem como no contexto comunitário. É também pela vigilância epidemiológica que se consegue antecipar necessidades de formação e/ou atualização das normas/procedimentos.

Esta atividade permitiu-me obter a capacidade de agir e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e aplicar os conhecimentos e compreender a resolução de problemas em situações novas e não familiares, adquirindo assim competências no âmbito da gestão dos cuidados pela otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Foi objetivo formulado no projeto de estágio a visita ao Laboratório de Microbiologia porque pelo conhecimento do circuito das amostras podemos influenciar a deteção precoce de infeções. O laboratório de Microbiologia deve dar “feedback” aos serviços sobre o melhor momento para a recolha das amostras dos diferentes produtos para que a informação a obter desses produtos seja eficiente e não ocorram atrasos na identificação de estirpes, o que pode influenciar o curso do tratamento.

Pela visita ao laboratório de microbiologia percebi que é imprescindível a interação entre os profissionais deste serviço e todos os profissionais que prestam cuidados diretos ao doente, pois a segurança das amostras é muito importante neste percurso. Devemos realçar a importância da recolha de amostras durante o período de manhã (sempre que possível), pois nesse momento há uma maior disponibilidade de recursos humanos e podemos ganhar tempo na identificação dos microrganismos.

Na aquisição de competências como enfermeira especialista, identifico esta área no domínio da Gestão dos Cuidados. É necessário que o enfermeiro especialista tenha conhecimento sobre os procedimentos dos serviços sobre os quais depende a sua ação. Neste caso se o enfermeiro especialista conhecer sucintamente as atividades de rotina do laboratório é capaz de antecipar o momento ideal para a recolha e envio de amostras.

Deveria ser da competência do laboratório de microbiologia a comunicação sobre as amostras contaminadas, para que após a sua análise se procedesse a medidas corretivas,

nomeadamente através de momentos formativos ou substituição de contentores de amostra, ou até alterações no circuito das mesmas.

O objetivo proposto no projeto de estágio relativamente à vigilância epidemiológica aos resultados foi amplamente conseguido pois consegui acompanhar os profissionais nas oportunidades de visita aos serviços de internamento e colaborei no registo dos dados epidemiológicos. Este é um processo sobre o qual os enfermeiros não têm um contacto direto permanente e afigurou-se de grande importância compreender e aplicar conhecimentos nesta área. Através da pesquisa nas bases de dados de registo foi possível a atualização dos conhecimentos relativamente à importância da vigilância epidemiológica, conseguindo atingir o objetivo proposto de compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares.

Outra atividade desenvolvida na Vigilância epidemiológica prende-se com a garantia de que os serviços de internamento se encontram devidamente informados quando se identifica uma infeção por microrganismo multirresistente e se são cumpridas as recomendações de boas práticas vigentes na instituição. Estes são os momentos de Vigilância epidemiológica ao Processo.

Estas visitas são muito importantes pois garantem a completa caracterização da situação problema através do contacto direto com os profissionais que prestam os cuidados diretos ao doente, identificando o momento em que se iniciaram as medidas de isolamento e a necessidade de realizar rastreios aos contactos com o doente infetado, se este não se encontrava com medidas de isolamento. A vigilância epidemiológica ao processo permite antecipar o aparecimento de surtos pelo controlo das situações problema (doente infetado sem isolamento de contacto) evitando a propagação do microrganismo.

Relativamente a este tema tive também a oportunidade de visitar o ACES, onde se realiza a atividade da CCIRA nesta vigilância epidemiológica ao processo. Durante a visita pude verificar que o cumprimento das boas práticas relativamente às precauções básicas está pouco enraizado, com a observação de várias não conformidades neste assunto. Esta situação pode ser uma consequência do afastamento geográfico da CCIRA aos serviços em questão ou por outro lado, significar que os profissionais que integram os cuidados na comunidade não se encontram ainda muito despertos para o problema das infeções associadas aos cuidados de saúde. O facto de alguns dos profissionais abordados não pertencerem aos quadros da instituição, mas com vínculo a entidades externas pode também contribuir para uma maior dificuldade no cumprimento destes processos relacionados com a prevenção e controlo da infeção.

É importante salientar que o perfil do profissional (neste caso enfermeiro) que integra a CCIRA e é incumbido da tarefa de realizar as auditorias a fazer sugestões de melhoria relativamente às intervenções auditadas é de especial relevância. Por vezes os profissionais dos serviços onde se realiza a auditoria assumem esta necessidade como uma avaliação do seu desempenho (quer na prestação direta dos cuidados quer na gestão e organização dos cuidados), podendo surgir problemas na comunicação entre os dois serviços (o que audita e o que é auditado). Pude perceber durante o estágio que os profissionais desta Comissão de Controlo da Infecção demonstram um respeito, serenidade, cultura e sabedoria pouco comuns, o que pode explicar o bom funcionamento e interação entre os serviços e a comissão.

Na Vigilância Epidemiológica ao Processo, é também importante a interação entre o Serviço de Esterilização e a CCIRA pois só quando garantida a segurança na utilização dos materiais reutilizáveis se pode assegurar que a prevenção e controlo da infeção são processos de elevada eficiência. Os registos dos ciclos de esterilização devem ser realizados e assegurada a disponibilidade dos mesmos a longo prazo, colaborando com a CCIRA no desenvolvimento e monitorização de políticas para a limpeza, desinfeção e esterilização.

Existe uma completa distinção entre as diferentes salas do serviço de esterilização, a sala de sujus, a sala de limpos e a sala de esterilizados não comunicam diretamente, apenas através de um corredor. Este serviço existe desde a inauguração do hospital e embora cumpra os requisitos legais impostos pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e de acordo com as Normas e Recomendações emitidas pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (Infarmed) (Costa et al., 2001), deveria possuir mais locais que proporcionassem oportunidades para a higiene das mãos. A sala de limpos não dispõe de locais para a higiene das mãos e os profissionais têm momentos de retirada do material das máquinas de lavagem, mas não têm oportunidade de realizar a desinfeção das mãos quando procedem ao embalamento dos materiais submetidos a desinfeção de alto nível.

A vigilância epidemiológica do processo também se realiza pela cooperação com os Serviços Hoteleiros na elaboração e auditoria aos planos de Higiene das unidades de saúde. Para melhor compreender a importância da higienização das superfícies e do controlo ambiental na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde precisamos compreender a existência de reservatórios. As superfícies funcionam como reservatórios de microrganismos que se podem dispersar através do ar (pela ventilação) ou através dos profissionais de saúde e visitas (pelas mãos por exemplo). Os microrganismos persistem nas superfícies inanimadas durante dias ou meses. Estudos recentes referem que grande parte das bactérias *gram*-positivas e *gram*-negativas sobrevivem vários meses nas superfícies

secas e que a humidade e a baixa temperatura são fatores influenciadores positivos para a sua sobrevivência. A persistência de microrganismos nas superfícies traduz a importância da descontaminação dos reservatórios (Kramer, Schwebke, & Kampf, 2006).

Um grave problema identificado na literatura prende-se com a evidência que em muitas situações a baixa escolaridade e formação dos profissionais que procedem à higiene das superfícies e a incorreção na utilização das recomendações dos fabricantes dos agentes de limpeza traduz uma incapacidade na higiene das unidades de saúde. Atualmente preconiza-se uma higiene de superfícies “sem mãos” pelo uso de novas tecnologias e o seu revestimento com agentes à base de prata e cobre que se sabe são bacteriostáticos (Boyce, 2016). Os constrangimentos financeiros inviabilizam a adesão a estes planos, no entanto, é de extrema importância a vigilância epidemiológica do processo de limpeza para evitar a propagação de microrganismos pela persistência dos reservatórios.

Através da vigilância epidemiológica ao processo fui capaz de desenvolver competências no âmbito da Gestão dos Cuidados, dado que através do conhecimento dos procedimentos que são da responsabilidade de outros profissionais, mas que interagem de forma direta ou indireta com a prestação de cuidados pelos enfermeiros, desenvolvo ações significativas na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Na vigilância epidemiológica à estrutura, compete à CCIRA a cooperação com o Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho, garantindo a imunização dos profissionais de saúde, promovendo-se assim o controlo da infeção por dispersão aérea, garante-se também a intervenção em casos de acidentes com exposição a risco biológico, assumindo as medidas pós exposição e assegurando a sua aplicação, para que se evite a propagação e transmissão de infeção aos e pelos profissionais.

São elaboradas recomendações para a minimização do risco clínico e não clínico pela dinamização do sistema de gestão de não conformidades. Esta aplicação encontra-se aquém do seu potencial pois não existe uma adesão significativa dos profissionais a este registo. É importante o incentivo à cultura de segurança através da formação e informação dos profissionais desmistificando a identificação de não conformidades como uma penalização por determinado ato, mas como uma mais valia que permitirá a modificação de práticas e um avanço na segurança e qualidade dos cuidados.

A cooperação com o Serviço de Instalações e equipamentos garante a execução e determinação de circuitos de limpos e sujos evitando que acidentalmente se contaminem as estruturas em que circulam os elementos limpos para o cuidado ao doente. Este circuito de limpos e sujos tem uma dimensão institucional e local, nos serviços. Em síntese tudo o que

ainda não contactou com o doente ou serviço deve permanecer no circuito limpo e tudo o que já contactou com o doente e/ou profissionais deve permanecer no circuito sujo. É imprescindível que todos os profissionais tenham um profundo conhecimento sobre o processo deste circuito de limpos e sujos para que seja possível a contenção dos reservatórios de infeção.

É de particular importância que a CCIRA através do Serviço de Instalações e Equipamentos, assegure a manutenção dos equipamentos de aquecimento e refrigeração, ventilação e a reparação atempada de todas as falhas identificadas nos pavimentos, paredes e tetos. Sempre que se preveja a realização de obras estruturais deve ser solicitado o apoio à CCIRA, a título consultivo, para o acompanhamento de obras de renovação ou de construção, de modo a garantir que são respeitadas as normas básicas de higiene (colocação de lavatórios para as mãos, espaços adequados entre camas, a existência de zonas de despejo e áreas de sujos e de limpos, barreira sanitária, áreas de isolamento e infraestruturas apropriadas) e a proteção dos doentes suscetíveis (Leça et al., 2008).

Na vigilância epidemiológica da estrutura, a CCIRA coopera com o Serviço de Compras e Logística, assegurando o fornecimento dos materiais adequados ao cumprimento das boas práticas nos serviços e colaborando na aquisição de novos equipamentos, funcionando como entidade consultora, no sentido de garantir que esses equipamentos não põem em causa a segurança do doente no que respeita à prevenção e controlo da infeção

4.3 – Prevenção da Bacteriemia associada aos dispositivos intravenosos

É competência da CCIRA a elaboração de um Guia/Manual de Boas Práticas baseado nas normas e orientações clínicas divulgadas pela Direção-Geral da Saúde (de carácter vinculativo), que garantam a segurança clínica e a melhoria da qualidade dos cuidados (Leça et al., 2008).

Este Manual deve ser de fácil acesso, estar disponível para consulta para qualquer profissional e permitir a uniformização das práticas em toda a Unidade de Saúde.

Esta instituição de saúde tem um Manual de Controlo de Infeção, publicado em 2003, onde constam as boas práticas relacionadas com a prevenção e controlo da infeção. Dado que o lapso temporal entre a data da publicação deste manual e a atualidade é considerável, ao longo do tempo foram atualizadas algumas normas/procedimentos e republicadas em suporte informático, numa base de dados institucional à qual todos os profissionais têm

acesso. É denominada “Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde - SGQS” e de fácil acesso através do “microsite” da unidade de saúde. Todas as normas/procedimentos que não foram revistos permanecem no Manual de Controlo da Infecção inicial. Parece ser uma prática de elevada qualidade o aproveitamento da mais valia dos sistemas informação para o apoio à prática dos cuidados.

Sempre que surjam dúvidas sobre normas/procedimentos em qualquer local da unidade de saúde (hospital ou ACES) e em qualquer dia, o profissional pode aceder facilmente ao Manual de Boas Práticas. A única fragilidade é a dificuldade do operador em perceber a que serviço se encontra endereçada a respetiva Norma/Procedimento. Isto é, no caso do Manual de Higienização das Superfícies, esta norma não se encontra em sede da CCIRA, mas nos Serviços Hoteleiros. Talvez no futuro se deva endereçar as Normas/Procedimentos pelo seu objetivo (neste caso o de prevenção e controlo da infeção – Controlo Ambiental).

O enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado em quatro domínios de intervenção, pela responsabilidade deontológica, ética e legal na dinamização e conceção de estratégias que visem a melhoria dos cuidados e a manutenção de um ambiente terapêutico seguro, pela otimização da prática, adequando-a ao contexto e aos recursos de que dispõe e por último mas não menos importante pela promoção do autoconhecimento, difundindo-o pela equipa e gerando uma prática clínica baseada na melhor evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Durante o estágio desenvolvi uma campanha de sensibilização para as boas práticas relacionadas com a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada aos dispositivos intravenosos. Este trabalho permitiu cumprir os objetivos definidos no projeto de estágio de conhecer as medidas locais de intervenção na prevenção da infeção cruzada, conhecer e conceber estratégias de intervenção na prevenção dos principais tipos de infeção nosocomial (particularizando para a infeção da corrente sanguínea) e conhecer e analisar os resultados da vigilância epidemiológica locais.

Esta campanha teve como objetivos:

- Dinamizar uma ação global permitindo o envolvimento de todos os profissionais de saúde;
- Promover a reflexão dos profissionais de saúde sobre a problemática da infeção da corrente sanguínea;
- Destacar algumas das intervenções que traduzem uma redução na transmissão da infeção cruzada;

- Divulgar alguns dados europeus e nacionais relativos à vigilância epidemiológica das infeções da corrente sanguínea.

A segunda metade do séc. XIX e o início do séc. XX traduziram avanços técnicos consideráveis, com as descobertas de Pasteur e Koch. Na saúde pública assistia-se também a desenvolvimentos importantes, com a difusão do uso do sabão, a pasteurização do leite, tratamentos de água e saneamento.

Na segunda metade do séc. XIX, vários estados nos Estados Unidos da América desenvolviam políticas de saúde pública com o aparecimento de departamentos de saúde e o fornecimento de água e saneamento (Smith, Watkins, & Hewlett, 2012).

Na Europa, assistia-se a desenvolvimentos importantes levados a cabo por John Snow, sobre a dispersão da epidemia de cólera em Inglaterra. A partir dos seus trabalhos, foram tomadas medidas de saúde pública que incluíam o melhoramento da rede de esgotos para evitar a contaminação das fontes públicas de água. Os trabalhos de John Snow são valorizados nos dias de hoje pela seu rigor estatístico e metodologia rigorosa, servindo de exemplo como reconhecimento e controlo de surtos em vigilância epidemiológica.

Ainda na Europa Ignaz Semmelweis foi o primeiro a identificar um problema de saúde relacionado com a transmissão da infeção hospitalar, desenvolvendo um dos primeiros modelos de vigilância epidemiológica. Ele identificou e reconheceu um problema (as puérperas nos serviços em que havia estudantes de medicina morriam de febre puerperal ao invés daquelas em enfermarias onde não se encontravam os estudantes), tentou explicá-lo (percebeu que os estudantes examinavam as puérperas depois de realizarem autópsias) e agiu de forma a resolver o problema, controlando o surto pela implementação de higiene das mãos. Surgiu nesta altura (1847) a primeira evidência de que higienizar as mãos entre doentes reduz a transmissão da infeção cruzada (WHO, 2009).

Também Florence Nightingale deu contributos importantes no desenvolvimento de modelos de vigilância epidemiológica e de controlo da infeção. No seu livro “Notes on Nursing What it is and what it is not”, Florence Nightingale admite que não se devia aceitar a doença como algo que deve existir, mas como uma condição, um estado de momento, por isso capaz de ser prevenida. Para Florence Nightingale, os enfermeiros deviam importar-se com a infeção apenas para preveni-la (Harvey, 1964).

O séc. XX representa o início da era antibiótica, com os achados de Alexander Flemming a taxa de mortalidade decresceu radicalmente e os desenvolvimentos tecnológicos do período pós 2.^a guerra mundial permitiram avanços no diagnóstico de doenças infecciosas.

No entanto, apenas 17 anos depois da descoberta da penicilina, começaram a surgir as primeiras estirpes resistentes. Em 1946 foi fundado o “Centers for Disease Control and Prevention”, mas com uma ação pouco dirigida ao controlo das resistências aos antimicrobianos ou à prevenção da infeção hospitalar (Smith et al., 2012).

Só em 1974 se volta a falar em vigilância epidemiológica com o “Senic Project”, um estudo realizado nos Estados Unidos com o objetivo de perceber a eficácia do controlo da infeção nosocomial, percebendo que a primeira causa de infeção nosocomial era a Infeção urinária associado à algaliação, seguindo-se a infeção do local cirúrgico e por último a pneumonia nosocomial (Haley et al, 1980).

A emergência de microrganismos multirresistentes e as infeções associadas aos cuidados de saúde são uma preocupação mundial que se tem intensificado desde o final dos anos 90 do século passado, traduzindo uma necessidade impulsionada pelo decréscimo da intervenção da indústria farmacêutica no desenvolvimento da investigação de novos antimicrobianos. Assim, compete aos profissionais que constituem o grupo da CCIRA o desenvolvimento de estratégias que promovam a segurança dos doentes garantindo cuidados prestados com um risco reduzido de desenvolvimento de infeções relacionadas com os cuidados de saúde.

Em Portugal, os acontecimentos ocorreram com algumas décadas de atraso relativamente a outros países europeus e aos Estados Unidos da América, acompanhando ainda assim a sua evolução neste assunto.

O primeiro passo no controlo da infeção em Portugal surgiu no Hospital de Torres Vedras em 1978 com a fundação da “Comissão de Higiene”. Só em 1996 surgiu o primeiro enquadramento normativo pela Direção-Geral da Saúde, nesta altura foi elaborado o primeiro manual de práticas de controlo da infeção e os primeiros cursos para os profissionais desta área.

Em 2007 foi reformulado o enquadramento normativo do controlo da infeção hospitalar, com o imperativo da constituição das comissões de controlo da infeção nas unidades de saúde como órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, com carácter técnico, executivo e multidisciplinar, dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, para implementar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção. Foram desenvolvidas simultaneamente as orientações normativas a aplicar nas unidades de saúde, na comunidade e nos cuidados continuados integrados.

Daqui se depreende a importância e a atualidade da intervenção planeada. Outra razão que me orientou na escolha do tema foi o facto de não se encontrar atualizada a

Norma/procedimento relativo à inserção e manutenção dos dispositivos venosos periféricos da instituição. A Norma encontra-se no Manual de Controlo da Infeção publicado em 2003 e não foi revista desde então.

Com base nos enunciados anteriores e na revisão da literatura, propus a conceção de uma atividade com relevância na prevenção e controlo da infeção associada aos dispositivos intravenosos, no doente em internamento hospitalar. Para a concretização desta atividade foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas plataformas PubMed e EBSCOhost (nas bases de dados CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE) com os descritores “infection control”, “Bloodstream” “catheter related infection” and “cross infection” e inserido o operador booleano “AND”, os critérios de exclusão foram a idade pediátrica. Foram identificados e estudados 7 artigos relacionados com a prevenção e controlo da infeção, destacados na Tabela 10.

Tabela 10 - Artigos sobre Prevenção da Infeção associada a dispositivos intravenosos

Autores/Ano	Título	Metodologia do estudo
Maki, Dennis G.; Kluger, Daniel M.; Crnich, Christophe R J. 2006	The Risk of Bloodstream Infection in Adults With Different Intravascular Devices: A Systematic Review of 200 Published Prospective Studies	Revisão sistemática da literatura
Mermel, Leonard A., et al 2009	Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America	Revisão da literatura
O’Grady, Naomi P., et al 2011	Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011	Revisão da literatura
Shah, Harshal et al 2013	Intravascular Catheter-Related Bloodstream Infection	Revisão da literatura
Jardim, Jaquelline Maria et al 2013	Avaliação das práticas de prevenção e controle de infeção da corrente sanguínea em um hospital governamental	Qualitativo; Focus-group
Hadaway, Lynn et al 2014	Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update	Revisão da literatura
Jones, Carla M.; Stewart, Cheryl; Roszell, Sheila Serr 2015	Beyond Best Practice Implementing a Unit-Based CLABSI Project	Quantitativo; exploratório

No planeamento da atividade procedi à elaboração de um poster de divulgação da atividade, construção de folhetos para a divulgação dos dados epidemiológicos (europeus e nacionais) mais relevantes sobre a infeção hospitalar e mais concretamente a infeção da corrente sanguínea, construção de “guias de bolso” com as linhas orientadoras divulgadas pela DGS (para a inserção e manutenção do CVC) e pelo “CDC” (para a manutenção dos dispositivos periféricos), para auxílio dos profissionais que prestam cuidados diretos ao doente.

Na sensibilização dos profissionais para a problemática da infeção da corrente sanguínea associada aos dispositivos intravenosos, foi dado especial destaque para a necessidade de descontaminação e proteção dos conetores de segurança no momento da sua manipulação.

Assim, foi definido o tempo para a realização da ação que teve a duração de um dia e denominou-se “Hoje é dia de...Prevenir a Bacteriemia relacionada com os dispositivos intravenosos”. A atividade subordinada ao tema da prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada aos dispositivos intravenosos teve início pelas 8h do dia 26 de outubro de 2016 com a afixação do cartaz (Apêndice 4) referente ao tema proposto em epígrafe e terminou pelas 15h do mesmo dia.

Nesta atividade foram enunciados alguns dos resultados da vigilância epidemiológica nacional (Pina, et al, 2013) e europeia (Latour et al., 2014) relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), particularizando para a infeção da corrente sanguínea relacionada com os dispositivos vasculares, no sentido de consciencializar os profissionais de saúde sobre a importância destas intervenções. Estes resultados foram divulgados em panfletos (Apêndice 5).

Foram distribuídos também “guias de bolso”, informativos (aos profissionais da instituição), onde se descreveram as intervenções do feixe de intervenções proposto pela DGS para a inserção e manutenção dos cateterismos venosos centrais (Apêndice 6) e as linhas orientadoras descritas pelo CDC para a manutenção dos cateterismos venosos periféricos e que comprovadamente diminuem o risco de transmissão da infeção da corrente sanguínea (Apêndice 7).

Durante a campanha foi demonstrada a importância da oclusão e descontaminação dos conetores de segurança dos dispositivos venosos pela realização de um inquérito aos profissionais (Apêndice 8), que aceitaram participar, e divulgação de tecnologia para aumentar a capacidade de prevenção da contaminação das “portas de entrada” dos dispositivos venosos durante a sua manipulação. Foram recolhidos 17 questionários

preenchidos voluntariamente pelos enfermeiros. O resultado da aplicação dos inquéritos aos profissionais revelou que todos os inquiridos afirmam realizar a descontaminação do local de acesso ao dispositivo intravenoso antes do acesso ao mesmo e 94% afirma realizar esta intervenção pela antissepsia do local com toalhete impregnado com álcool a 70°, apenas 6% desenvolve esta atividade através da pulverização de solução alcoolizada de clorohexidina. Nenhum dos indivíduos coloca tampa de proteção sobre o conector de segurança e apenas um indivíduo afirmou conhecer a tecnologia de tampa impregnada com álcool.

Os achados científicos recentes revelam que logo após a introdução de dispositivos no indivíduo se inicia a formação de biofilme de bactérias que conduzem a uma maior resistência destas aos antibacterianos, dado que o biofilme se forma em superfícies inanimadas que servem de suporte ao crescimento bacteriano (Romling et al., 2014). Ao mesmo tempo deparamo-nos com a necessidade de manipular os dispositivos intravenosos, o que concorre para um acréscimo no risco de infeção relacionada com esse dispositivo. Relativamente aos dispositivos intravenosos, crê-se que a colonização dos conectores e torneiras de acesso aos cateterismos pode representar 50% das infeções relacionadas com a inserção dos dispositivos, assim, é de particular importância a descontaminação dos conectores e torneiras no momento do acesso ao sistema/dispositivo (Moureau & Flynn, 2015). A literatura revela que a utilização de tampas impregnadas com etanol ou a descontaminação ativa dos locais de acesso aos dispositivos são igualmente eficazes na prevenção da formação de biofilme e colonização do local de inserção. No entanto é imprescindível uma metodologia de educação permanente para que os profissionais não esmoreçam nessa atitude (Moureau & Flynn, 2015).

Através desta pequena ação percebi a importância de manter atualizados todos os conteúdos relativos à prevenção da infeção da corrente sanguínea relacionada com os dispositivos, e não só aqueles que acarretam elevados recursos materiais, humanos e financeiros, pois as medidas mais simples são capazes de produzir a consciencialização para um problema.

4.4 – Verificação de Práticas relacionadas com os dispositivos intravenosos

Ainda com o objetivo de analisar as práticas na prevenção da infeção da corrente sanguínea associada aos dispositivos intravenosos desenvolvi uma ação de verificação de práticas relacionadas com a manutenção e manipulação dos mesmos. Este trabalho permitiu

cumprir os objetivos definidos no projeto de estágio de conhecer as medidas locais de intervenção na prevenção da infecção cruzada e conhecer e conceber estratégias de intervenção na prevenção dos principais tipos de infecção nosocomial (particularizando para a infecção da corrente sanguínea).

Esta campanha teve como objetivos:

- Realizar a verificação de práticas às principais intervenções do feixe de intervenção da prevenção da infecção da corrente sanguínea, preconizados pela Direção Geral de Saúde (DGS) e pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) durante um dia, nos serviços de internamento de Cirurgia e Ginecologia;
- Divulgar os resultados obtidos pela verificação de práticas.

Na conceção desta atividade desenvolvi e construí grelhas de verificação de práticas relacionadas com a manutenção e manipulação dos dispositivos intravenosos (Apêndice 9), para perceber quais as práticas realizadas pelos profissionais no desenvolvimento da sua atividade no sentido de obter dados que permitam perceber os seus conhecimentos relativamente à norma em vigor na instituição e ao mesmo tempo obter dados que permitam a reformulação da mesma, tornando-a mais atual, dado que relativamente à inserção e manutenção dos cateterismo periféricos a norma foi desenvolvida em 2003 (no momento da realização do Manual de Controlo de Infecção da instituição). Na construção da Grelha de Verificação das práticas relacionadas com a manutenção e manipulação dos dispositivos venosos centrais, tive por base as recomendações recentemente publicadas pela Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral de Saúde, 2015b) e para a construção da Grelha de Verificação de práticas relacionadas com a manutenção e manipulação dos dispositivos venosos periféricos baseei-me nas linhas orientadoras publicadas na literatura pelo “Centers for Disease Control and Prevention” (O’Grady et al., 2011).

Esta atividade decorreu no dia 26 de outubro (o mesmo dia da sensibilização dos profissionais para a prevenção da bacteriemia associada aos dispositivos intravenosos, no período das 16h às 17h30m nos serviços de internamento do departamento de cirurgia da instituição, para que, pela análise dos resultados obtidos fossem elaborados projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Segundo as recomendações internacionais, devem ser desenvolvidos programas institucionais regulares de formação relativamente à inserção, manutenção e controlo da infecção associada à manipulação dos dispositivos intravenosos, como medida de adoção

fortemente recomendada e apoiada por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados (Categoria IA do “Centers for Disease Control and Prevention” e “Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee”) (O’Grady et al., 2011).

Ao mesmo tempo e proposto pelos mesmos autores, as instituições devem realizar verificações regulares, aos profissionais com responsabilidade na inserção e manutenção dos dispositivos vasculares, relativas ao conhecimento das práticas/normas institucionais sobre este assunto e adesão às mesmas, como uma medida com o mesmo nível de recomendação.

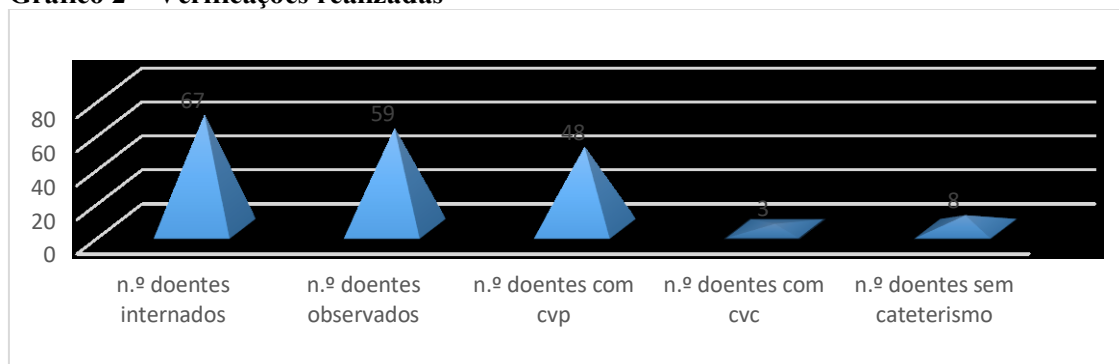
Foi com base nestas premissas que tomei a decisão de realizar uma verificação de práticas relacionadas com a manutenção e manipulação dos dispositivos intravenosos.

A verificação das práticas relacionadas com a manutenção e manipulação dos dispositivos intravenosos foi realizada em três serviços de internamento do departamento de cirurgia da instituição. No período de observação encontravam-se internados 67 utentes, procedendo-se à verificação das práticas em 59 dos mesmos. A não verificação de práticas aos 8 utentes remanescentes foi devida à sua ausência da unidade, no período em questão, quer para o bloco operatório, sala de visitas ou exames complementares de diagnóstico e terapêutica.

Resultados

Relativamente aos 59 utentes presentes na unidade no momento da verificação das práticas e sujeitos à intervenção, 48 possuíam um dispositivo venoso periférico, 3 possuíam um dispositivo venoso central e 8 utentes não tinham qualquer dispositivo intravenoso, tal como demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Verificações realizadas



Como verificado pela Tabela 11, em 46 das observações o tratamento encontra-se calendarizado diariamente sendo que em duas situações não existia calendarização prevista

(no sistema informático em uso). Os enfermeiros utilizaram, em 45 observações, pensos transparentes para proteção do dispositivo e em 2 situações, os doentes apresentavam sinais inflamatórios locais. Em 5 observações, verificou-se ausência de integridade do penso do dispositivo e em 4 ocasiões existia sangue no local de inserção do mesmo.

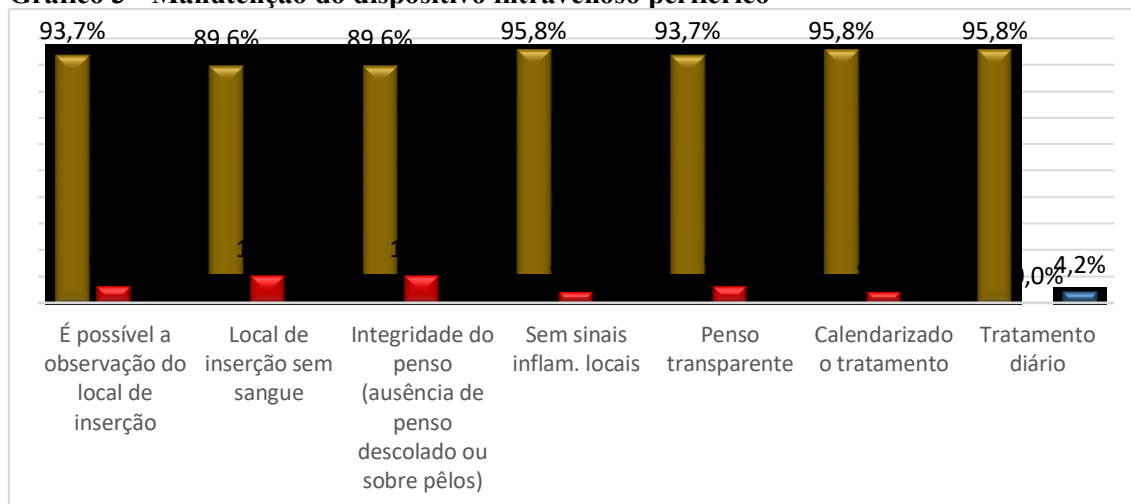
Tabela 11 - Manutenção do dispositivo intravenoso periférico

	SIM	NÃO	N/A	Total
É possível a observação do local de inserção	45	3	0	48
Local de inserção sem sangue	44	4	0	48
Integridade do penso (ausência de penso descolado ou sobre pelos)	43	5	0	48
Sem sinais inflamatórios locais	46	2	0	48
Penso transparente	45	3	0	48
Calendarizado o tratamento	46	2	0	48
Tratamento diário	46	0	2	48

Tal como se encontra evidenciado no Gráfico 3, em todos os itens avaliados pela grelha de verificação, a percentagem de observações positivas é de 90% ou superior. O local de inserção do dispositivo encontra-se isento de sangue em 90% das ocasiões e a mesma percentagem ocorre para a integridade do penso. Para os restantes itens a conformidade das observações é superior a 93%.

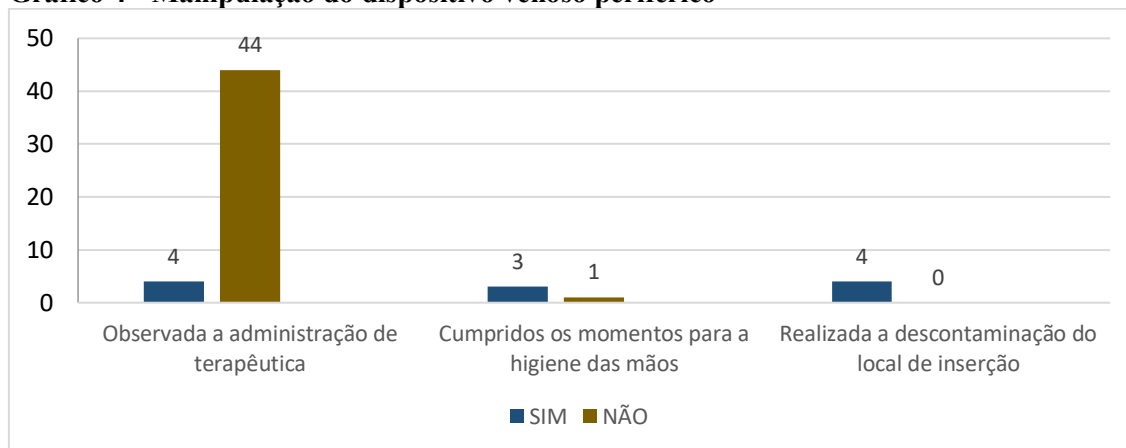
Durante a realização da Verificação de Práticas, houve oportunidade de observação da manipulação dos dispositivos em apenas 4 utentes do universo de 48 com dispositivo venoso periférico, o que se traduz numa recolha de dados pouco significativa.

Gráfico 3 - Manutenção do dispositivo intravenoso periférico



Através do Gráfico 4 podemos observar que durante a manipulação do dispositivo venoso periférico, não foram cumpridos os momentos preconizados pela OMS para a higiene das mãos, em uma das quatro observações realizadas e que a descontaminação dos locais de inserção do dispositivo foi realizada em todas as ocasiões observadas.

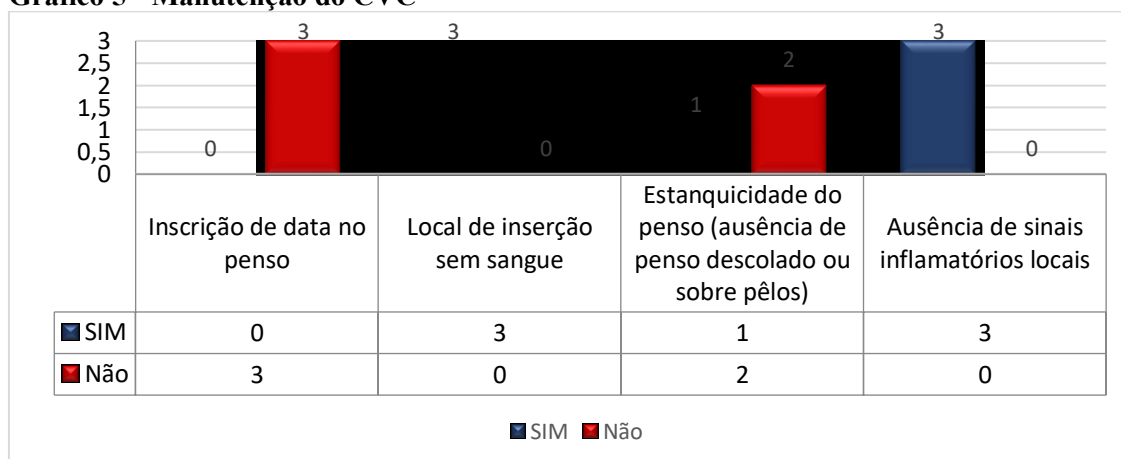
Gráfico 4 - Manipulação do dispositivo venoso periférico



Como já observado no Gráfico 2, encontravam-se internados, à data das observações, três doentes com CVC.

No Gráfico 5 estão expressos os dados relativamente à observação da manutenção do CVC (cateter venoso central). Verifica-se que nas três situações, o local de inserção estava limpo e sem sinais inflamatórios, mas por oposição, em nenhum dos pensos ao dispositivo se encontrava inscrita a data de execução do tratamento. Numa observação, o penso ao CVC não garantia a estanquicidade, portanto não se encontrava íntegro.

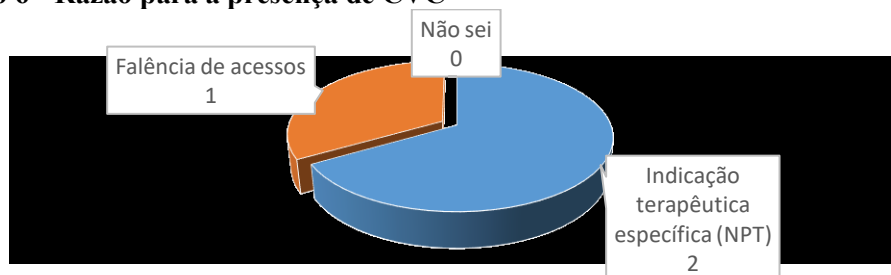
Gráfico 5 - Manutenção do CVC



Pela análise do Gráfico 6 é fácil reconhecer que os enfermeiros têm conhecimento sobre a razão da necessidade do dispositivo intravenoso. Está expressa neste gráfico que a razão para a presença do dispositivo venoso de acesso central em duas situações é a

necessidade de administração de nutrição parentérica e para um dos dispositivos foi a falência de acessos.

Gráfico 6 - Razão para a presença de CVC



Após a verificação das práticas, foi realizado o tratamento dos dados com consequente análise crítica dos resultados e propostas de alteração às normas vigentes na instituição.

Análise e Discussão de Resultados

De acordo com o observado e em conformidade com a comunidade científica, parece importante que a presença de dispositivos intravenosos se mantenha apenas pelo período indispensável à sua utilização e sejam removidos quando não são importantes para o tratamento e/ou monitorização do utente. Pela análise dos dados obtidos no Gráfico 2 percebemos que 8 dos utentes não tinham quaisquer dispositivos intravenosos, o que fará sentido na proximidade da alta hospitalar ou pela distância temporal ao momento de intervenção cirúrgica (na cirurgia eletiva) ou de diagnóstico e terapêutica (p.e. na Tomografia Computorizada ou Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica).

Ao observar a Tabela 11 percebemos que apesar de se tratar de uma amostra pequena, podemos ainda assim afirmar que existe preocupação dos enfermeiros na prevenção e controlo da bacteriemia.

Relativamente ao dispositivo venoso periférico, a substituição do penso quando a sua integridade não está garantida (penso descolado e/ou colado sobre pelos) é uma medida de adoção fortemente recomendada, apoiada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica (Categoria IB) pelo “Centers for Disease Control and Prevention” (O’Grady et al., 2011) enquanto a substituição do penso do dispositivo por um penso com compressa quando o seu local de inserção se encontra sujo com sangue ou quando o doente está diaforético, é uma medida de adoção sugerida para

implementação, apoiada em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica (categoria II), portanto a recomendação com menor nível de evidência científica (O'Grady et al., 2011) (Marsh et al., 2016). Parece assim mais premente a substituição do penso do dispositivo quando não há garantia da sua integridade (pela possibilidade de contaminação externa) que quando existe uma pequena fuga de sangue ou fluído pelo local de inserção do mesmo (desde que não esteja em causa a integridade do penso).

É importante realçar que logo que se verifiquem sinais inflamatórios locais (ou alguma alteração ao correto funcionamento), o dispositivo venoso periférico deve ser imediatamente substituído, constituindo-se esta medida com um nível de evidência de Categoria IB (medida fortemente recomendada, apoiada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica) (O'Grady et al., 2011), sendo que 4,2% dos utentes observados apresentavam sinais inflamatórios no local de inserção do dispositivo no momento da observação. A comunidade científica recomenda também o incentivo por parte dos profissionais para que os utentes reportem quaisquer sinais de desconforto relacionado com o dispositivo, no entanto com um nível de evidência menos significativo (categoria II - apoiada em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica).

Quanto à periodicidade de substituição do penso do dispositivo venoso periférico, esta deve ocorrer nas situações descritas anteriormente (penso não íntegro ou perante sinais de alerta de infeção local ou sistémica – categoria IB), no entanto recomenda-se a substituição do penso do cateterismo venoso central a cada 48h quando realizado com compressa (recomendação de categoria II) e a cada 7 dias quando penso transparente (categoria IB) (O'Grady et al., 2011) (Marschall et al., 2014) (Direção-Geral de Saúde, 2015b). Parece evidente que a substituição periódica do penso do dispositivo periférico pode não ser uma questão relevante pois está exposta na literatura os momentos em que a sua substituição é imperativa, nomeadamente na presença de sangue, impedimento da estanquicidade ou na dúvida sobre a existência de sinais inflamatórios locais (Marschall et al., 2014) (O'Grady et al., 2011).

A manipulação dos dispositivos intravenosos concorre também para o risco acrescido de desenvolvimento de infeção da corrente sanguínea. Hoje em dia, o acesso ao meio intravascular é feito maioritariamente através de dispositivos desprovidos de agulha (diminuindo o risco de acidentes durante a manipulação) no entanto, a facilidade e rapidez com que se acede ao meio intravascular sem necessidade de o invadir por meio de um objeto

perfurante conduziu a uma crescente despreocupação e conseqüente aumento na taxa de infecção relacionada com o seu manuseamento (Moureau & Flynn, 2015).

No que respeita à adesão à higiene das mãos, a meta da instituição é conseguir uma taxa superior a 75% nos cinco momentos preconizados pela OMS e assumidos pela Direção Geral da Saúde (Moura George, 2012). É necessário manter uma política de incentivo ao cumprimento dos momentos para a higiene das mãos, pois é esta a medida mais básica na prevenção e controlo da transmissão da infecção cruzada.

A higiene das mãos é transversal a todos os cuidados a administrar aos utentes, seja em contexto hospitalar, ambulatório ou domiciliário. Concomitante aos cuidados com a higiene das mãos, a descontaminação do acesso aos dispositivos é de primordial importância, pela análise dos resultados percebemos que em todas as observações foi realizada a descontaminação do local de acesso ao dispositivo.

Relativamente aos dispositivos venosos centrais, pela análise do Gráfico 3, percebemos que é importante trabalhar com os profissionais na manutenção da integridade do penso no sentido de evitar a contaminação externa do dispositivo e do local de inserção.

Quanto ao aspeto da “inscrição da realização da data do penso”, esta intervenção foi incluída no feixe de intervenção como medida de aumento da segurança na prática dos cuidados. Estudos recentes referem que em cerca de 60% das situações, a substituição do penso é feita por problemas com a integridade do mesmo, sugerindo medidas adicionais além da parametrização habitual da frequência de tratamento (Timsit et al., 2012), o que levou a comunidade científica a identificar como medida adicional a inscrição da data do tratamento no penso ao dispositivo, permitindo que sem margem para dúvida se conheça o momento do último tratamento.

Outra intervenção proposta na prevenção e controlo da infecção sistémica associada a dispositivos intravenosos é a que todos os intervenientes no processo de cuidar tenham conhecimento sobre as razões para a necessidade do cateter venoso central (Marschall et al., 2014). Importa também lembrar que a comunidade científica internacional sugere como medida de adoção fortemente recomendada e apoiada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica (Categoria IB pelo “CDC”), a localização dos dispositivos venosos centrais deve ser preferencialmente a subclávia em vez da jugular ou femoral, com o objetivo de minimizar o risco de infecção local e/ou sistémica. A título de curiosidade refere-se que os utentes que possuíam CVC, este encontrava-se localizado numa veia jugular (agravando a possibilidade de manter a integridade do penso pela sua proximidade ao couro cabeludo). Não foi incluída na grelha

de verificação esta última intervenção por não depender diretamente da ação do enfermeiro, no entanto, indiretamente afeta de forma indelével a sua prestação de cuidados. Deve ser incentivada a equipa médica à adesão às medidas preconizadas pelas sociedades científicas e adotadas pela instituição.

Pela concretização desta atividade desenvolvi e cimentei competências na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados pelo desenvolvimento de uma atividade que contribuiu para a obtenção de informações relevantes que implicam a mudança/revisão de normas já publicadas, o que ao mesmo tempo influencia a prestação de cuidados ao utente ainda que de forma indireta.

5 – Conclusão

A atividade do enfermeiro com o grau de mestre em enfermagem desenvolve-se numa múltipla opção de serviços encontrando-se também descrita como competência específica desta especialidade a otimização da sua ação na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, o que traduz a complexidade inerente a esta especialidade.

É de primordial importância que o enfermeiro que possui esta especialidade seja capaz de intervir e responder eficazmente em múltiplas atividades do quotidiano. Ele deve orientar a sua atividade no sentido de promover a excelência do cuidado, traduzido pela melhoria da qualidade de vida do doente, através da adoção de estratégias que visem a diminuição do tempo de internamento, seja pela procura incessante de novos dados científicos que impulsionem o cuidado ou pelo desenho de projetos e trabalhos científicos que sirvam de base para a mudança nos cuidados de saúde.

No domínio da prevenção e controlo da infeção, perante a necessidade constante do recurso a múltiplas medidas invasivas e não invasivas de diagnóstico e terapêutica para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e que conferem um risco para o doente na transmissão de patologias associadas aos cuidados de saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve ser capaz de antecipar medidas de gestão e de melhoria contínua da qualidade que diminuam a probabilidade de eventos adversos para o beneficiário de cuidados de saúde.

No percurso desenvolvido durante os módulos de estágio adquiri competências relacionadas com a responsabilidade profissional ética e legal, muito evidente no percurso realizado no serviço de urgência, pelo desenvolvimento de projetos e reflexões críticas com um cunho muito relacionado com a questão da vulnerabilidade e dos direitos humanos. Desenvolvi competências de gestão pelo desenvolvimento de propostas de melhoria para o serviço de urgência e de melhoria contínua da qualidade com projetos tanto no serviço de urgência como na Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos.

A formalização de um grupo de trabalho no serviço de urgência permitiu-me a aquisição de competências que se enquadram no desenvolvimento profissional da melhoria da qualidade e forneceu ao serviço o mote para a continuidade de projetos que ultrapassem

as barreiras do serviço. Ao mesmo tempo, o desenho de um projeto de investigação fez-me compreender que a produção científica envolve recursos muito diversos, sejam do investigador, do ambiente onde é realizado o estudo ou dos organismos de gestão das unidades de saúde. Saliento que a energia despendida foi compensadora pois terminei com a vontade de continuar a caminhada iniciada neste contexto da prática. O estudo sobre a Sobrecarga do Cuidador Informal no serviço de urgência é um assunto de elevada importância porque como se constatou pode estar na base de problemas que afetam estes serviços, nomeadamente a sua sobrelotação. Tive a oportunidade de obter através deste trabalho as competências no domínio da aprendizagem profissional/investigação.

A prática baseada na evidência científica foi, desde sempre, a epígrafe da minha atividade profissional e senti que o estágio em serviço de urgência cimentou esta necessidade de acompanhar a atividade científica como justificação para o desenvolvimento dos cuidados a prestar ao doente e família. As reflexões realizadas em assuntos estruturantes deste serviço realçam a importância do enfermeiro especialista desenvolver a sua atividade com base nos quadros éticos, deontológicos e jurídicos, levando à discussão temas e regras que pela força das modificações impostas pela crise económica e evolução socio demográfica se tornaram obsoletos. Refiro-me principalmente ao horário de visitas nos serviços de internamento do serviço de urgência.

A intervenção dinamizadora e a conduta profissional responsável nortearam a atividade e as intervenções que tive oportunidade de efetuar. Importa realçar que a abertura dos profissionais e do próprio serviço, que nunca foram castradores das minhas ações, produziram um efeito muito positivo permitindo que todos os meus projetos fossem iniciados e desenvolvidos nos serviços em questão. De salientar que se encontra já em funcionamento nesta unidade de saúde uma “Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos”, que funciona na comunidade, com a orientação de doentes por quaisquer profissionais da ULS e como critérios de ativação a idade >74 anos, recorrência ao SU >4 vezes num ano, três ou mais internamentos num ano, 3 ou mais comorbilidades e medicação crónica múltipla (+ que 5 fármacos), o que evidencia o trabalho desenvolvido no contexto do serviço de urgência.

Relativamente ao estágio de Prevenção e Controlo da Infecção percebi que a vigilância epidemiológica não está circunscrita apenas à obtenção de informações sobre o número de utentes que desenvolvem infeção associada aos cuidados de saúde e à caracterização dos microrganismos infetantes. É necessária uma grande capacidade de interpretação desses resultados para se perceber a plena dimensão do problema, explicá-lo e desenvolver ações

para a sua resolução. É por isso muito importante desenvolver preocupações relativamente à estrutura e processo para obter a abrangência do problema e ter a capacidade para solucioná-lo. Desta forma entendo que a capacidade de gestão dos cuidados, ainda que de forma indireta foi uma competência adquirida, pois pelo conhecimento da estrutura onde nos encontramos inseridos e dos potenciais problemas relacionados com essa estrutura e resultados da infeção associada aos cuidados de saúde fui capaz de intervir de forma a otimizar a minha resposta na prestação de cuidados.

Compreendi que a Formação em controlo da infeção é um dos pilares da sua atividade. A dificuldade em mudar comportamentos é sem dúvida o principal obstáculo em todas as áreas da saúde, seja a mudança de comportamentos da sociedade para a adoção de estilos de vida saudáveis tais como a atividade física e alimentação saudável, ou neste tema, a capacidade para fazer com que os profissionais adotem comportamentos orientados para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Quando se obtêm dados relativamente aos conhecimentos dos profissionais nesta matéria percebe-se que não é aqui que reside o problema, mas na capacidade para a mudança de comportamentos.

É muito importante que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desenvolva conhecimentos de pedagogia de forma a ser capaz de incutir nos seus pares a capacidade e volição para a adesão aos comportamentos relacionados com a melhoria das práticas de cuidados e segurança do doente. Posso afirmar que consegui perceber a importância da atividade pedagógica e tenho a perceção de que sou capaz de desenvolver atividades que sirvam não só para transmitir conhecimentos, mas dar oportunidade para a reflexão e conceção de novas estratégias em colaboração com os intervenientes diretos nos cuidados motivando a sua ação para a prevenção e controlo da infeção.

As recomendações de boas práticas em controlo da infeção são também um pilar essencial na prática corrente destas comissões. A atividade que considero de maior relevo durante este estágio, para a qual me dediquei inteiramente e obtive maior satisfação foi sem dúvida na ação relacionada com as recomendações de boas práticas em controlo da infeção.

Através desta atividade fui capaz de desenvolver competências ao nível da investigação, não só pela pesquisa bibliográfica, mas também pela recolha e análise de dados e dos seus resultados, com divulgação das conclusões e sugestões de melhoria na segurança do doente internado e para a prestação dos cuidados. Adquiri através deste trabalho competências no domínio da melhoria da qualidade pela identificação de oportunidades de melhoria, com o estabelecimento de prioridades e estratégias de melhoria e pela conceção de um projeto com substrato que servirá como guia orientador de boa prática.

Em todo o percurso desenvolvi competências no desenvolvimento da aprendizagem profissional pelo autoconhecimento e assertividade pois fui capaz de reconhecer as minhas limitações pessoais e de recursos, fui capaz de responder eficazmente sob pressão antecipando nas situações de eventual conflito uma resposta adequada de forma a possibilitar a plena execução dos objetivos com a colaboração dos intervenientes. Percebi que por vezes a verificação de práticas numa vertente de vigilância epidemiológica e para a contribuição para recomendações de boas prática pode ser entendida como um escrutínio e avaliação de competências, o que obriga ao enfermeiro especialista a desenvolver capacidades para a resolução de problemas e conflitos.

No decurso do estágio contribuí para o desenvolvimento de um ambiente terapêutico seguro pela aquisição de competências na melhoria da qualidade da prestação de cuidados ao utente. Ainda assim, não fui capaz de cumprir um objetivo com o qual sinto grande afinidade e se relaciona com o controlo dos riscos de natureza ambiental. A vigilância e controlo dos reservatórios de microrganismos com uma cada vez maior preocupação na otimização dos processos de limpeza e gestão do ambiente de cuidados é um tema em ascensão e que sinto necessidade de empreender esforços para melhor compreender. As ações que a comunidade científica preconiza para o estabelecimento de um ambiente seguro no que respeita às condições ambientais das unidades de saúde, relativamente à estrutura e aos materiais clínicos e não clínicos e que podem influenciar a transmissão cruzada de microrganismos são os principais temas que gostaria de ter intervindo durante o meu percurso na comissão de controlo da infeção.

O tempo parece ser o principal influenciador na capacidade de desenvolver os projetos durante o estágio e foi necessário desenvolver uma grande capacidade de organização e concentração neste estágio porque a diversidade de temas do âmbito do controlo da infeção levou-me a uma panóplia de pesquisa bibliográfica que inicialmente me impediu de ser clara e objetiva.

Ao longo do tempo fui capaz de orientar e clarificar os meus objetivos e ideias o que transformou esta etapa num momento extremamente completo no que respeita às experiências sentidas e competências desenvolvidas.

O desempenho e capacitação de competências enquanto enfermeira especialista permitiu-me desenvolver o estímulo pela prática científica. A pesquisa bibliográfica e o desenho de projetos de investigação fizeram-me perceber a vontade de realizar mais e melhores projetos de investigação. O meu plano para o futuro é tangencial a esta ambição

de procura de evidência para a prática de cuidados de enfermagem de elevada qualidade, almejando a sua adequação ao indivíduo, família e comunidade.

6 – Referências Bibliográficas

- Aacharya, R. P., Gastmans, C., & Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine*, 11(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-11-16>
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Assembleia da República. (2014). In Diário da República, 1ª Série n.º 57 de 21 de março de 2014 (Vol. 1.ª série, pp. 2127–2131).
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x>
- Boyce, J. M. (2016). Modern technologies for improving cleaning and disinfection of environmental surfaces in hospitals. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 5(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13756-016-0111-x>
- Cooper, L., Gray, H., Adam, J., Brown, D., McLaughlin, P., & Watson, J. (2008). Open all hours: a qualitative exploration of open visiting in a hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(7), 334–341. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.7.30619> [doi]
- Costa, A. F., Carvalho, I. P., Mendonça, C., Loureiro, A., Faria, L., Rebelo, M., ... Contente, F. (2001). *Manual Normas e Procedimentos para um Serviço de Esterilização em Estabelecimentos de Saúde*. (D.-G. da Saúde, Ed.). Lisboa: E. Santos-Artes Gráficas,Lda.
- Direção-Geral de Saúde. (2000). *Circular Normativa n.º 4/DSPCS Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados* -, 1–2.
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). *Norma 002/2015 Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*, (Norma 002/2015), 1–22.
- Direção-Geral de Saúde. (2015b). *Norma nº022/2015 - “Feixe de Intervenções” de*

- Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central* (Vol. 2015).
- Fernandes, P. A., Silva, M. G., Cruz, A. P., & Paiva, J. A. (2016). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015*. (Direção-Geral de Saúde, Ed.), Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa.
- Forsgårde, E. S., From Attebring, M., & Elmquist, C. (2016). Powerlessness: Dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit. *International Emergency Nursing*, 25, 32–36. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.07.004>
- Fradique, M. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(10), 45–53. <https://doi.org/10.12707/RIII12133>
- Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P., & Stein-Parbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing and Health Sciences*, 16(4), 449–453. <https://doi.org/10.1111/nhs.12137>
- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004>
- Haley, R. W., Quade, D., Freeman, H. E., & Bennett, J. V. (1980). Study on the efficacy of nosocomial infection control (senic project): summary of study design. *American Journal of Epidemiology*, 111(5), 472–485. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112928>
- Harvey, J. (1964). Notes on Nursing Care. *Nursing Times*, 60, 898–899. <https://doi.org/10.2307/3456987>
- Högberg, L. D., Weist, K., Suetens, C., Griskeviciene, J., Monnet, D., & Heuer, O. (2014). *Annual epidemiological report 2014. Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections*. (C. Albu, S. Brusin, & B. Ciancio, Eds.). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Destaque: Dia Mundial Da População, 10. Retrieved from www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Dia Mundial da Saúde - 7 de abril 2002-2012*. Destaque - INE, (24), 1–17. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=215806720&DESTAQUESmodo=2

- Kirby, S. E., Dennis, S. M., Jayasinghe, U. W., & Harris, M. F. (2010). Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Services Research*, *10*, 216. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-216>
- Kramer, A., Schwebke, I., & Kampf, G. (2006). How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, *6*, 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-6-130>
- Landeiro, M. J. L., Martins, T. V., & Peres, H. H. C. (2016). Percepção dos enfermeiros sobre dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de Pessoa Dependente nurses' Perception on the difficulties and information needs of family members caring for a dependent Person. *Texto Contexto Enferm*, *25*(1). <https://doi.org/10.1590/0104-070720160000430015>
- Latour, K., Kinross, P., Moro, M. L., Fitzpatrick, F., Richizzi, E., Dillane, T., ... Jans, B. (2014). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities. April-May 2013*. (C. Suetens, Ed.). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
- Lawton, R., McEachan, R. R. C., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. (2012). Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, *21*(5), 369–80. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000443>
- Leça, A., Costa, A. C., Silva, M. G., Noriega, E., & Gaspar, M. J. (2008). *Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Divisão de Segurança Clínica.
- Lima, G., Cabral, M., Oliveira, E., Barradas, M., & Ulisses, C. (2015). *Relatório de Inquérito de Satisfação dos Utentes na Urgência Geral e Urgência de Obstetria*
- Marcantonio, E. R., McKean, S., Goldfinger, M., Kleefield, S., Yurkofsky, M., & Brennan, T. a. (1999). Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a Medicare managed care plan. *The American Journal of Medicine*, *107*(1), 13–17. [https://doi.org/S0002-9343\(99\)00159-X](https://doi.org/S0002-9343(99)00159-X) [pii]
- Marschall, J., Mermel, L. A., Fakih, M., Hadaway, L., Kallen, A., O'Grady, N. P., ... Yokoe, D. S. (2014). Strategies to Prevent Central Line–Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Source: Infection Control and Hospital*

- Epidemiology Infect Control Hosp Epidemiol*, 3535(77), 753–771.
<https://doi.org/10.1086/676533>
- Marsh, N., Webster, J., Mihala, G., & Rickard, C. M. (2016). Devices and dressings to secure peripheral venous catheters: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, (6).
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.007>
- Ministério da Saúde. (2006). *Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário Da República, I Série-A n.º109 de 6 de Junho de 2006, I-A(109), 3856–3865.
- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto Lei n. 28/2008 Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde*. Diário Da República, 2.ª Série - N.º 38 de 22 de Fevereiro de 2008, 2.ª série(38), 1182–1189. https://doi.org/http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_96/DL_28_2008.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). *Despacho nº 2902/2013 Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos*. Diário Da República, 2.ª Série - N.º 38 de 22 de Fevereiro de 2013, 2ª série(38), 7179–7180.
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho nº 10319/2014 - Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) - rede serviços de urgência*. Diário Da República, 2ª Série - Nº 153 de 11 de Agosto de 2014, 20673–20678. Retrieved from www.dre.pt
- Ministério da Saúde. (2015a). *Despacho n.º 5613/2015 Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Diário Da República, 2.ª Série - N.º 102 de 27 de Maio de 2015, 2.ª série(102), 13550–13553.
- Ministério da Saúde. (2015b). *Despacho nº 1400-A/2015 Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário Da República, 2.ª Série - N.º 28 de 10 de Fevereiro de 2015, 28(2), 4–9. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Mitchell, P. H. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 1–5. <https://doi.org/NBK2681> [bookaccession]
- Moura George, F. H. (2012). *Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Direção Geral Da Saúde, 1–4.
- Moureau, N. L., & Flynn, J. (2015). Disinfection of Needleless Connector Hubs: Clinical Evidence Systematic Review. *Nursing Research and Practice*, 2015, 796762. <https://doi.org/10.1155/2015/796762>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Panel. (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão*:

Guia de Consulta Rápida.

- Nunes, L., & Deodato, S. (2010). *Parecer Conjunto Conselho de Enfermagem e Conselho Jurisdicional N.º 3 / 2010.*
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Dellinger, E. P., Gerberding, J. L., Heard, S. O., Maki, D. G., ... Underwood, M. A. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *American Journal of Infection Control*, 30(8), 476–489. <https://doi.org/10.1067/mic.2002.129427>
- ONU. (2015). *ONU projeta que população mundial chegue aos 8,5 mil milhões em 2030.* Retrieved February 8, 2017, from <http://www.unric.org/pt/actualidade/31919-onu-projeta-que-populacao-mundial-chegue-aos-85-mil-milhoes-em-2030>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Diário Da República, 2.ª Série - N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, 2.ª série(35), 40918–40920.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Diário Da República, 2.ª Série - N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, 2.ª série(35), 8656–8657.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.* Diário Da República, 2.ª Série - N.º 233 de 2 de Dezembro de 2014. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 190/2015 Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.* Diário Da República, 2.ª Série - N.º 79 de 23 de Abril de 2015, 2.ª série, 1–4.
- Oribe, C., Como, P., & Cat, I. (2009). *PDCA : origem , conceitos e variantes dessa idéia de 70 anos* Artigo, 1–11.
- Paiva, J. A., Pina, E., & Silva, M. G. (2014). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* Lisboa Novembro de 2014. Direção Geral Da Saúde, 53. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlado-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>
- Perdomo, M. P., & Juan de Jesús Llibre Rodríguez, C. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con enfermedad de

- Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermeria*, 26(3), 110–122.
- Petronilho, F. A. S. (2010). A Transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: uma revisão da literatura. *Revista Investigação Em Enfermagem*, (Fevereiro), 43–58.
- Petronilho, F. A. S., Pereira, F. M. S., & Silva, A. A. P. e. (2014). Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 2.^a Série, 35–43.
- Pina, E., Paiva, J. A., Nogueira, P., & Silva, M. G. (2013). *Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses - Inquérito 2012*. Direção Geral Da Saúde, 19. <https://doi.org/http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx>
- Pivodic, L., Van Den Block, L., Pardon, K., Miccinesi, G., Alonso, T. V., Boffin, N., ... Sheila, P. (2013). Burden on family carers and care-related financial strain at the end of life: A cross-national population-based study. *European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku026>
- Pordata. (2014a). Anos de Vida Saudável aos 65 anos. Retrieved March 23, 2016, from <http://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saudável+aos+65+anos+por+sexo-1590-211622>
- Pordata. (2014b). *Retrato de Portugal na Europa*. Retrieved from <http://www.pordata.pt/ebooks/PT2014v201405161300/index.html>
- Pordata. (2015). *Pordata - Ambiente de Consulta*. Retrieved February 8, 2017, from <http://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Romling, U., Kjelleberg, S., Normark, S., Nyman, L., Uhlin, B. E., & ??kerlund, B. (2014). Microbial biofilm formation: A need to act. *Journal of Internal Medicine*, 276(2), 98–110. <https://doi.org/10.1111/joim.12242>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12, 9–16.
- Shankar, K. N., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., & Naylor, M. D. (2014). Burden in caregivers of cognitively impaired elderly adults at time of hospitalization: A cross-sectional analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 276–284. <https://doi.org/10.1111/jgs.12657>
- Silva, A. L., Teixeira, H. J., Teixeira, M. J. C., & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: An integrative review. *Scandinavian*

Journal of Caring Sciences. <https://doi.org/10.1111/scs.12019>

Smith, P. W., Watkins, K., & Hewlett, A. (2012). Infection control through the ages. *American Journal of Infection Control*, 40(1), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.02.019>

Timsit, J.-F., Bouadma, L., Ruckly, S., Schwebel, C., Garrouste-Orgeas, M., Bronchard, R., ... Lucet, J.-C. (2012). Dressing disruption is a major risk factor for catheter-related infections. *Critical Care Medicine*, 40(6), 1707–14. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31824e0d46>

United Nations. (2015). *World Population Prospects - Population Division - United Nations. World Population Prospects - 2015 Revision*. Retrieved from <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>

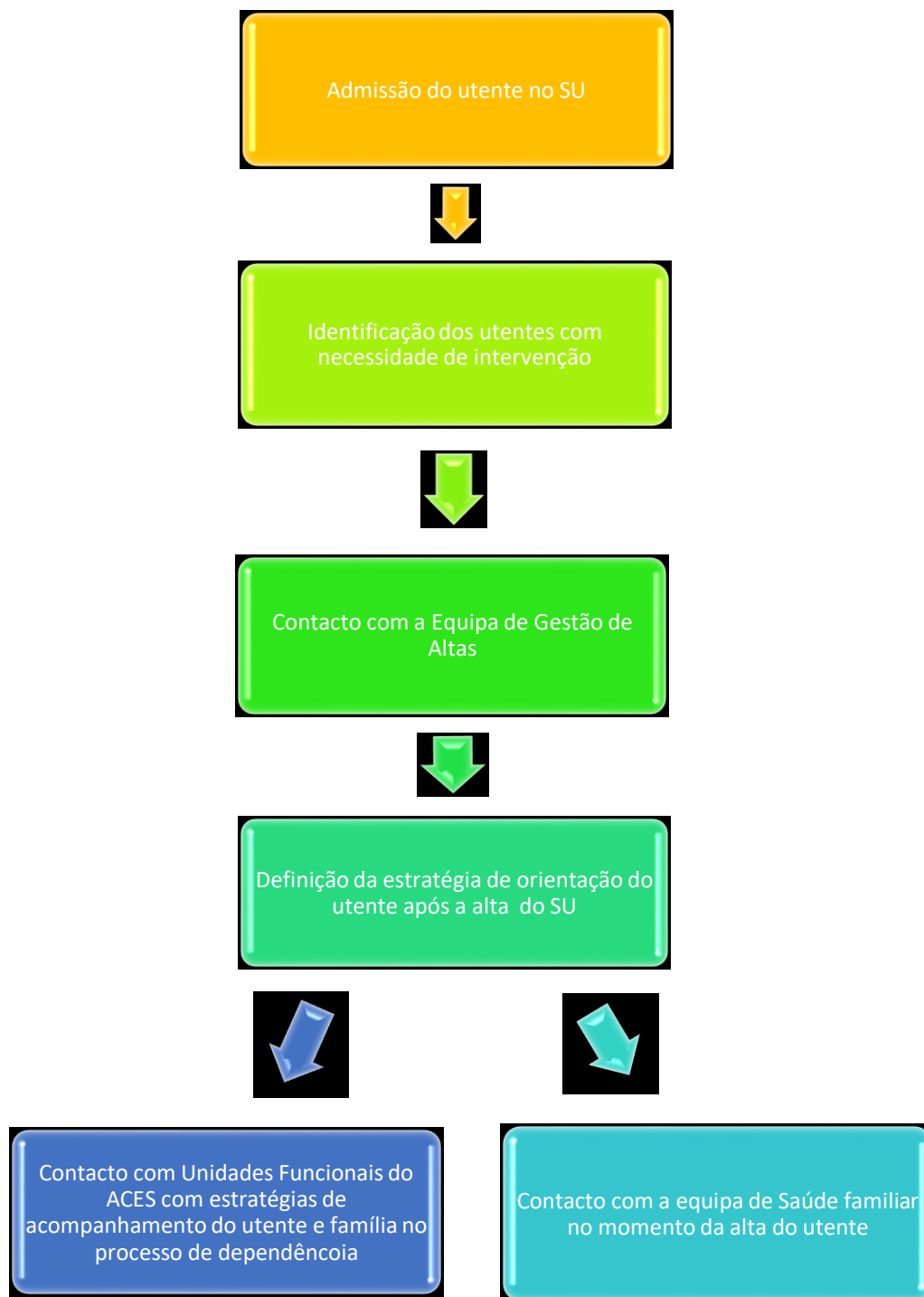
Verbeek, H., Meyer, G., Challis, D., Zabalegui, A., Soto, M. E., Saks, K., ... Vellas, B. (2015). Inter-country exploration of factors associated with admission to long-term institutional dementia care: Evidence from the RightTimePlaceCare study. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.12663>

WHO. (2009). *Guide to Implementation Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*
CONTENTS DEFINITION OF TERMS.

7 - Apêndices

Apêndice 1 – Guia Orientador para a Referenciação de doentes no SU

FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO



Vinheta de Identificação

Indique o motivo que o levou a identificar o utente:

Perceção de agravamento recente de dependência funcional em relação ao habitual, em doentes que permaneçam em ST2 e/ou OBS por um período ≥ 24 h	
Necessidade de ensinos por alteração súbita da condição patológica crónica (p.e. necessidade de entubação nasogástrica em utente com demência que é incapaz de suprir as necessidades calóricas) e que o médico assistente não considera como necessário o internamento	
Doente que permanece no SU por um período ≥ 48 h, por ausência de vaga nos serviços de internamento	
Doentes com ≥ 3 episódios de urgência no período de 1 mês por agudização de patologia crónica e com perceção de agravamento recente da dependência funcional	
Situações paliativas não referenciadas, sejam de natureza oncológica ou outras em que o doente enfrenta problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, no sentido de alertar o médico assistente	
Outra situação (descreva):	

Data:

__/__/__

Apêndice 2 – Estudo Exploratório: “A Sobrecarga do Cuidador Informal no SU”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DOS DOENTES
INTERNADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Estudo Exploratório

Por: Isabel Maria Oliveira e Silva

Porto, 1 de junho de 2016

Índice

1 – Desenho do Projeto	5
2 – Apêndices	9
Apêndice I – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração	1071
Apêndice II – Autorização do Conselho de Administração	1115
Apêndice III – Parecer Final da Comissão de Ética	1159
Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	23
Apêndice V – Instrumento de Colheita de Dados	27
Anexo I – Escala de Graffar	39
Anexo II – Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit	43
Anexo III – Escala de Avaliação de Dependência de Barthel.....	49

1 – Desenho do Projeto

Devido ao envelhecimento populacional a que vimos assistindo, a par da redução nos anos de vida saudável, traduzida num aumento significativo de indivíduos dependentes a cargo dos seus familiares, por vezes acarreta uma sobrecarga económica e emocional com repercussões em toda a sociedade.

Em Portugal, a perceção desta realidade conduziu a esforços governativos que implicaram o reforço dos sistemas de apoio à população no contexto comunitário, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2005.

Apesar das mudanças operadas no sistema de saúde, é necessário compreender qual o impacto que a transição dos dependentes, do contexto hospitalar para o cuidado no domicílio, tem na vida socio familiar dos seus cuidadores e se os sistemas de saúde na comunidade são capazes de responder a estas necessidades.

A literatura refere que os recursos disponíveis na comunidade são determinantes para a transição saudável dos cuidadores para o exercício do papel (Petronilho, 2010), ao mesmo tempo, encontra-se também descrito que os cuidados aos familiares dependentes acarreta para os cuidadores consequências negativas que incluem problemas financeiros, stress físico e emocional e isolamento, o que pode traduzir-se em patologia no cuidador com o consequente agravamento da salubridade na população.(Perdomo M. & Rodríguez C., 2010). É também valorizado na literatura a capacidade dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros, na decisão do destino dos dependentes no momento da alta hospitalar, considerando que nessa decisão os enfermeiros se centram nas características do doente e da família, na capacidade de resposta da comunidade e dos serviços de saúde de retaguarda (Petronilho et al., 2014).

Assim, entende-se que o nível de dependência, pode implicar uma sobrecarga financeira na família, que aliado às necessidades de ajudas técnicas e apoio na concretização dos cuidados ao familiar podem influenciar o nível de sobrecarga no cuidador.

Através deste estudo, pretende-se avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais dos doentes que se encontram internados por um período igual ou superior a 24h no

Serviço de Urgência da ULS através da aplicação da Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Será garantido o anonimato dos sujeitos que venham a ser alvo da colheita de dados, assim como, será garantido o seu consentimento informado de forma que se verifique a livre escolha em participar ou não no estudo.


I – Questão de Partida

Os familiares cuidadores dos doentes dependentes, internados no serviço de Urgência, encontram-se em exaustão?

I – Título

A exaustão do Cuidador Informal dos doentes internados no Serviço de Urgência da ULS Matosinhos EPE.

2 – Objetivos

Conhecer a sobrecarga do cuidador informal dos doentes sujeitos a internamento no Serviço de Urgência da 

3 – População-Alvo

O cuidador informal dos indivíduos internados no Serviço de Urgência.

Define-se como cuidador informal o indivíduo que presta cuidado e assistência contínua, sem remuneração, a familiares ou amigos no cumprimento das suas necessidades, pela sua incapacidade física, mental ou cognitiva. Pode também ser denominado de familiar cuidador ou cuidador não remunerado. Critérios de inclusão:

- a) Cuidadores de doentes com cuidador informal identificado;

- b) Cuidadores de doentes com internamento ≥ 24 h;
- c) Cuidadores de doentes inscritos no ACES da [REDACTED]

Tratar-se-á de uma amostra não probabilística por conveniência, com recolha de dados prevista para o período de 1 a 25 de junho.

4 – Método

Será aplicado um questionário dirigido ao cuidador informal do doente internado no Serviço de Urgência onde é feita a caracterização sociodemográfica dos sujeitos com classificação social da família através da Escala de Graffar, a avaliação da sobrecarga do cuidador através da Escala de sobrecarga de Zarit (traduzida e validada para a população portuguesa) e o grau de dependência do indivíduo doente pelo Índice de Barthel (traduzido e validado para a população portuguesa).

Através da aplicação deste questionário pretendemos conhecer a exaustão do cuidador informal e relacioná-la com o índice de dependência do doente bem como com os apoios disponíveis na comunidade conhecidos e utilizados pelo prestador de cuidados.

5 – Participação

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Se o indivíduo decidir não participar neste estudo os doentes e seus familiares receberão os mesmos cuidados como se participassem no estudo.

6 – Confidencialidade

Todos os dados colhidos durante o estudo serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão apresentados mais tarde no Relatório de Estágio incluído no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem e Especialidade Médico-cirúrgica, mencionando-se apenas a Instituição, os indivíduos envolvidos nunca serão identificados de forma individual.

Será solicitado o consentimento aos sujeitos no momento do preenchimento do inquérito, assegurando-se o anonimato na recolha e tratamento de dados.

2 – Apêndices

Apêndice I – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração

[REDACTED]

Matosinhos, 05 de abril de 2016

Assunto: Pedido de autorização

Isabel Maria Oliveira e Silva [REDACTED] enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva da ULS e atualmente a frequentar o Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio pedir autorização ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de [REDACTED] para a realização de um estudo no Serviço de Urgência deste Hospital, no âmbito do estágio em serviço de Urgência conforme o plano de estudos do referido curso e que decorre no período de 02-05-2016 a 25-06-2016, de acordo com a autorização prévia recebida.

O estudo orientado por docente da UCP, Doutora Irene Oliveira, é de carácter exploratório e descritivo e apresenta como objetivo avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais dos doentes que se encontram internados por um período igual ou superior a 24h no Serviço de Urgência da ULS no período compreendido entre 06-06-2016 e 20-06-2016, através da aplicação da Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit. Para melhor esclarecimento do desenho do estudo será enviado o projeto do mesmo.

A pertinência do estudo está relacionada com o envelhecimento populacional a que vimos assistindo a par da redução nos anos de vida saudável, traduzindo-se num aumento significativo de indivíduos dependentes a cargo dos seus familiares, o que por vezes acarreta uma sobrecarga económica e emocional com repercussões em toda a sociedade.

A partir dos dados obtidos pretende-se efetuar uma análise da sobrecarga dos cuidadores dos doentes que recorrem ao SU da ULS Matosinhos e de [REDACTED] disponibilizados na comunidade, assim como, verificar se existe associação com o recurso a este serviço.

Será garantido o anonimato dos sujeitos que venham a ser alvos da colheita de dados, assim como, será garantido o seu consentimento informado de forma que se verifique a livre escolha em participar ou não no estudo. Envia-se o formulário do pedido de consentimento aos sujeitos do estudo.

Regista-se que para o efeito não resultarão quaisquer encargos financeiros ou outros para a instituição.

A requerente fica a aguardar resposta de Vossa Exa., encontrando-se disponível para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais.

Pede deferimento

(Isabel Maria Oliveira e Silva)

Apêndice II – Autorização do Conselho de Administração

Nº 74/16/ RS

INFORMAÇÃO

Data: 2016/06/27

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão do Conhecimento

Assunto: Autorização para realização de estudo

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

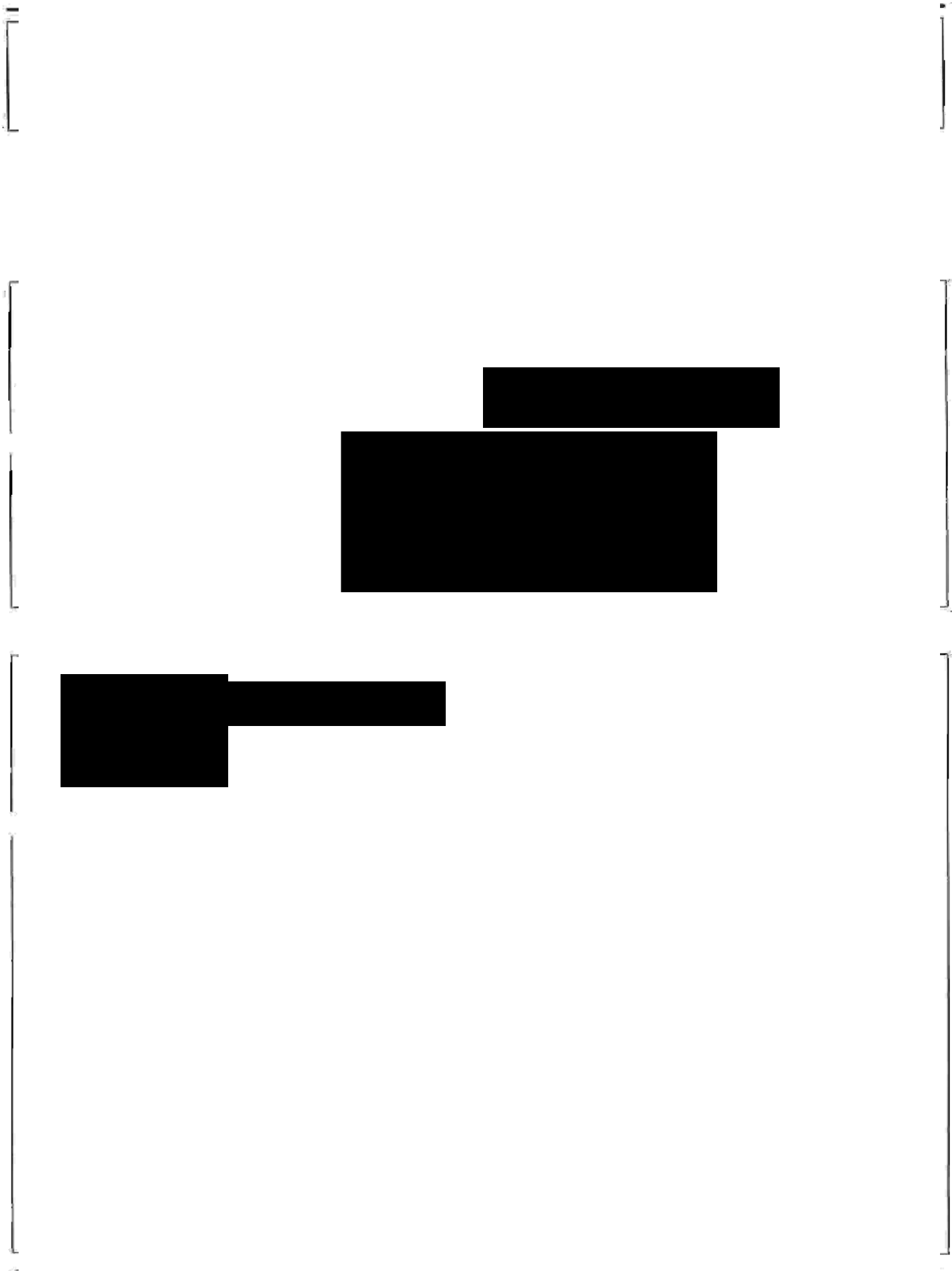
Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo intitulado “*A exaustão do cuidador informal dos doentes internados no Serviço de urgência da ULS* [REDACTED]”, proponente Isabel Maria Oliveira e Silva, enfermeira a exercer actividade na ULSM e no âmbito do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Em anexo informação respectiva,

Com os melhores

[REDACTED]
Director do Serviço de Gestão do Conhecimento

Director do Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e Saúde Pública Hospitalar



Apêndice III – Parecer Final da Comissão de Ética

Data: 21-06-2016

Para: Rui Silva (Serviço de Gestão do Conhecimento)
De: Comissão de Ética

Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "A exaustão do cuidador informal dos Assunto:internados no Serviço de urgência da [REDACTED]".

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "A exaustão do cuidador informal dos doentes internados no Serviço de urgência da ULS [REDACTED]", proponente Isabel Maria Oliveira e Silva, enfermeira a exercer actividade na [REDACTED] e no âmbito do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Decidido nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos

Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULS [REDACTED]

Dr. José Silva
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. [REDACTED])

Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Isabel Maria Oliveira e Silva, enfermeira e aluna da Universidade Católica Portuguesa, atualmente a frequentar o Curso Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, para a obtenção do Grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e a desenvolver o Estágio de Enfermagem no Serviço de Urgência da [REDACTED], sob orientação da Prof. (a) Dr. (a) Irene Oliveira.

Através do presente questionário, temos como principal objetivo caracterizar os familiares cuidadores dos utentes do concelho de Matosinhos [REDACTED] porrem a este Serviço de Urgência e identificar a sobrecarga do cuidador informal que afeta esta população.

Neste sentido, gostaríamos de pedir a sua ajuda e colaboração, respondendo ao questionário em anexo. Importa acrescentar que os dados recolhidos serão trabalhados com a máxima confidencialidade e anonimato dos participantes, sendo utilizados unicamente no âmbito deste estudo de investigação.

Solicito-lhe, por conseguinte, caso esteja de acordo em participar, que dê o seu consentimento, assinando esta folha.

Com os melhores cumprimentos e gratos pela colaboração.

O investigador responsável:

Isabel Maria Oliveira e Silva

O Participante:

Apêndice V – Instrumento de Colheita de Dados

Informações Gerais do doente

1- Idade:

1. 18-35		2. 36-55	
3. 56-65		4. >65	

2- Naturalidade:

1. Portuguesa		2. Outra	
---------------	--	----------	--

5- Género:

1. Masculino		2. Feminino	
--------------	--	-------------	--

6- Estado civil:

1. Casado		2. Solteiro		3. Viúvo	
4. Divorciado		5. União de Facto			

7- Antecedentes Pessoais:

1. Doença Oncológica		2. Doença cardiovascular	
3. Doença Neurológica		4. Doença respiratória	
5. Doença osteoarticular		6. Outras	

Relativamente ao doente internado indique com X:

A - Escolaridade:

1 – Ensino Universitário ou equivalente, Ensino Médio ou Técnico Superior	
2 – Ensino Médio ou Técnico Inferior, Ensino Primário Completo	
3 – Ensino Primário Incompleto ou nulo	

B - Profissão:

1 – Diretor, chefe ou técnico superior, comerciante	
2 – Ajudante técnico ou operário especializado	
3 – Trabalhador manual ou operário não especializado	

C - Fonte principal de rendimentos:

1 – Herdada ou adquirida, ou lucros empresariais	
2 – Vencimento mensal fixo	
3 – Pensão do regime contributivo/ não contributivo	

D - Condições de Alojamento

1 – Casas ou andares espaçosos ou confortáveis.	
2 – Casas ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados, com cozinha e WC.	
3 – Alojamentos impróprios, pequenos e em mau estado de conservação, sem iluminação.	

E - Local de residência

1 – Bom local/ zona salubre.	
2 – Zona antiga.	
3 – Bairro operário/ social.	

Relativamente às necessidades do seu familiar assinale com X :

ACTIVIDADE	
1. Alimentação	
Não é capaz de levar a comida à boca, ou é alimentado através de sonda	
Precisa de ajuda para cortar alimentos, barrar manteiga, etc.	
Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.	
2. Higiene Pessoal	
Precisa de auxílio em todas as atividades	
Independente: lavar a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.	
3. Ir à casa de banho	
Não tem capacidade para realizar qualquer atividade sozinho	
Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico	
Independente: consegue ir a casa de banho sem ajuda	
4. Tomar banho	
Dependente de auxílio.	
Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.	
5. Mobilidade (superfícies sem degraus)	
Dependente.	
Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda.	
Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos.	

5.1 – Mobilidade com cadeira de rodas	
Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas	
6. Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)	
Dependente.	
Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de / para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda.	
Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que se apenas ajuda verbal.	
Independente em todas as fases desta atividade.	
7. Subir ou descer as escadas	
Dependente	
Necessita de ajuda ou supervisão;	
Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar bengala, muletas, mas tem de ser capaz de as utilizar para subir e descer.	
8. Vestir-se e despir-se	
Dependente	
Precisa de ajuda para vestir-se, despir-se e apertar qualquer peça de vestuário;	
Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos.	
9. Evacuar (controlo dos intestinos)	
Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.	
Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer um enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/ semana).	
Consegue controlar os intestinos.	

10. Urinar (controlo vesical)	
Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.	
Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou o urinol em tempo útil.	
Continente ou algaliado, mas com capacidade para gerir a algália sozinho, e permanecer seco dia e noite.	

Relativamente à sua situação como cuidador assinala com X:

1- Grau de Parentesco com o doente:

1. Cônjuge		2. Filho		3. Pai	
4. Mãe		5. Outro:			

2- Idade:

1. 18 a 35		2. 36 a 55		3. 56 a 65		4. >65	
------------	--	------------	--	------------	--	--------	--

3- Atividade Profissional:

1. Desempregado		2. Trabalhador Dependente		3. Trabalhador Independente	
4. Reformado		5. Sem trabalhar para apoio a 3. ^a Pessoa			

Escala de sobrecarga do cuidador

Esta é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nº	Item	0 Nunca	1-Raramente	2- Algumas vezes	3- Frequentemente	4-Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					

Nº	Item	0 – Nunca	1-Raramente	2-Algumas vezes	3-Frequentemente	4-Sempre
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					

Nº	Item	0 - Nunca	1-Raramente	2-Algumas vezes	3-Frequentemente	4-Sempre
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
		0-Nem um pouco	1-Um Pouco	2-Moderadamente	3-Muito	4-Extremamente
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar o seu familiar?					

Recursos existentes na Comunidade

Assinale com um X os recursos existentes na sua comunidade e dos quais usufrui no auxílio aos cuidados do seu familiar:

1. Centro de Dia		2. Lar de Idosos		3. Apoio pela ECCI	
4. Apoio pela USF		5. Apoio por Instituição da Paróquia		6. Apoio por outra Instituição/Família	

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo I – Escala de Graffar

Escala de Graffar

Atribuir uma pontuação para cada um dos cinco critérios. Somar a pontuação e definir o escalão que a pessoa ocupa na sociedade.

A - Escolaridade:

- 1 – Ensino Universitário ou equivalente, Ensino Médio ou Técnico Superior
- 2 – Ensino Médio ou Técnico Inferior, Ensino Primário Completo
- 3 – Ensino Primário Incompleto ou nulo

B - Profissão:

- 1 – Directores, chefes e técnicos superiores, comerciantes
- 2 – Ajudantes técnicos e operários especializados
- 3 – Trabalhadores manuais ou operários não especializados

C - Fonte principal de rendimentos:

- 1 – Herdada ou adquirida, ou lucros empresariais
- 2 – Vencimento mensal fixo
- 3 – Pensão do regime contributivo/ não contributivo

D - Condições de Alojamento

- 1 – Casas ou andares espaçosos ou confortáveis.
- 2 – Casas ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados, com cozinha e WC.
- 3 – Alojamentos impróprios, pequenos e em mau estado de conservação, sem iluminação.

E - Local de residência

- 1 – Bom local/ zona salubre.
- 2 – Zona antiga.
- 3 – Bairro operário/ social.

TOTAL:

Classificação:

- Classe Alta: 5 a 7 pontos;
- Classe Média: 8 a 11 pontos;
- Classe Baixa: 12 a 15 pontos.

Anexo II – Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					

18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Total:

Classificação:

Score	Sobrecarga
≤ 46	Ausência de Sobrecarga
47 – 55	Sobrecarga Ligeira
≥ 56	Sobrecarga Intensa

Anexo III – Escala de Avaliação de Dependência de Barthel

Escala de Barthel

ACTIVIDADE	PONTUAÇÃO
<p>1. Alimentação</p> <p>0 = dependente;</p> <p>5 = Precisa de ajuda para cortar alimentos, barrar manteiga, etc.;</p> <p>10 = independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.</p>	
<p>2. Higiene Pessoal</p> <p>0 = dependente;</p> <p>5 = independente: lavar a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.</p>	
<p>3. Ir à casa de banho</p> <p>0 = dependente</p> <p>5 = Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico</p> <p>10 = independente: consegue ir a casa de banho sem ajuda</p>	
<p>4. Tomar banho</p> <p>0 = dependente</p> <p>5 = independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.</p>	
<p>5. Mobilidade (superfícies sem degraus)</p> <p>0 = dependente;</p> <p>10 = anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda;</p> <p>15 = independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos.</p> <p>5.1 – Mobilidade com cadeira de rodas</p> <p>5 = Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas</p>	

<p>6. Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)</p> <p>0 = dependente</p> <p>5 = consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de / para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda;</p> <p>10 = Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que se apenas ajuda verbal;</p> <p>15 = independente em todas as fases desta atividade.</p>	
<p>7. Subir ou descer as escadas</p> <p>0 = dependente</p> <p>5 = Necessita de ajuda ou supervisão;</p> <p>10 = consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar bengala, muletas, mas tem de ser capaz de as utilizar para subir e descer.</p>	
<p>8. Vestir-se e despir-se</p> <p>0 = dependente</p> <p>5 = Precisa de ajuda para vestir-se, despir-se e apertar qualquer peça de vestuário;</p> <p>10 = consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos.</p>	
<p>9. Evacuar (controlo dos intestinos)</p> <p>0 = dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente;</p> <p>5 = Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer um enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/ semana);</p> <p>10 = consegue controlar os intestinos</p>	
<p>10. Urinar (controlo vesical)</p> <p>0 = incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho;</p> <p>5 =. Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou o urinol em tempo útil;</p> <p>10 = Contigente ou algaliado, mas com capacidade para gerir a algália sozinho, e permanecer seco dia e noite.</p>	
<p><u>TOTAL:</u></p>	

Classificação:

- Independente – 100 pontos;
- Com dependência ligeira – de 91 a 99 pontos;
- Com dependência moderada – de 61 a 90 pontos;
- Com dependência grave – de 21 a 60 pontos;
- Totalmente dependente – de 0 a 20 pontos.

Orientações:

- 1- A pontuação na escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia;
- 2- O seu principal objetivo é saber o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal);
- 3- Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém o pode ler para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder);
- 4- Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Apêndice 3 - Proposta de Melhoria Contínua no SU



CATOLICA

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LISBOA · PORTO

**Estágio em Serviço de
Urgência/Emergência – Módulo I**
Serviço de Urgência da [REDACTED]

**Projeto de Melhoria Contínua no contexto do
Serviço de Urgência**

Isabel Oliveira

Sílvia Ribeiro

Sob a orientação: Prof^ª. Dr.^ª Irene Oliveira

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem médico-
cirúrgica

Porto, 21 de junho de 2016

“Hoje melhor do que ontem, amanhã melhor do que hoje”.

Marizete Furbino

Índice

1 – Introdução.....	5
2 – Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade (Plan; Do; Check; Act).....	7
3 – Políticas de Qualidade em Saúde.....	9
4 - Política da Qualidade da ULS Matosinhos.....	11
5 – Análise das Situações Problema no Serviço de Urgência	13
6 – Identificação de Prioridades.....	15
7 – Conclusão.....	17
ANEXO I - Ciclo de Deming.....	19
ANEXO II - Legislação Aplicável.....	23

1 - Introdução

A realização deste trabalho insere-se no âmbito do estágio em serviço de urgência do 9º curso de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área da supervisão dos cuidados, deparámo-nos com fragilidades e oportunidades de melhoria na prestação de cuidados, pelo que decidimos elaborar o presente documento.

A transformação social impressa por uma crescente mediatização dos acontecimentos, devida a uma rede de comunicação global imediata, traduz-se num aumento da perceção e consciencialização dos cidadãos sobre os cuidados de saúde que lhes são oferecidos.

A par da evolução da rede de informação também assistimos a um aumento generalizado da escolaridade e literacia dos cidadãos, com uma crescente busca por cuidados de saúde cada vez mais diferenciados. Simultaneamente surge um empobrecimento das classes sociais inferiores que as conduz para um aumento do risco de insalubridade.

As políticas de saúde, principalmente as mais recentes refletem esta realidade e têm vindo a introduzir aspetos sensíveis à avaliação dos sistemas de saúde pelos seus utilizadores.

A qualidade é um termo comum aplicado nos diversos contextos do quotidiano, no entanto, a evolução do conceito de qualidade e a sua avaliação foi difundida a partir da indústria, por autores como E. Deming e que depois foram adaptadas à saúde, particularmente por Avedis Donabedian em meados dos anos 60 do séc. XIX. Este autor defende e propõe três princípios fundamentais na avaliação da qualidade em saúde, a estrutura, o processo e o resultado. Este foi o marco a partir do qual se operou um exponencial desenvolvimento do conceito e das medidas de avaliação da qualidade em saúde, traduzidas pelo aparecimento de diversas agências de certificação das instituições.

Na elaboração deste documento pretendemos:

- Descrever as políticas de qualidade do país bem como da instituição onde se insere o presente estágio, relacionando-as com a prática dos cuidados;
- Descrever os aspetos fundamentais da segurança do doente;

- Elencar aspetos positivos, fragilidades e oportunidades de melhoria com uma metodologia de análise PDCA

2 – Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade (Plan; Do; Check; Act)

O ciclo PDCA (Anexo I) é uma ferramenta de gestão, amplamente divulgada e utilizada em empresas por todo o globo.

Este sistema foi concebido por Walter A. Shewhart e difundido por William E. Deming e tem como foco a melhoria contínua da qualidade.

Assistimos hoje em dia a uma mudança na percepção da prestação dos cuidados de saúde à população, impulsionada pela transformação das instituições de saúde em empresas com uma gestão menos global (pelos serviços da administração central) e mais individualizada nos seus centros de gestão.

Essa mudança conduziu a transformações tanto ao nível da administração de cada instituição como também nos seus colaboradores.

Considera-se já do conhecimento global dos profissionais responsáveis pela gestão dos serviços este ciclo de melhoria contínua.

O objetivo deste ciclo é manter os processos contínuos e organizados para que se encontre uma estratégia bem definida e construída em função do diagnóstico de problemas, construção de objetivos, elaboração e execução de um plano de intervenção, verificação da ação através da avaliação dos objetivos, promovendo ações corretivas sobre os aspetos não resolvidos e ações de reforço sobre os objetivos atingidos, concluindo-se assim um ciclo que é o início de um novo processo.

A proposta apresentada baseia-se no Ciclo PDCA, no entanto, iniciamos aqui o processo, isto é, partindo de uma análise SWOT (forças, fragilidades, oportunidades de melhoria e ameaças) do Serviço de urgência realizamos a primeira parte do ciclo, o planeamento (*Plan*), deixando a premissa para que no futuro se procedam às fases seguintes.

3 – Políticas de Qualidade em Saúde

O acesso do cidadão a cuidados de saúde de qualidade é assumido como um direito fundamental da nossa Constituição e a segurança um elemento fundamental para a confiança dos utentes, não existe qualidade sem segurança.

Os serviços de saúde têm o dever de estabelecer nos seus processos, aspetos que respeitem a melhoria contínua da qualidade e que se coadunem com as políticas públicas para a qualidade em saúde, emanadas pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e publicadas em Diário da República (Anexo II).

Segundo a estratégia de melhoria da qualidade, o departamento de qualidade prevê o reforço de medidas em determinados pontos-chave tais como: melhoria da qualidade clínica e organizativa, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço na segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento das unidades de saúde e por último a informação transparente ao cidadão e ao aumento da sua capacitação.

Em todos estes pontos os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros tem uma responsabilidade acrescida, e são aqueles que melhor podem promover a qualidade e segurança dos cuidados ao doente, o que está na base da realização deste trabalho.



POLÍTICA DA QUALIDADE

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos:

Assume a qualidade, consubstanciada na satisfação dos seus utentes e profissionais, **como valor fundamental.**

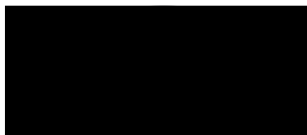
Define qualidade como o nível de prestação de serviços que assegura a mais alta probabilidade de efeitos desejáveis e minimiza a probabilidade de efeitos indesejáveis na prestação desses serviços, tendo em conta o estado da arte em matéria técnico científica e a maximização da sua **efetividade ao melhor custo.**

Neste contexto, a [REDACTED] tem como objetivo ir ao **encontro das necessidades e superar as expectativas dos utentes/doentes** a quem presta serviços bem como de outras partes interessadas.

Sistematiza os processos de trabalho em políticas, regulamentos, procedimentos, protocolos e outros documentos que definem de uma forma clara os requisitos das prestações realizadas, traduzindo-se em fluxos de trabalho para **todas as áreas de atividade** e identificando todos os processos críticos e os respetivos procedimentos de gestão de risco, de acordo com a estratégia de risco da organização.

Efetua auditorias regulares que permitem, simultaneamente, controlar os processos de trabalho e evidenciar orientações que possam ser adicionadas aos Planos de Atividades dos Serviços, garantindo a definição de medidas para a implementação de melhorias e por conseguinte uma **estratégia de melhoria contínua de qualidade.**

Compromete-se em implementar práticas sistemáticas de gestão, cumprindo todos os requisitos normativos, legais, regulamentares bem como as **boas práticas clínicas**, que conduzam à satisfação dos seus utentes e profissionais, com particular atenção na melhoria contínua dos processos organizacionais e da eficácia do Sistema de Gestão de Qualidade.



5 – Análise das Situações Problema no Serviço de Urgência



Diagnóstico e Identificação das situações problema

	Área Médica/Cirúrgica; ST2; OBS
Pontos Positivos	<ul style="list-style-type: none">• Sistematização da identificação das lesões cutâneas no HCIS/Scĺnico;• Preocupação com o resumo mínimo de dados no Scĺnico;• Auditorias aos registos de enfermagem no SAPE;• Identificação de erros na prescrição médica;• Auditorias  triagem;
Fragilidades	<ul style="list-style-type: none">• Erros e aspetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;• Reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem;• Implementao e manuteno de isolamentos;• Recursos materiais, para a reduo do risco associado às úlceras de pressão;• Adesão  lavagem higinica das mãos;• Vigilância dos doentes internados em ST2;• Erros e riscos associados  preparao e administrao de terapêutica;

6 – Identificação de Prioridades

<p>Oportunidades de Melhoria</p>	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento de estratégias que visem a identificação e implementação do isolamento de contacto (reforçar que as medidas mais eficazes na prevenção são a higiene das mãos e isolamento dos profissionais);• Disponibilização de EPI's nas salas de trabalho (ST1, ST2 e Nebulizações);• Implementação do encaminhamento dos doentes com isolamento respiratório segundo fluxograma;• Realizar um registo do material de apoio à redução do risco de desenvolvimento de UP, identificação do mesmo e responsabilização dos profissionais para a manutenção da sua quantidade;• Aumentar a oportunidade de higienização das mãos com SABA pelo aumento do número de dispensadores e distribuição de dispensadores de bolso para os profissionais que se encontram nas áreas móveis (médica/cirúrgica);• Imperatividade da identificação positiva dos utentes;• Identificação dos locais das macas em ST2;• Implementação efectiva do método individual de trabalho em OBS e ST2;• Permitir a permanência contínua dos familiares dos doentes internados em ST2 que se encontram no exterior da sala;• Eleger elementos promotores de mudança e supervisão dos cuidados e gestão do SU e mantê-los como organizadores do trabalho, retirando-os da prestação de cuidados direta;• Realizar uma prática baseada na evidência implementando projetos por equipa;• Realização de formulários/inquéritos de identificação de necessidades de formação;• Implementação de momentos de briefing/debriefing;• Instituir grupos de trabalho para implementação de medidas promotoras da qualidade dos cuidados e realizar auditorias a essas mesmas medidas.
---	--

7 – Conclusão

Na aquisição de competências de enfermeiras especialistas fazer a diferença na qualidade dos cuidados prestados num ambiente hostil como o de um serviço de urgência, fez-nos refletir na prática e no que poderia ser motivo de mudança. Durante todo o percurso deste estágio fomos conversando com as nossas tutoras no que respeita às estratégias que poderiam ser usadas para alterar procedimentos e melhorar a qualidade dos cuidados.

A elaboração deste trabalho reflete este percurso e descreve os pontos fortes da equipa, as fragilidades e os aspetos passíveis de melhoria, que foram apresentados em reunião com o enfermeiro chefe e as tutoras de estágio do serviço.

As nossas propostas foram inicialmente vistas como medidas impossíveis de realizar, no entanto após reflexão conjunta ficaram mais despertos para as mesmas demonstrando intenção de as implementar. O resultado desta nossa intervenção não pode se medido no imediato, mas pode servir como tema para um próximo trabalho.

Pensamos ver atingidos os objetivos a que nos propusemos na realização deste trabalho, com a elaboração de uma análise do serviço de urgência à luz das políticas nacionais de qualidade em saúde.

“Tudo pode ser feito melhor do que está sendo feito.”

Henry Ford

ANEXO I - Ciclo de Deming

Ciclo PDCA



ANEXO II - Legislação Aplicável



PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

Este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais.

3. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é coordenado, a nível nacional, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

4. Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

5. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, publicado no *Diário da República*, 2.^a série, n.º 47, de 7 de março, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

6. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

7. A Direção-Geral da Saúde deve apresentar relatórios anuais sobre a execução e os resultados do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

2 de fevereiro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes.

Apêndice 4 - Póster: “Hoje é dia de... prevenir a Bacteriemia associada a dispositivos intravenosos



26.Outubro.2016

**Porque a infeção não escolhe a idade...
...escolhe a oportunidade!**


Hoje é o dia de...

**...prevenir a bacteriemia
associada a dispositivos!**

Trabalho realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica do ICS—UCP)

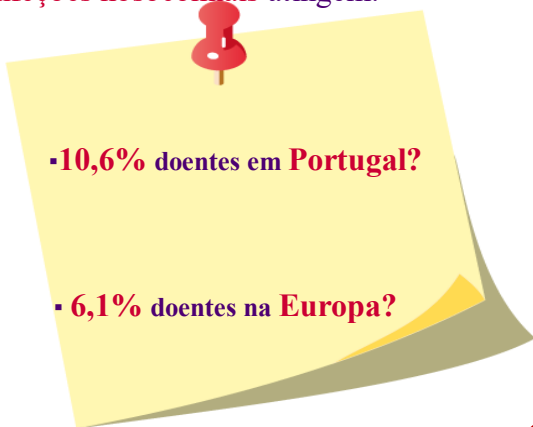
Apêndice 5 - Panfletos com resultados da Vigilância Epidemiológica

Legenda: Frente do Panfleto




Sabia que...

... as **infecções nosocomiais** atingem:



- **10,6% doentes em Portugal?**
- **6,1% doentes na Europa?**

Fonte: DGS, 2015; Silva, M. Goreti, 2013



Legenda: Verso do Panfleto



HOJE o seu doente AINDA PRECISA de CVC?

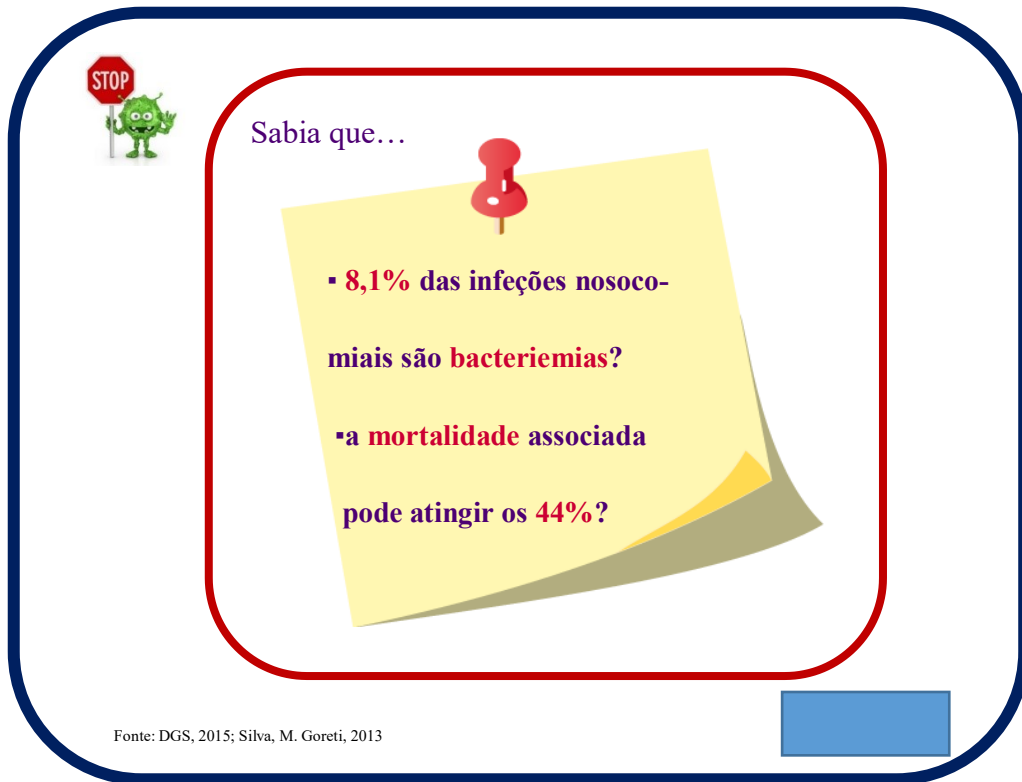


Já VISUALIZOU ou PALPOU a inserção do cateter periférico?

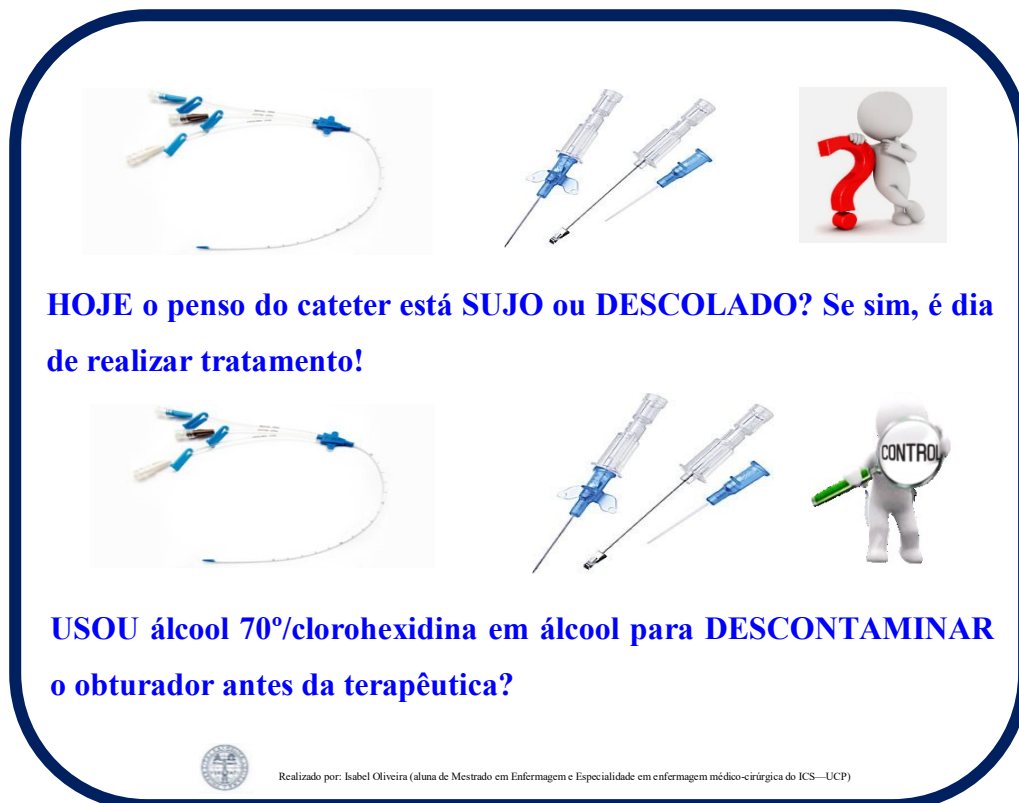


Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica do ICS—UCP)

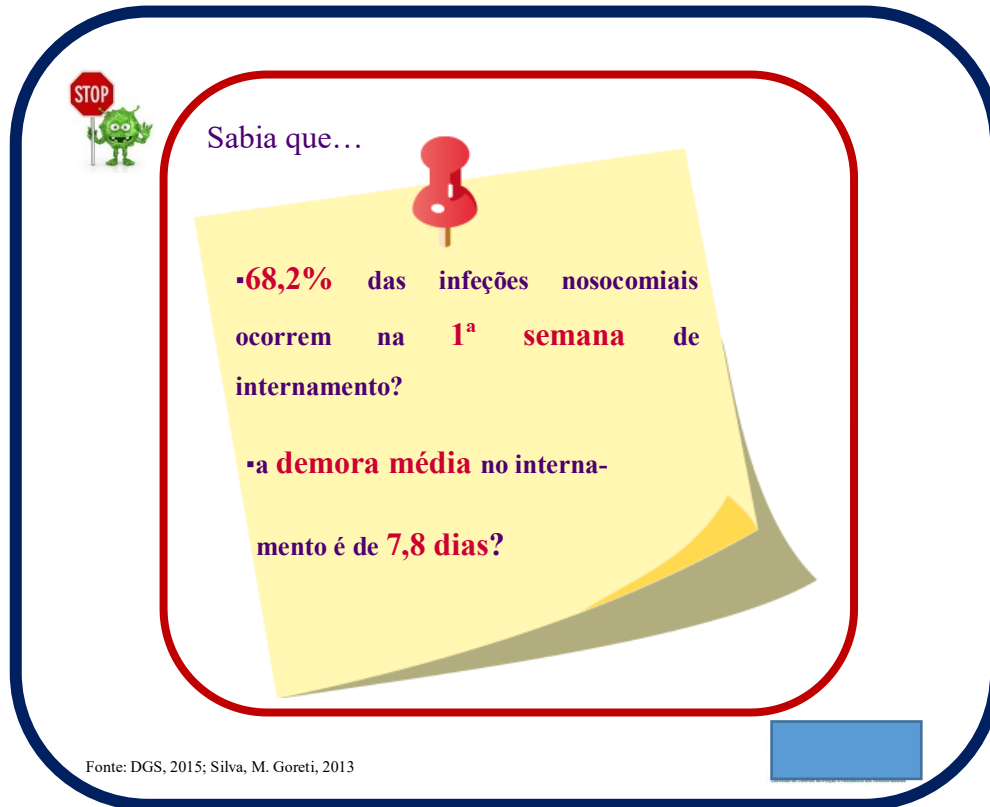
Legenda: Frente do Panfleto



Legenda: Verso do Panfleto



Legenda: Frente do Panfleto



Sabia que...

-68,2% das infecções nosocomiais ocorrem na **1ª semana** de internamento?

•a **demora média** no internamento é de **7,8 dias?**

Fonte: DGS, 2015; Silva, M. Goreti, 2013

Legenda: Verso do Panfleto




Vai administrar terapêutica? **NÃO USE AGULHA** para aceder ao sistema!

PROTEJA AS VIAS de administração do CVC e o cateter periférico **ANTES DO BANHO DO DOENTE!**

Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica do ICS—UCP)


Apêndice 6 - Guias de Bolso para a Inserção e Manipulação do CVC

Legenda: Frente do Panfleto

 **Feixes de Intervenção/" Bundle" para a Inserção do CVC:**

- **Avaliação da necessidade de colocar CVC e adequar o número de lúmens** (Categoria IC);
- **Preparação pré-cirúrgica das mãos e técnica asséptica** (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) **para todos os profissionais envolvidos** (Categoria IC):
 1. Antes da descontaminação da pele: **higiene das mãos com SABA** para realizar a **palpação do local**;
 2. Para a inserção: **Preparação cirúrgica das mãos e antebraços e técnica asséptica** com luvas e bata estéreis, máscara e touca;
- **Antissepsia da pele com cloro-hexidina a 2% em álcool** (Fricção durante, pelo menos, **30 segundos** e deixar **secar** durante **30 segundos**, em **locais secos**, e **2 minutos**, em **locais húmidos**), antes da colocação do cateter venoso central (Categoria IA);


Fonte: DGS, 2015



Legenda: Verso do Panfleto

- **Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente** (Categoria IIC);
- **Não usar acesso femoral, sempre que possível** (Categoria IA):
 1. Registrar razões de utilização de acesso femoral;
 2. Usar **acesso subclávio** (principalmente se houver **traqueostomia**) ou **jugular interno** (se houver **anatomia anómala** ou **lesão cutânea da clavícula** ou **hiperinsuflação pulmonar**), conforme **experiência do operador**;
- **Utilizar técnica asséptica na realização do penso** (Categoria IIaC):
 1. Garantir local de **inserção limpo e sem sangue**;
 2. Usar **máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado** para suporte de material de penso;
 3. Usar "**kit de penso**";
 4. Antissepsia com **cloro-hexidina a 2% em álcool**;
 5. **Datar o penso**.

Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica do ICS - LCP)




Legenda: Frente do Panfleto

Feixes de Intervenção/"Bundle" para a **Manutenção do CVC:**

- **Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC** (Categoria IIaC):
- **Realizar higiene das mãos com fricção com SABA antes de manusear o CVC** (Categoria IIaC):
- **Descontaminar as conexões com clorhexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local** (Categoria IIaC):
 1. **Descontaminar os pontos de acesso** dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc.), por **fricção com clorhexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°, durante 10 a 15 segundos e deixar secar**, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.



Fonte: DGS, 2015



Legenda: Verso do Panfleto



- **Mudar penso com periodicidade adequada e utilizando técnica asséptica** (Categoria IIaC):
 1. Para **realização de penso:**
 - 1.1. **Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue;**
 - 1.2. Usar **máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado** para suporte de material de penso;
 - 1.3. Usar **"kit de penso";**
 - 1.4. Antissepsia com **cloro-hexidina a 2% em álcool;**
 - 1.5. **Datar o penso.**
 - 2.. **Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:**
 - 2.1. **Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;**
 - 2.2. **48 Horas após** a sua realização, **se penso com compressa;**
 - 2.3. **7 Dias após** a sua realização, **se penso transparente.**

Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica do ICS—UCP)



Apêndice 7 - Guias de Bolso para a Manipulação do CVP



Legenda: Frente do Folheto



Guidelines para a **Manutenção** do cateter periférico:

- **Avaliar diariamente o local de inserção do cateter por inspeção visual ou palpação** (Categoria II);
- **Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições** (Categoria II):
 1. Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 2. 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa ou sempre que apresente sinais suspeitos de infeção durante a palpação;
 3. 7 Dias após a sua realização, se penso transparente.
- **Realizar higiene das mãos com fricção com SABA antes de manusear o dispositivo** (Categoria IIaC);
- **Descontaminar as conexões com clorhexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local** (Categoria IIaC):
 1. Descontaminar os pontos de acesso aos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc.), por fricção com clorhexidina 2% em álcool/álcool 70°, durante 10 a 15 segundos e deixar

Fonte: CDC, 2011





Legenda: Verso do Folheto

secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.

- **Substituir os dispositivos periféricos em 72-96h ou sempre que apresentem sinais clínicos de infeção local** (Categoria IB);
- **Substituição dos sistemas de perfusão:**
 1. Em 96h e pelo menos de 7 em 7 dias se usados em perfusões contínuas (Categoria IA);
 2. Diariamente se usados para administração de hemoderivados (albumina) e/ou alimentação parentérica (Categoria IB);
 3. A cada 6h nas perfusões de propofol—recomendação do fabricante (Categoria IA);
- **Usar dispositivos sem agulha para a administração de terapêutica endovenosa** (Categoria IC);
- **Usar luvas limpas na inserção e manutenção do dispositivo, desde que se mantenha a assepsia do local** (Categoria IC).

Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ICS-UCP)



Apêndice 8 - Inquérito aos conetores de Segurança

Inquérito/Divulgação de Tecnologia para a Prevenção da contaminação dos conectores de segurança

Com o objetivo de avaliar as necessidades sentidas pelos profissionais no que respeita à intervenção preconizada para a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada a dispositivos – “descontaminação dos pontos de acesso ao dispositivo intravenoso antes da conexão a quaisquer materiais asséticos” - foi realizado este inquérito/divulgação de material de apoio.

Características	Sim	Não
Realiza a descontaminação do local de acesso ao dispositivo antes da administração do fármaco		
Realiza antissepsia da membrana/conetor de segurança com toalhete de álcool 70°		
Realiza antissepsia da membrana/conetor de segurança com compressa estéril e álcool 70°		
Realiza antissepsia da membrana/conetor de segurança com compressa estéril e clorhexidina em álcool/cutasept		
Usa tampa de proteção sobre o conetor de segurança		
Conhece algum dispositivo capaz de manter a assepsia e oclusão da membrana/conetor de segurança		
Conhece o SwabCap		
Obs.:		

Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP)

Apêndice 9 - Grelhas de Verificação de Práticas

Grelha de Verificação de práticas relacionadas com a manutenção dos Dispositivos Intravenosos

Cateter Venoso Central			
1 – Manutenção do Dispositivo			
	SIM	NÃO	OBS:
1.1. Encontra-se inscrito no penso a data da sua realização			
1.2. O local de inserção do CVC está sujo com sangue ou descolado			
1.3. Há algum impedimento externo à estanquicidade do penso (p.e. pêlos, penso descolado)			
1.4. Estão presentes sinais inflamatórios no local de inserção			
1.5. Qual a razão para a manutenção do CVC	Falência de acessos	Terapêutica com indicação específica (p.e. NPT)	Não sabe
2 – Manipulação do Dispositivo			
	SIM	NÃO	OBS.
2.1. Foi observada a administração de terapêutica			
2.2. Foram cumpridos os momentos para a higiene das mãos			
2.3. Foi realizada a desinfeção do local de administração com álcool/clorohexidina			
Obs.:			

Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP)

Grelha de Verificação de práticas relacionadas com a manutenção dos Dispositivos Intravenosos

Cateter Venoso Periférico			
1 – Manutenção do dispositivo			
	SIM	NÃO	OBS.
1.1. Facilmente se observa o local de inserção			
1.2. O local de inserção está sujo com sangue			
1.3. O penso está colado sobre pelos/descolado			
1.4. Existe evidência de sinais inflamatórios locais			
1.5. O local de inserção tem penso transparente			
1.6. Está calendarizado o tratamento de acordo com o tipo de penso			
2 – Manipulação do dispositivo			
2.1. Foi observada a administração de terapêutica			
2.2. Foram cumpridos os momentos para a higiene das mãos			
2.3. Foi realizada a desinfeção do local de administração com álcool/clorohexidina			

Realizado por: Isabel Oliveira (aluna de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP)

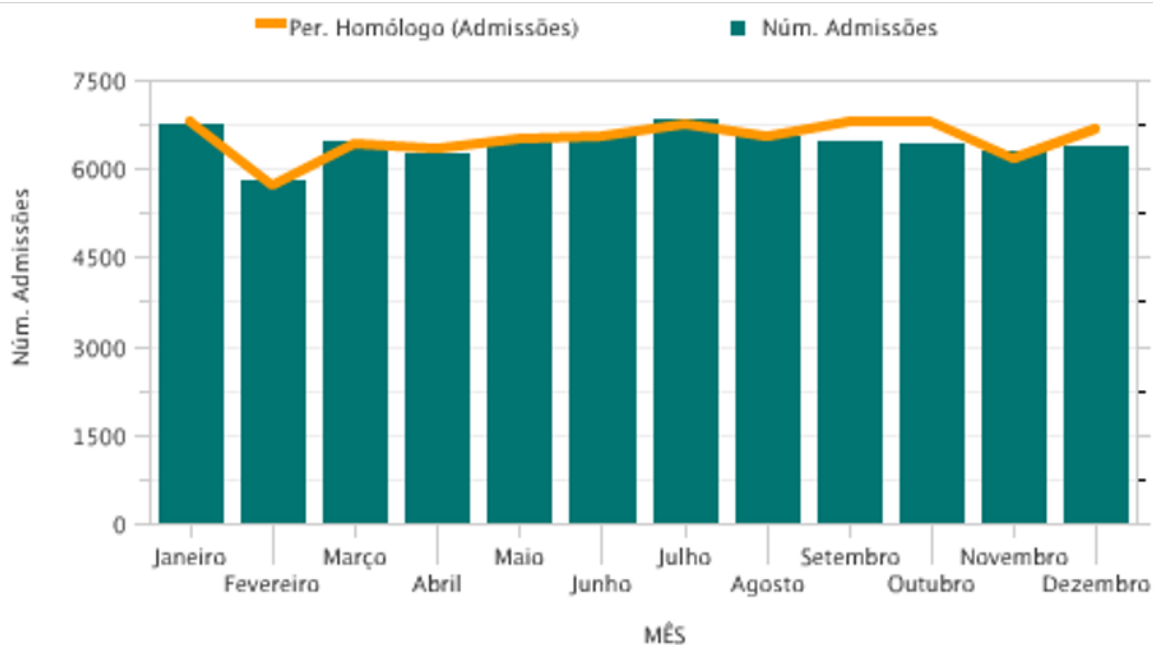
8 - Anexos

Anexo 1 - Perfil do Utilizador habitual do Serviço de Urgência

Perfil do Utilizador do Serviço de Urgência da ULS [REDACTED]

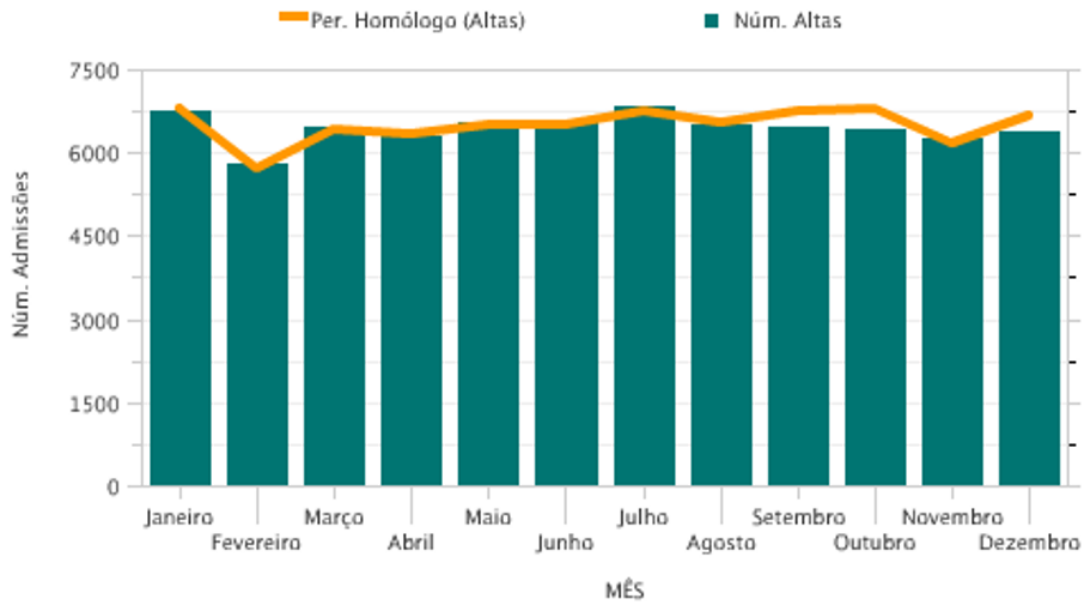
Overview - Admissões Urgências

	2015		
Local	Per. Homólogo	Núm. Admissões	% Var.
URGENCIA GERAL	77988	77288	-0,90%
TOTAL	77988	77288	-0,90%



Overview - Altas Urgências

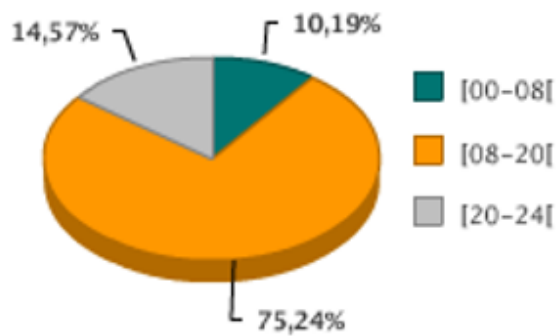
	2015		
Local	Per. Homólogo	Núm. Altas	% Var.
URGENCIA GERAL	77997	77287	-0,91%
TOTAL	77997	77287	-0,91%



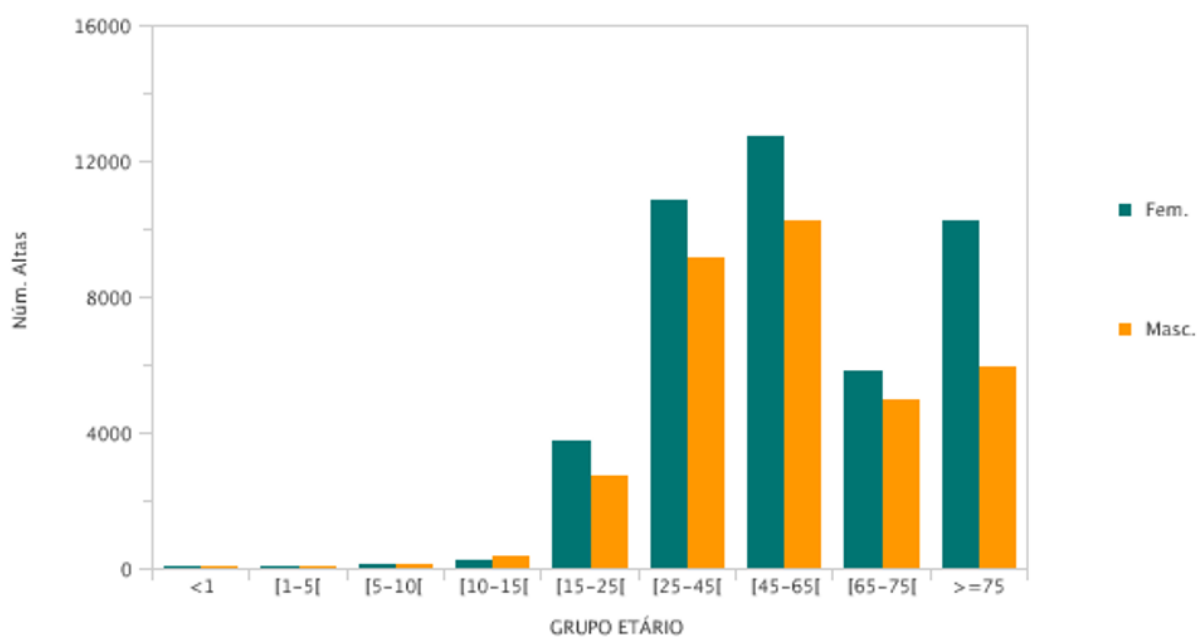
Urgências - Perfil Doentes

Local	2015			
	Núm. Admissões			TOTAL
	[00-08[	[08-20[	[20-24[
URGENCIA GERAL	7876	58153	11259	77288
TOTAL	7876	58153	11259	77288

% ADMISSÕES POR TURNO



GRUPO ETÁRIO	2015									
	Núm. Altas									TOTAL
	AREA DE INFLUENCIA			FORA DA AREA DE INFLUENCIA			N/A		TOTAL	
	Masc.	Fem.	TOTAL	Fem.	Masc.	TOTAL	Fem.	Masc.		
<1	2	5	7	1		1				8
[1-5[	46	25	71	3	3	6				77
[5-10[	141	123	264	6	5	11				275
[10-15[	326	204	530	11	30	41				571
[15-25[	2023	2785	4808	967	676	1643	13	7	20	6471
[25-45[	6494	7847	14341	2949	2611	5560	27	35	62	19963
[45-65[	7887	10284	18171	2428	2312	4740	11	24	35	22946
[65-75[	4000	4897	8897	923	963	1886	5	2	7	10790
>=75	4871	8839	13510	1598	1059	2657	3	16	19	16188
TOTAL	25790	34809	60599	8886	7659	16545	59	84	143	77287



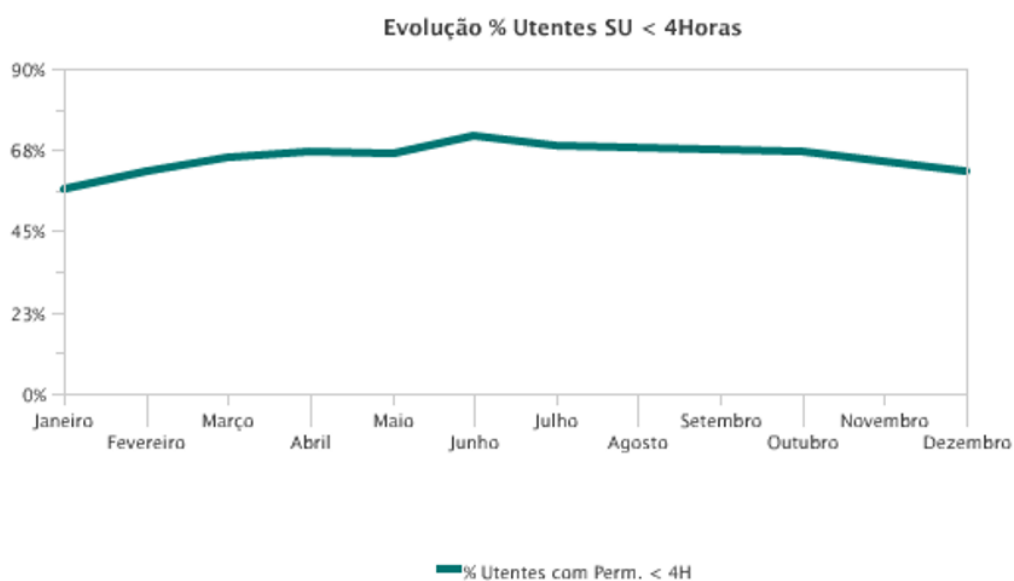
Tempo Médio por Local

Local	Núm. Altas	Tempo Médio de Permanência
URGENCIA GERAL	77287	03:55
TOTAL	77287	

Tempo Médio por Destino

DESTINO	Núm. Altas	Tempo Médio de Permanência
ABANDONO	1782	03:47
ALTA ADMINISTRATIVA	204	04:18
ARS/ CENTRO DE SAUDE	4775	04:14
CONSULTA EXTERNA	2537	03:38
EXTERIOR NAO REFERENCIADO	57058	03:19
FALECIDO COM AUTOPSIA	16	03:44
FALECIDO SEM AUTOPSIA	77	02:35
HOSPITAL NAO PERTENCENTE SNS	2	09:42
NAO RESPONDEU A CHAMADA	376	03:38
OUTRO HOSPITAL	1585	08:00
SAIDA CONTRA PARECER DO MEDICO	384	05:37
SERVICO DE INTERNAMENTO	8491	07:25
TOTAL	77287	

Utentes com Tempo de Permanência inferior a 4 horas



MÊS	Núm. Altas	Utentes com Permanência < 4H	% Utentes com Perm. < 4H
Janeiro	6756	3839	56,82%
Fevereiro	5821	3578	61,47%
Março	6456	4240	65,68%
Abril	6279	4205	66,97%
Maio	6540	4364	66,73%
Junho	6528	4648	71,20%
Julho	6841	4708	68,82%
Agosto	6514	4451	68,33%
Setembro	6461	4366	67,57%
Outubro	6426	4324	67,29%
Novembro	6270	4050	64,59%
Dezembro	6395	3954	61,83%
TOTAL	77287	50727	65,63%

