



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um Percurso Rumo à Qualidade de Cuidados

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

Hélder Miguel Lima Ribeiro

Março de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um Percurso Rumo à Qualidade de Cuidados

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

Por: Hélder Miguel Lima Ribeiro

Sob orientação de: Professora Doutora Irene Oliveira

Março de 2015

Resumo

Este relatório resulta de um percurso evolutivo iniciado no ano anterior, onde se pretende destacar os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas nos três locais de estágio, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Especialização de Médico-Cirúrgica. Pretende-se ainda demonstrar capacidade para analisar criticamente as situações-problema, e as estratégias levadas a cabo para promover a melhoria e qualidade dos cuidados prestados aos utentes. A metodologia e estrutura utilizada no relatório, tem como base a descrição e análise crítica dos objetivos e atividades desenvolvidas nos módulos de estágio.

No estágio realizado no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano que decorreu no período de 28/04/2014 a 28/06/2014, foram definidos vários objetivos. Identificaram-se necessidades formativas e promoveu-se o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem. Foram aprofundados conhecimentos em áreas distintas, como a prevenção e controlo de infeção relativa ao MRSA e o consentimento informado no contexto deste serviço. Foram igualmente desenvolvidos planos de enfermagem, que facilitassem os processos de transição vividos pelo utente e sua família.

No período de 10/11/2014 a 17/01/2015, foi realizado o estágio no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar do Porto. Foi desenvolvido um documento para melhorar procedimentos de manipulação de fármacos sólidos orais administrados por sonda gástrica, com o intuito de prevenir interações entre fármacos e nutrientes. Considerou-se pertinente aprofundar conhecimentos em várias áreas como a prevenção e controlo de infeção, transplante de órgãos e *delirium*. Neste último, foi sugerida uma estratégia para melhorar a adesão dos profissionais de saúde.

No caso do estágio realizado na Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar do Porto, que decorreu no período de 15/09/2014 a 08/11/2014, os objetivos e atividades desenvolvidas estão focados nos vários processos e atividades que envolvem a gestão da prevenção e controlo de infeção. Foi desenvolvido um protocolo de orientação para a prevenção e controlo de infeção por MRSA, nos doentes internados com úlceras de pé diabético. Por outro lado, houve a oportunidade para participar nos processos de vigilância epidemiológica e procedimentos inerentes à prevenção e atuação perante casos de surtos. Foram aprofundados conhecimentos em várias áreas, como nos vários programas de vigilância epidemiológica, procedimentos de prevenção e controlo de infeção para o Vírus Ebola e processo de auditoria na lavagem das mãos.

Os objetivos que foram definidos em cada um dos módulos de estágio foram atingidos, e as atividades levadas a cabo para a sua concretização foram adequadas. O estágio foi uma oportunidade para a aquisição de novos conhecimentos e competências. A análise da realidade encontrada nos vários locais, e a deteção de situações passíveis de serem melhoradas, promoveram a mobilização dos conhecimentos teóricos e capacidade de reflexão crítica. Na fase final deste relatório, são deixadas sugestões para melhorar a formação e para dar continuidade aos projetos desenvolvidos nos locais de estágio.

Abstract

This report comes from an evolutionary route initiated last year, which aims to stand out outlined goals and developed activities in the three clinical practice locations, under the Masters in Nursing in the Medical-Surgical Speciality. It has intended also to show ability to critically analyze the situations-problem, and the strategies taken to promote improvement and quality of the care provided to the users. The methodology and structure of this report, uses as ground the description and critical analysis of the goals and activities developed in the modules of the clinical practice.

In the clinical practice performed in the Emergency Service in the Hospital Pedro Hispano, which was held in the period from 28.04.2014 to 06.28.2014, several goals were set. Training needs were identified and it was promoted the professional development of the nursing team. Knowledge in distinct areas was deepened, such as prevention and control of infection connected to MRSA, and the informed consent in the context of this service. Nursing plans were also developed, facilitating the transition problems lived by the user and its family.

In the period from 10/11/2014 to 01/17/2015, was held the clinical practice in the Intensive Care Unit of Centro Hospitalar do Porto. It was developed a document to improve procedures of manipulation of oral solid drugs administered by gastric tube, in order to prevent interactions between drugs and nutrients. It was considered relevant to deepen knowledge in several areas such as, prevention and infection control, organ transplantation and delirium. In this last one, it was suggested a strategy to improve the acceptance of the professionals.

In the case of the clinical practice performed in the Infection Control Commission of Centro Hospitalar do Porto which was held in the period from 09.15.2014 to 11.08.2014, the goals and developed activities were focused in the various proceedings and activities that imply the management of the prevention and control of infection. It was developed a protocol of orientation to the prevention and control of MRSA infection, in the hospitalized patients with diabetic foot ulcers. In the other hand, the participation in the epidemiological monitoring processes and procedures related to the prevention and action towards outbreak cases. Knowledge was deepened in several areas, such as various programs of epidemiological monitoring, procedures of prevention and control of infection regarding Ebola Virus and audit proceeding in hand washing.

The goals that were set in each clinical practice module were reached, and the activities carried out to its achievement were adequate. The clinical practice was an opportunity to the acquisition of new knowledge and skills. The analysis of the reality found in these places, and the detection of possible situations for improvement, promoted the mobilization of theoretical knowledge and the ability of critical thinking. In the final stage of this report, suggestions are left to improve the training and to give continuity to projects that were developed in the training places.

“Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência.”

(Henry Ford)

Agradecimentos

O presente relatório representa o fim de uma jornada rumo a uma melhoria das competências e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes. Ao percorrer este caminho viveram-se momentos de satisfação e alegria, mas também circunstâncias difíceis, onde não foi fácil seguir em frente.

Foram várias as pessoas às quais gostaria de agradecer, pois foram imprescindíveis para conseguir atingir este objetivo.

À minha orientadora, Professora Doutora Irene Oliveira pela disponibilidade, paciência, rigor e conselhos que foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Fico grato a todos os tutores e equipas dos locais de estágio por onde passei, pela disponibilidade, conhecimentos e experiências partilhadas.

Agradeço em particular aos meus pais Miguel e Elisabete e à minha noiva Tânia pela paciência e apoio incondicional. Sem vocês atingir este objetivo não seria possível.

Fico grato aos meus amigos Fátima, Nuno, Sara, Cláudia e Nuria pela paciência, apoio e incentivo que me deram ao longo desta caminhada, principalmente nos momentos em que o cansaço fala mais alto.

Deixo também um agradecimento especial à Nani, pelo carinho e pela ajuda dada a colmatar os momentos em que estive menos presente.

Siglas

CAM-ICU - Confusion Assessment Method-ICU

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

HELICS - Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA – Methicillin Resistant *Staphylococcus Aureus*

PIB - Produto Interno Bruto

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Índice

1 – Introdução	9
2 - Análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas	13
2.1 - Módulo I - Serviço de Urgência	13
2.2 - Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos	21
2.3 - Módulo III - Comissão de Controlo de Infecção	36
3 – Conclusão	49
4 - Referências Bibliográficas	53
5 – Anexos	59
Anexo I – Ação de Formação: “O controlo glicémico no doente hospitalizado”	61
Anexo II – Estudo de Caso no Serviço de Urgência	81
Anexo III - Recomendações para a manipulação e administração de fármacos sólidos, através de sonda gástrica	91
Anexo IV - Esboço dos tapetes de rato para computador sobre a avaliação do <i>Delirium</i> ...	95
Anexo V - Protocolo para a prevenção e controlo de infeção por <i>MRSA</i> , nos doentes com úlceras de pé Diabético	99

1-Introdução

Este relatório está integrado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Especialização de Médico-Cirúrgica e representa o culminar de uma jornada que foi iniciada com um projeto referente aos três módulos de estágio. Com este relatório pretende-se refletir sobre o percurso efetuado ao longo dos diferentes módulos de estágio que fizeram parte desta unidade curricular. Será dada visibilidade aos objetivos que foram delineados, às competências e conhecimentos desenvolvidos, bem como às atividades levadas a cabo para a concretização das metas estipuladas.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) refere que ao longo dos anos a Enfermagem foi marcada pela mudança e evolução, sendo que muitas destas alterações estão associadas às competências que foram exigidas no contexto da prática profissional. Como resposta a estas adaptações, o nível de formação tem sofrido mudanças no intuito de fazer frente a uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada. Por outro lado, as necessidades dos utentes não permanecem inertes perante a transformação da estrutura socioeconómica, pelo que o enfermeiro tem de desenvolver uma resposta adequada perante estes tempos de mudança.

No seguimento do que foi anteriormente referido, é importante salientar que o conceito da Ordem dos Enfermeiros (2009), onde menciona que o enfermeiro deve reger-se em toda a sua atuação pela “excelência do exercício”, continua a ser uma premissa fundamental.

Neste contexto, dei início à minha atividade profissional em 2004 no Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar do Porto. Desde então, exerço funções como enfermeiro neste serviço, onde presto cuidados de enfermagem no internamento e nas diversas consultas e valências deste serviço.

A especialidade de Endocrinologia despertou o meu interesse em evoluir, pelo que a necessidade de aprender foi constante. Por acreditar que o papel do enfermeiro pode produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências em várias áreas, como é o caso da Diabetes.

Para tal, frequentei Pós-Graduações, Workshops e dei o meu contributo em Jornadas, Congressos e Grupos de Estudo.

No entanto, em 2014 senti necessidade de “elevar a fasquia” e adquirir novas competências e conhecimentos em áreas mais diversificadas, mas fundamentais para a minha prática diária como por exemplo, a abordagem ao doente crítico. Foi neste contexto, que iniciei o Mestrado em Enfermagem na Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano e decorreu no período de 28/04/2014 a 28/06/2014. Segundo a Direção de Serviços de Planeamento (2011), trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de Nível 1. Este serviço engloba várias valências como a Triagem, Sala de Emergência, Área Cirúrgica e Ortopédica, a Unidade Rápida de Diagnóstico e a Unidade de Observação onde está incluída a Unidade de Dor Torácica.

Foi-me dada a oportunidade de escolher este campo de estágio. A justificação desta escolha prende-se por um lado, por considerar um local adequado no que se refere à variedade de oportunidades oferecidas para desenvolver competências e aprofundar conhecimentos no contexto do doente crítico. Por outro lado, por não se tratar da instituição onde exerço funções, foi uma oportunidade para contactar com uma realidade e organização diferente.

O Módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do Centro Hospitalar do Porto de 10/11/2014 a 17/01/2015. Esta unidade é destinada a acolher doentes em estado crítico, mantendo o carácter polivalente no que se refere à tipologia de doentes acolhidos. Tem capacidade para acolher doze doentes, nos quais estão incluídos quatro unidades de isolamento. Para além do internamento, este serviço é ainda responsável pela Emergência Médica Interna do hospital e dá apoio à sala de emergência do Serviço de Urgência. Este serviço possui ainda a Consulta de Cuidados Intensivos, onde é realizado o “follow-up” dos pacientes previamente internados neste serviço.

É importante referir, que me foi concedida a oportunidade de escolher o local para realizar este estágio. Esta opção deveu-se essencialmente ao facto de se tratar de um serviço de carácter polivalente, inserido num Centro Hospitalar, pelo que a tipologia de casos é mais diversificada, promovendo desta forma um maior número de experiências, enriquecendo assim a minha formação.

O Módulo III decorreu na Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar do Porto no período de 15/09/2014 a 08/11/2014. Esta Comissão de Controlo de Infeção é um órgão de apoio técnico ao Conselho de Administração, que segundo o Manual de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar do Porto (2012), tem como missão contribuir para a prevenção, vigilância e controlo das infeções nesta instituição, em articulação com os profissionais que integram as várias unidades que constituem este Centro Hospitalar. São elas o Hospital de Santo António, Centro Materno Infantil do Norte, Hospital Joaquim Urbano e Hospital Magalhães Lemos. Esta Comissão é constituída por um Núcleo Executivo e um Núcleo de Apoio Técnico, que engloba uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde. Possui também um Núcleo Consultivo, que é constituído por vários departamentos como o Aprovisionamento, Farmácia, Esterilização entre outros.

Também neste caso, tive a oportunidade de escolher este local para realizar o estágio. Para a escolha desta Comissão, pesou o facto de esta ser responsável pela gestão das várias atividades inerentes ao controlo de infeção, em todas as unidades hospitalares que constituem este Centro Hospitalar, promovendo assim um maior número de experiências. Por outro lado, por se tratar da instituição onde exerço funções, tive a oportunidade de desenvolver um projeto passível de ser implementado, numa realidade que conheço há mais de dez anos.

A metodologia utilizada para a construção deste relatório tem como base, a descrição e reflexão crítica sobre os objetivos traçados e as atividades levadas a cabo para os alcançar. A pesquisa bibliográfica também sustentou esta metodologia.

No que se refere à estrutura organizacional adotada para este relatório, esta tem como base a análise e reflexão dos objetivos e atividades desenvolvidas em cada módulo de estágio. A opção por este método de divisão prende-se por um lado, com o facto de cada módulo ter na sua maioria objetivos distintos, especificamente direcionados para o contexto onde estão inseridos. Por outro lado, apesar de algumas temáticas serem transversais a todos os módulos, a realidade onde estão inseridas moldou de forma diferente, os objetivos e as atividades levadas a cabo para a sua concretização. Acredito ainda que a opção estrutural adotada irá ainda facilitar a consulta, pois a informação ficará organizada de forma mais sistemática.

A realização deste relatório pretende atingir os seguintes objetivos:

- Ilustrar e refletir sobre o percurso realizado ao longo dos três módulos de estágio;
- Descrever os objetivos traçados e as atividades que foram desenvolvidas para os atingir;
- Demonstrar capacidades crítico-reflexivas para a identificação de necessidades e situações-problema, propondo soluções enquadradas e devidamente fundamentadas;
- Demonstrar capacidades crítico-reflexivas para a avaliação das competências desenvolvidas e apreciação das atividades e experiências, que os vários módulos de estágio proporcionaram;
- Promover a capacidade de organização pessoal e pensamento crítico.

Continuo a acreditar tal como referi no projeto de estágio, que os tempos de mudança que se vivem atualmente exigem uma adaptação a uma realidade em constante mutação. Neste contexto, a formação tem um papel crucial no aprofundamento e atualização dos conhecimentos, bem como no desenvolvimento de competências para consolidar uma intervenção cada vez mais direcionada para uma Enfermagem Avançada.

Na sequência do que foi anteriormente referido, acredito que o “caminho” percorrido para alcançar os objetivos definidos, será de grande valor para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista, na área onde exerço funções.

2-Análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas

Segundo Novo (2011), a formação na área de enfermagem tem uma forte ligação ao contexto laboral, muito devido ao carácter prático desta atividade profissional. No entanto, segundo o autor o desenvolvimento da enfermagem foi marcado por uma mudança de paradigma, que se centrou na transição do “fazer” para o “saber” e “saber fazer”. Como “consequência” desta mudança, assistiu-se à evolução da enfermagem enquanto ciência. Neste contexto, os estágios são momentos importantes para o desenvolvimento dos conhecimentos e competências, no contexto da prática clínica.

No seguimento do que foi anteriormente referido, a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), define como competência comum do enfermeiro especialista “...um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”.

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista deve ser capaz de aplicar os seus conhecimentos científicos na prática clínica diária, promovendo desta forma o desenvolvimento de competências e contribuindo para a melhoria dos cuidados que são prestados aos utentes. Desta forma, os módulos de estágio proporcionam uma oportunidade adequada para o desenvolvimento profissional de competências.

De seguida serão apresentados os objetivos para cada um dos módulos de estágio, bem como as atividades desenvolvidas para os alcançar e as competências desenvolvidas durante este processo. A sua elaboração tem como base, os objetivos e competências definidas pela instituição e posteriormente desenvolvidas no projeto de estágio.

2.1 - Módulo I - Serviço de Urgência

Segundo a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (Ministério da Saúde 2007, p1) “O atendimento urgente / emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações. Para

esse fim, é fundamental definir os pontos de rede de urgências a considerar formalmente...”

No seguimento do que foi anteriormente exposto, esta Comissão assume como objetivo primordial da tarefa acima referida, a melhoria da qualidade de assistência, da acessibilidade e equidade dos cuidados, bem como a racionalização dos recursos.

Nesta perspetiva, o Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano encontra-se integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e presta cuidados à população inserida no Conselho de Matosinhos, Vila do Conde e Póvoa do Varzim. Segundo a Direção de Serviços de Planeamento (2011), trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de Nível 1.

Após conhecimento dos projetos e necessidades deste local de estágio, foram selecionados e reajustados os seguintes objetivos.

Objetivo: Identificar as necessidades formativas nesta área de especialização e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Foi meu objetivo contribuir para o desenvolvimento de uma área que fosse pertinente para os enfermeiros deste serviço. Primeiramente foi sugerida a abordagem de uma temática integrada na medicina forense, no entanto esta área foi anteriormente desenvolvida. Após a observação e reflexão sobre a dinâmica deste local, foi detetada uma situação problema. Esta relacionava-se com a descoordenação entre a administração de insulina de ação rápida e os horários das refeições, levando desta forma ao aumento do risco de hipoglicemias.

Perante esta realidade, a solução proposta foi criar um momento para atualizar e aprofundar conhecimentos nesta área, que permitisse também debater o tema com o objetivo de melhorar as estratégias para o controlo glicémico do doente hospitalizado. Foi então negociada a realização de uma ação de formação com o tema, “O controlo glicémico no doente hospitalizado”. Esta foi incorporada no plano de formação, previsto para o Serviço de Urgência (Anexo I).

Abordar este tema tornou-se pertinente, devido ao facto da prevalência da diabetes em Portugal continuar com uma tendência ascendente. Segundo a Direção Geral de Saúde (2014 d), verificou-se um aumento de 12,9% em 2012 para 13% em 2013. Por outro lado, os custos associados à diabetes representaram 1,2 % do PIB Português em 2014,

traduzindo-se em 12% da despesa em saúde (Direção Geral de Saúde 2014 d). Verifica-se também que a Conferência de Consenso do Diabético Hospitalizado (American Diabetes Association, 2006) valoriza desde então, a importância do bom controle glicémico durante a hospitalização, como forma de promover uma melhoria de certos parâmetros clínicos. Este consenso defende ainda que a gestão da diabetes durante a hospitalização deve converter-se em algo de maior prioridade.

Neste contexto, a diabetes sendo considerada uma “epidemia silenciosa” (International Diabetes Federation 2013) devido à sua grande prevalência e impacto, torna-se um tema atual, pertinente e na qual é necessário refletir a fim de melhorar as intervenções direcionadas para esta área e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados ao utente.

A formação foi realizada no Departamento de Formação do Hospital Pedro Hispano e nela participaram dezanove enfermeiros do Serviço de Urgência, incluindo o Enfermeiro Chefe deste serviço e a Enfermeira Supervisora. Dos presentes, onze responderam à ficha de avaliação que foi posteriormente distribuída (Anexo I).

Após o tratamento dos dados da ficha de avaliação, verificou-se que os resultados obtidos foram positivos e relevantes no que concerne às expectativas dos formandos, metodologia utilizada e apreciação geral da ação de formação (Anexo I). Os participantes referiram ainda a pertinência do tema para a atualização de conhecimentos, verificando-se que a temática relativa às hipoglicemias terá potencial para a mudança de comportamentos no que se refere ao tratamento das mesmas e para a atualização dos valores de referência das hipoglicemias de 65 mg/dl para 70 mg/dl de acordo com as “Guidelines” mais recentes (American Diabetes Association, 2015).

Por último, é de salientar que um correto diagnóstico das necessidades do serviço e das suas áreas de interesse, bem como a criação de oportunidades para o debate das mesmas, tornou-se fundamental para a atualização dos conhecimentos e melhoria dos procedimentos, conseqüentemente, estas intervenções poderão ter impacto na melhoria dos cuidados prestados. Com este projeto acredito ainda que a capacidade de observação no contexto da prática clínica diária, a mobilização dos conhecimentos científicos e as competências de comunicação desenvolvidas através da ação de formação, saíram reforçadas. Acredito que ir ao encontro das necessidades da equipa e dos problemas com

que esta se depara diariamente, terá maior potencial para produzir mudanças que influenciem a qualidade dos cuidados prestados.

Objetivo: Refletir sobre a prática de forma crítica, com o intuito de aprofundar conhecimentos sobre problemas ético-legais mais comuns em situações de emergência e urgência, de forma a fundamentar a tomada de decisões.

O meu percurso neste estágio também incidu na observação e reflexão de problemas ético-legais, que surgiram no contexto do Serviço de Urgência.

Desde o início do estágio, observei que o serviço de urgência é caracterizado por intervenções muito influenciadas pelo tempo e imprevisibilidade. Desta forma, além da exigência de “pontualidade”, existe uma pressão associada ao ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas com a alta demanda de trabalho que é característica deste serviço. Isto faz da temática do consentimento informado um tema pertinente sobre o qual senti necessidade de refletir.

Tendo em conta a conjuntura anteriormente referida, deparei-me por vezes com realidades em que este procedimento é suscetível de ser reduzido a um protocolo mecanizado, em vez de um instrumento que tem como objetivo “diminuir a distância” técnica e científica que separam profissional e paciente, permitindo assim facilitar a tomada de decisão da pessoa e promovendo ainda a sua colaboração nos cuidados prestados. Em suma, quando corretamente utilizado “... o consentimento informado transforma-se não só num meio de promoção da participação dos doentes no seu próprio tratamento mas também num instrumento de promoção de uma nova forma de relação...” (Entidade Reguladora da Saúde 2009, p5).

Após uma reflexão crítica sobre esta temática, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e sustentar a tomada de decisões nesta área, é importante referir que a “atitude paternalista” por parte dos profissionais de saúde deve ser repensada, para que se promova uma abordagem que respeite e promova a autonomia humana. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade legal e ética de fornecer a informação adequada ao paciente, para que este possa decidir livremente e em consciência.

Desta forma, não se estará meramente a cumprir um procedimento burocrático, mas a promover a autonomia da pessoa. Por outro lado, um paciente corretamente informado pode ser uma mais-valia para a equipa de saúde, pois o envolvimento nos cuidados

prestados será maior e poderá consolidar a relação de confiança entre o paciente e equipa de saúde (Entidade Reguladora da Saúde 2009).

Aplicando esta temática no campo da Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2012) faz referência no seu Artigo 84 à Autodeterminação, mencionando que o enfermeiro em toda a sua atuação deve informar a pessoa e família acerca dos cuidados de enfermagem que presta. Por outro lado, tem o dever de respeitar e promover o direito ao consentimento informado. O dever de informar a pessoa sobre o acesso aos recursos também está consagrado neste artigo.

Neste contexto, Cerdeira (2008) refere que o Artigo 84 da Ordem dos Enfermeiros realça dois aspetos fundamentais. O direito de informar e o respeito e promoção do direito da pessoa em consentir ou dissentir. Desta forma Cerdeira (2008, p17) refere que o consentimento *“Implica estarmos centrados no nosso eu de forma a reconhecer o outro na sua dignidade humana, no respeito pela sua autonomia e, como tal, do seu direito à autodeterminação. E proteger o meu direito à autodeterminação e / ou o direito do outro.”*

Em suma, acredito que é crucial ter em conta que a pessoa que recorre a este serviço se encontra muitas vezes numa situação complexa, que pode envolver fragilidade física, emocional e até risco de vida. Nesta perspetiva, o exercício do consentimento informado torna-se imprescindível, não devendo ser influenciado por “timings” e pressionado pela elevada demanda de trabalho.

Apesar de ser difícil definir estratégias que facilitem a reflexão sobre este tema, em equipas de profissionais de saúde muito numerosas, acredito que a criação de oportunidades que facilitem a realização de um “ponto de situação” sobre este assunto, poderá ser a base para promover a consciencialização e definição de estratégias passíveis de despertar a necessidade para “defender” ainda mais o direito à autodeterminação. Neste contexto, esta reflexão permitiu reforçar a importância do consentimento informado na minha prática diária no que concerne à tomada de decisões, lembrando ainda o seu impacto na construção de uma relação de confiança entre utente e profissional de saúde e na colaboração / adesão ao tratamento no caso de esta ser a vontade da pessoa.

Objetivo: Abordar questões complexas de forma sistemática e criativa, de forma a desenvolver intervenções de enfermagem que facilitem os processos de transição da pessoa que recorre ao serviço de urgência e seu acompanhante e/ou família.

Outros dos objetivos traçados para este módulo de estágio, englobou o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitassem os processos de transição da pessoa que recorre ao serviço de urgência e seu acompanhante / família.

Neste ponto é importante referir que os cuidados de enfermagem prestados nas salas de tratamentos têm sobretudo como base ações de enfermagem interdependentes. Após uma reflexão com objetivo de compreender esta dinâmica, verifiquei que a grande afluência de doentes ao serviço de urgência, os “timings” recomendados para a prestação de cuidados e a gravidade dos casos, tornam difícil a estruturação e aplicação de planos de enfermagem mais pormenorizados, levando a que estes estejam dirigidos exclusivamente para tratamento e controlo da doença na fase aguda.

Por outro lado, o programa informático utilizado (HP – HCCIS) não está vocacionado para facilitar a criação de diagnósticos e intervenções de enfermagem mais estruturados. Aqui a sua utilização limita-se à validação da administração de medicação, dos procedimentos e à realização de notas puramente descritivas, que se centram essencialmente no estado hemodinâmico do paciente e nas ações interdependentes que são realizadas.

No entanto, na Unidade de Observação (OBS) o panorama parecia ser um pouco diferente, pois nos doentes com um internamento superior a vinte e quatro horas é utilizado o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Porém observou-se que, os focos de atenção e respetivas intervenções de enfermagem continuavam muito centrados em ações interdependentes, pouco sensíveis a ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem.

Acredito que o curto período de tempo que os doentes permanecem nesta unidade pode não promover o desenvolvimento de planos com intervenções de enfermagem mais estruturadas e completas. Neste contexto, a continuidade do plano de cuidados de enfermagem pelo serviço que posteriormente acolhe o utente, torna-se fundamental para promover o seguimento dos cuidados que são prestados ao utente e sustentar a transmissão da informação entre serviços.

Enquadrado nas atividades deste objetivo, formulou-se um plano de cuidados relativo a um caso clínico, cujo diagnóstico médico principal foi Diabetes Mellitus inaugural (Anexo II). No entanto, a rápida transferência do doente após um curto período de tempo, e as deslocações para realização de exames complementares de diagnóstico, dificultaram a colheita dos dados da avaliação inicial, que posteriormente serviriam de base ao desenvolvimento de um plano de intervenções de enfermagem mais completo.

De facto, todos os fatores anteriormente referidos demonstraram a dificuldade na elaboração de planos de cuidados de enfermagem, com intervenções mais vocacionadas para a obtenção de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, Meleis (2000) vem reforçar a perspectiva anteriormente mencionada, quando refere que a aprendizagem e aquisição de competências exigem tempo e disponibilidade. Como no contexto de urgência a pessoa pode ter a capacidade cognitiva alterada ou estar centrada na adaptação ao episódio agudo, a disponibilidade para aprendizagem pode ser afetada. Nesta perspectiva, o “timing” para a realização de intervenções direcionadas para a aprendizagem cognitiva e de habilidades, tem de ser reajustado.

Em suma, pude verificar que em situações agudas as intervenções interdependentes assumem um papel crucial para a estabilização do doente. Se a isto acrescentarmos o fator tempo para a realização das mesmas e a elevada rotatividade dos doentes que caracteriza este serviço, toda a realidade anteriormente descrita torna-se mais inteligível. Por outro lado, o contato com casos complexos com um enquadramento diferente da minha prática diária como é o caso do serviço de urgência, permitiu o desenvolvimento de competências no que se refere à elaboração de planos de cuidados de enfermagem.

Objetivo: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos dos protocolos de controlo de infeção, no contexto do serviço de urgência.

Foi traçado como objetivo para este estágio, aprofundar conhecimentos sobre os protocolos de controlo de infeção no contexto deste serviço. Este objetivo foi reajustado, incidindo agora na “política” de controlo de infeção pelo *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) definida pela instituição.

Esta mudança deve-se ao sucesso no controlo deste agente referida pela instituição, que se reflete em taxas de incidência reduzidas em comparação com a média nacional. Esta

informação foi fornecida pelo representante da Comissão de Controlo de Infecção, no primeiro dia de estágio durante a apresentação das normas da instituição nesta área. Desta forma, surgiu a necessidade de conhecer os procedimentos para o controlo de infecção, direcionados para este agente infeccioso.

Segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (Direção Geral de Saúde 2013 a), Portugal apresenta a taxa de resistência ao MRSA mais elevada da Europa (73,7%), motivo pela qual a exploração desta temática é atual e pertinente.

De acordo com o protocolo interno de prevenção e controlo de infecção deste hospital (Vieira *et al.* 2011), verifiquei por um lado, que existe uma partilha de informação eficaz entre os cuidados de saúde primários e o hospital, o que permite “sinalizar” eficazmente os utentes infetados com este agente. Por outro lado, a intervenção é precoce e muito focada na prevenção da contaminação. Aos utentes provenientes do exterior com suspeita ou confirmação de infecção por MRSA, são aplicadas medidas de isolamento de contato preconizadas pela Direção Geral de Saúde (2013 b). O procedimento da instituição engloba ainda a colheita de exsudado nasal (com zaragatoa) e caso não seja possível, esta colheita é feita nas virilhas ou axilas. Os procedimentos de descolonização, em doentes infetados com este agente estão reservados às unidades de cuidados intensivos. O documento alerta ainda para uma utilização conscienciosa dos antibióticos, a fim de prevenir o desenvolvimento de resistências.

No que diz respeito ao plano de cuidados de enfermagem, a norma / procedimento da instituição alerta para o desenvolvimento de ações direcionadas para o autocontrolo de infecção e ensino à família, de forma a promover a adesão às medidas de prevenção na transmissão da infecção. A transmissão da informação no momento da alta também é um fator que é tido em conta.

Após a reflexão sobre esta temática, verifiquei que as medidas para o controle e prevenção da infecção por este agente são uma preocupação constante, desde o momento de entrada do doente no serviço de urgência. Existe uma observação atenta dos indícios da presença deste agente, e em caso de suspeita aplicam-se efetivamente todas as medidas anteriormente descritas. Acredito que a atitude preventiva e sobretudo as estratégias de partilha de informação entre os diversos níveis de cuidados, poderão promover uma metodologia

eficaz na prevenção do MRSA, que por sua vez poderão levar a resultados de prevalência relevantes.

2.2 - Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2003), nos últimos cinquenta anos assistiu-se ao aparecimento e a um rápido desenvolvimento da Medicina Intensiva. Isto deveu-se em grande parte ao desenvolvimento multidisciplinar, não só na área da Fisiopatologia e Terapêutica, mas também das tecnologias utilizadas. Esta área tem um carácter multidisciplinar e aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam, ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais. A abordagem do utente nas unidades de cuidados intensivos tem como objetivo “... *suportar e recuperar funções vitais de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade.*” (Direção Geral de Saúde 2003, p5).

No seguimento do que foi anteriormente referido, a Direção Geral de Saúde (2003) refere ainda que o número de unidades de cuidados intensivos tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos. Para isso contribuíram vários fatores, como o “alargamento” dos critérios de admissão nestes serviços; a melhoria dos recursos de assistência intra e extra-hospitalar (diagnóstico precoce, intervenção cirúrgica mais agressiva, melhoria do transporte do doente crítico) e o desenvolvimento de outras áreas para as quais é necessário o apoio desta (manutenção de dadores de órgãos e transplantes).

Os ajustes às metas estipuladas para este estágio foram realizados tendo em conta a realidade desta unidade de cuidados intensivos, no que concerne à tipologia polivalente dos doentes aqui internados, reforçando desta forma a coerência e promovendo a adesão por parte dos profissionais aos projetos implementados. No seguimento do que foi anteriormente descrito, foram definidos e reajustados os objetivos.

Objetivo: Aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas, em situações novas e não familiares nos contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante o estágio verifiquei que devido à impossibilidade de utilizar a via oral para a administração de fármacos, era utilizada a sonda gástrica como alternativa para administrar terapêutica sólida oral. Por outro lado, constatou-se ainda que são utilizadas com frequência fórmulas nutricionais entéricas, como forma de suprir as necessidades nutricionais dos doentes.

Tendo em conta esta realidade, tornou-se pertinente abordar a temática da interação fármaco-nutriente e da manipulação que é feita aos medicamentos, para que estes possam ser administrados pela sonda gástrica.

Segundo Lima e Negrini (2009), a pertinência deste tema reside no facto de muitas das drogas utilizadas, não serem desenvolvidas com o objetivo de serem administradas por sonda de nutrição entérica. Isto faz com que as manipulações que são feitas aos fármacos sejam por vezes baseadas no empirismo, pois com frequência os medicamentos são triturados e diluídos em água, para posteriormente serem administrados por sonda. Neste processo, nem sempre é tida em conta as recomendações instituídas pela bibliografia.

Tal como foi referido anteriormente nem todos os fármacos são passíveis de serem manipulados. Segundo Heldt e Loss (2013), o tratamento incorreto dos fármacos pode levar a alterações na farmacocinética, interferindo desta forma no efeito farmacológico pretendido. Por outro lado, podem ainda acarretar complicações como a obstrução da sonda e danos no trato gastrointestinal.

No seguimento do que foi anteriormente referido, Lima e Negrini (2009) referem que a complicação mais frequente é a obstrução da sonda. Este fenómeno está muitas vezes associado ao facto do pH e viscosidade do fármaco promover a precipitação, quando está em contato com as fórmulas nutricionais entéricas, levando por sua vez à obstrução da sonda.

Estudos revelam que a taxa de obstrução de sonda provocada por terapêutica foi estimada em 15,6%, sendo que 74% dos enfermeiros utiliza duas ou mais técnicas contrárias as

recomendações na preparação dos fármacos (Belknap *cit in* Correia, Ferreira e Santos, 2012).

A alteração da farmacocinética é outro dos problemas comuns aquando da manipulação incorreta dos fármacos. Neste campo, as alterações mais comuns estão relacionadas com a absorção e biodisponibilidade dos medicamentos.

Por outro lado, Lima e Negrini (2009) alertam para os riscos que o manuseamento dos fármacos pode acarrear para os profissionais de saúde. Neste sentido, o ato de triturar os comprimidos que frequentemente é utilizado, pode levar à inalação de partículas com propriedades teratogénicas, citotóxicas ou carcinogénicas.

Com o intuito de prevenir as complicações acima referidas, Correia, Ferreira e Santos (2012), fazem referência a um conjunto de questões às quais é importante responder, aquando da manipulação de fármacos. Estas questões analisam a viabilidade da administração por sonda, de acordo com fatores como a compatibilidade entre o fármaco e a fórmula nutricional entérica. A possibilidade de manipulação e a existência de alternativas, no que se refere à forma utilizada e à via de administração são fatores tidos em conta. São ainda equacionadas os potenciais riscos, bem como as recomendações a ter durante a administração.

Nesta perspetiva, estas interações para além de serem passíveis de provocar danos ao doente, segundo Heldt e Loss (2013), levam a um aumento do tempo de internamento e consequentemente dos gastos em saúde.

Em relação aos profissionais de saúde, Adriano *et al.* (2013) realçam a importância do papel proativo da equipa multidisciplinar, com o intuito de antecipar e/ou detetar possíveis interações entre drogas e nutrientes. Para tal, uma reflexão crítica sobre a pertinência de modificar a forma ou a via de administração de medicamentos, torna-se importante de forma a minimizar possíveis impactos negativos e promover a segurança do doente.

Tendo em conta a problemática anteriormente referida, tornou-se pertinente a elaboração de um documento de consulta fácil e rápida (Anexo III), que incluísse os fármacos sólidos administrados por via oral, que faziam parte do “stock” fornecido pelos serviços farmacêuticos a esta unidade. É importante salientar que este “stock” não é numeroso no que se refere à sua tipologia, em comparação com a via endovenosa, que engloba um leque de fármacos mais abrangente. Este documento menciona as principais recomendações para

a manipulação dos medicamentos, e a possibilidade de serem administrados por sonda gástrica. É feita ainda referência a possíveis interações com as fórmulas nutricionais entéricas.

Foi usado um código de cores, de forma a facilitar a consulta do documento. Este engloba a cor vermelha, que aconselha a não manipular/administrar o fármaco pela sonda gástrica. A cor amarela, que indica falta de estudos que garantam a segurança para manipular/administrar o fármaco, ou procedimentos cruciais a ter em conta antes, durante ou após a administração. A cor verde permite a manipulação e administração dos fármacos por sonda gástrica. A importância deste projeto é corroborada por Heldt e Loss (2013, p1), quando afirmam que, *“A literatura referente a interações entre fármacos e nutrientes é escassa e sugere a fragilidade das equipas assistenciais em reconhecer o potencial para interações.”*

Na mesma linha de pensamento Mota et al. (2010), referem a importância de desenvolver estudos e reforçar a formação dos enfermeiros sobre a administração de medicamentos por sonda gástrica. Este autor salienta ainda a importância dos protocolos para ajustar corretamente a forma farmacêutica do medicamento e a técnica de administração. É reforçada ainda a pertinência da avaliação de incompatibilidades e possíveis interações.

Também Jamal e Dumke (2012), referem a importância de criar estratégias para padronizar a administração de fármacos por sonda gástrica, com a finalidade de consciencializar os profissionais de saúde e reduzir os custos e complicações associadas a este procedimento.

Em suma, o uso de um documento de consulta vai possibilitar a uniformização de práticas e procedimentos, contribuindo assim para a segurança do doente, qualidade dos cuidados prestados e redução dos custos do ponto de vista económico que advêm destas complicações. Esta posição é reforçada pelo Institute for Innovation and Improvement (2008), que faz referência à utilização de protocolos/documentos como forma de “padronizar” a prática, diminuindo desta forma a variabilidade no que se refere ao tratamento.

Neste sentido, também a Ordem dos Enfermeiros (2010) destaca nas competências do enfermeiro especialista, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, onde estão inseridas competências associadas à promoção e aplicação de princípios, que garantam a segurança da administração de substâncias terapêuticas.

A elaboração deste documento, permitiu aprofundar conhecimentos e reunir um conjunto de informações importantes, para orientar de forma correta e segura a manipulação e administração de medicamentos sólidos orais, através da sonda gástrica. Acredito que esta estratégia será um contributo para otimizar a segurança e efetividade do tratamento. Este trabalho poderá contribuir ainda para uma uniformização dos procedimentos e melhoria dos cuidados prestados.

Objetivo: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos acerca da temática do *Delirium*, e ser criativo na interpretação e resolução de problemas no contexto deste tema.

Ao longo deste estágio constatou-se que o *delirium* é um problema frequente nos doentes internados nesta unidade. Segundo Faria e Moreno (2013), esta problemática pode ocorrer até 80% dos casos, estando ainda associado a um aumento significativo da morbidade e mortalidade no doente crítico.

Por um lado, Hustey et al. (2002) referem que as várias apresentações do *delirium* associado à flutuação de sintomas, a pouca valorização por parte dos profissionais de saúde e a facilidade com que pode ser confundido com a demência e o envelhecimento, podem fazer com que este problema passe despercebido, e seja erradamente diagnosticado. Por outro lado, de acordo com Faria e Moreno (2013), o controlo da incidência deste fenómeno pode ser considerado um indicador de qualidade, representando desta forma uma melhoria na prestação de cuidados ao doente internado em unidades de cuidados intensivos. Tendo em conta os argumentos anteriormente referidos, tornou-se pertinente abordar esta temática.

Neste contexto, será importante fazer em primeiro lugar referência à sedação, que é um método terapêutico usado com frequência em cuidados intensivos, que segundo Knobel (2006) está indicado entre outros, para diminuir a ansiedade e medo, adequar o ciclo de sono e promover a diminuição do hiper-metabolismo. Este autor salienta ainda a sua importância no controlo de sintomas cardiovasculares, como a taquicardia e hipertensão, bem como na otimização do consumo de oxigénio. A sedação pode também ser usada para controlar a agitação e facilitar a ventilação mecânica.

No que se refere à sedação, Knobel (2006) menciona ainda uma mudança de “paradigma”, relacionada com a transição de uma estratégia onde era usado um alto nível de sedação,

para outra, onde o importante é manter o doente confortável mas facilmente despertável. Nesta perspectiva, Luna (2013) refere que o enfermeiro tem um papel de relevo na equipa multidisciplinar. Isto deve-se ao facto das informações provenientes da sua avaliação acerca do estado neurológico e psicomotor, serem cruciais para a decisão de manter ou ajustar a estratégia de sedação.

O grau de sedação pode ser avaliado através de escalas. No caso específico desta unidade, é usada a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS).

No seguimento do que foi anteriormente mencionado é importante fazer referência ao *delirium*, que segundo Faria e Moreno (2013, p1) pode ser definido como “... *uma disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de compromisso cognitivo ...*”.

No que se refere à incidência global do *delirium* na comunidade, Inouye (2006) refere que esta varia entre 1% e 2%. Segundo o mesmo autor esta vai aumentando com a idade atingindo os 14% em pessoas com mais de 85 anos. No entanto, o internamento hospitalar é um dos fatores cruciais para o aumento do *delirium*, onde se verifica uma incidência entre 30% e 70% nos doentes críticos de tipologia médico-cirúrgica, sendo que esta incidência é mais elevada nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos (Urden 2008). No que diz respeito à incidência / prevalência desta condição em Portugal não foram encontrados dados relativos à população portuguesa.

Em relação à mortalidade associada ao *delirium* Inouye (2006) refere que nos doentes hospitalizados existe uma variação entre 22% e 76%, valores que segundo este autor se equiparam aos do Enfarte Agudo do Miocárdio ou Sépsis, reforçando desta forma mais uma vez a pertinência em abordar este tema.

De acordo com a American Psychiatric Association (2000), este diagnóstico implica o cumprimento de critérios, que têm de estar presentes para que seja corretamente diagnosticado. Estes abordam, a perturbação da consciência com diminuição da capacidade de direcionar e focalizar a atenção e a alteração da cognição ou seu desenvolvimento (pode estar relacionado com um quadro de demência). Outro dos critérios prende-se com uma evolução num curto período de tempo com flutuações associadas.

No que diz respeito aos fatores de risco associados ao *delirium*, no contexto do doente internado em cuidados intensivos, não existe um esclarecimento pleno entre as causas e

este fenómeno. No entanto, Faria e Moreno (2013) fazem referência a alguns fatores de risco, passíveis de estarem relacionados com esta condição. Segundo estes autores os fatores de risco podem ser definidos em três categorias: as condições preexistentes (idade, demência, doença renal/hepática, alcoolismo); condições agudas do doente (alterações metabólicas, febre) e fatores iatrogénicos ou ambientais (fármacos, cateter venoso central, cateter urinário, alimentação por sonda gástrica).

Todos os factos anteriormente referidos são importantes para enquadrar o papel do enfermeiro. Neste caso, a intervenção será mais ativa nos fatores de risco passíveis de serem modificáveis. O enfermeiro poderá ter uma intervenção de carácter preventivo através da identificação de fatores de risco e sua minimização, tendo como base uma abordagem holística. Nesta abordagem, será importante uma avaliação da sedação através do uso de escalas, a instituição de medidas para a preservação do ciclo de sono, como a restrição do sono no período diurno e controlo de fatores ambientais como a luz e ruído. A vigilância dos parâmetros ventilatórios e a gestão adequada da terapêutica prescrita serão outras das medidas. Será ainda pertinente, orientar o doente em relação ao que o rodeia, recorrendo para isso a “ajudas” visuais e auditivas.

Poderá ainda ser necessário o tratamento farmacológico. Neste campo, apesar da pouca evidência Girard et al (2008) referem que o haloperidol continua a ser o fármaco de eleição da American Psychiatric Association. No entanto, há que ressaltar que no caso de doentes com hábitos etílicos, as benzodiazepinas são recomendadas pelo autor anteriormente referido.

Todas as intervenções de enfermagem anteriormente mencionadas são cruciais, pois de acordo com Faria e Moreno (2013), para além do impacto emocional o *delirium* está relacionado com o aumento da mortalidade, do tempo de internamento e aumento do número de dias com ventilação mecânica. Neste contexto, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e a criação de um plano de intervenções adequado são fundamentais.

A monitorização do *delirium* é crucial, pois segundo Faria e Moreno (2013) este fenómeno é frequentemente subdiagnosticado, e tem implicações no prognóstico do estado clínico do doente, não só para a função orgânica mas também como forma de prevenir lesões acidentais. O *delirium* pode ser avaliado através de várias escalas, validadas para efetuar esta monitorização no contexto dos cuidados intensivos. Nesta unidade em particular, é usada a Confusion Assessement Method-ICU (CAM-ICU). No entanto, o uso deste método

pressupõe a utilização da escala RASS, que funciona como critério inicial de inclusão ou exclusão para a identificação do *delirium*.

Segundo Girard et al. (2008), todos os doentes com sedação moderada (RASS de menos 3) ou que estejam mais despertos, são passíveis de serem avaliados no que se refere ao *delirium*. Depois de avaliar o doente através desta escala, e se este reunir os critérios anteriormente referidos, poderá ser aplicada a CAM-ICU para que seja possível confirmar ou excluir a presença de *delirium*.

Após observar as escalas, apercebo-me da sua relevância para diagnosticar corretamente o *delirium*. Depois da sua utilização, observo que apesar de extensas, o facto de serem simples e de fácil implementação facilitam o seu uso. Quanto ao tempo de implementação, este não foi uniforme em todos os doentes em que tive a oportunidade de aplicar a escala.

Apesar das escalas estarem disponíveis neste serviço, verifico que a adesão no que se refere à avaliação do *delirium* é um fator passível de ser melhorado. Ao longo deste estágio, não consegui chegar a uma conclusão acerca dos motivos que estão por detrás desta fraca adesão.

Segundo Pitrowsky et al. (2010), 3% a 66% do *delirium* não é diagnosticado. Estes autores apontam como prováveis motivos, o facto da avaliação clínica “comum” não ser passível de detetar esta condição em pacientes calmos e sonolentos. Por outro lado, Cassia e Salluh (2013) referem que a terminologia e definição do *delirium* só foram propostas recentemente, podendo interferir na adesão por parte dos profissionais de saúde.

Após refletir sobre esta situação, verifico que para promover a adesão da equipe, em primeiro lugar é fundamental conhecer a origem do problema, ou seja, a razão pela qual a adesão é reduzida. Por outro lado, é fundamental que a equipa esteja envolvida na procura de soluções, pois acredito que este aspeto é crucial para que todos se identifiquem com possíveis mudanças que venham a ser feitas.

Como ações facilitadoras no processo de procura de soluções para esta situação, proponho a realização de uma ação de formação, realizada por um elemento da equipa com trabalho reconhecido pelo grupo nesta área, com o objetivo de atualizar conhecimentos e promover o debate sobre este tema. Um processo de “brainstorming” poderia ser outra das estratégias usadas na procura de ideias/soluções para melhorar a adesão, com as quais a equipa se

possa identificar. Em suma, o envolvimento da equipa de trabalho é crucial para definir um plano.

Como o tempo de estágio não foi suficiente para aplicar a estratégia acima referida, deixo algumas sugestões passíveis de melhorar a adesão na avaliação do *delirium*, para serem posteriormente discutidas entre os membros da equipa. Uma passa por introduzir as escalas na folha de registos de enfermagem e no SAPE, como forma de incentivo ao seu preenchimento. Esta estratégia teria como vantagem, a documentação dos procedimentos e a produção de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A utilização de estratégias que funcionem como “lembretes” para a implementação da escala também poderá ser testada. Como sugestão considero pertinente a realização de tapetes de rato para computador (Anexo IV), com “slogans” e frases da CAM-ICU alusivos a esta temática, com o objetivo de alertar os profissionais de saúde para a avaliação do *delirium*. Recordo que todos os profissionais necessitam do computador para efetuarem os registos das intervenções realizadas, pelo que a localização dos tapetes de rato nestes computadores, seria um local pertinente para implementar esta estratégia.

Em suma, o *delirium* pode influenciar o desenvolvimento do estado clínico do doente. Neste contexto, este objetivo permitiu aprofundar conhecimentos nesta área, e desenvolver competências na elaboração de planos de enfermagem com intervenções que permitissem identificar e atuar sobre fatores de risco considerados modificáveis. Ao elaborar uma proposta para melhorar a adesão da avaliação desta condição, acredito também ter desenvolvido competências para a avaliação crítica e resolução de problemas complexos. Acredito que esta intervenção é passível de melhorar a adesão, e por consequência, a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Objetivo: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos dos protocolos de controlo de infeção, que estão direcionados para a unidade de cuidados intensivos.

No contexto de cuidados intensivos, tornou-se pertinente aprofundar conhecimentos sobre as medidas direcionadas para o controlo de infeção. Este tema é relevante, pois segundo Cavaleiro (2011) as infeções nosocomiais são uma das complicações mais frequentes em unidades de cuidados intensivos, sendo cinco a dez vezes superior, do que nos doentes internados em enfermarias.

Por um lado, este risco é aumentado devido à gravidade da condição clínica dos doentes, e por outro, está relacionado com as técnicas e procedimentos invasivos inerentes à condição de saúde da pessoa, que neste contexto tornam-se imprescindíveis para estabilizar e manter as funções vitais do doente.

No seguimento do que foi anteriormente referido, Cavaleiro (2011) refere que as infeções associadas aos cuidados de saúde levam ao aumento do risco de mortalidade e do tempo de internamento, que por sua vez resulta num acréscimo dos gastos em saúde. Todos os pontos acima referidos corroboram a pertinência deste tema, reforçando ainda a importância de uma política de prevenção e controlo de infeção proativa, integrada no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Tendo em conta o que foi anteriormente referido, Dias (2010) refere que a prevenção e controlo de infeção em contexto de cuidados intensivos deve ter como base uma estratégia de boas práticas. Esta deve englobar pontos transversais como a higiene das mãos, a minimização da disseminação dos microrganismos através do cumprimento das precauções de isolamento instituídas, a prevenção das infeções relacionadas com procedimentos invasivos e a colaboração nos programas de prevenção e controlo de infeção e resistências aos antimicrobianos.

No que concerne à higiene das mãos, este continua a ser um fator transversal e imprescindível para a prevenção e controlo de infeção. Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu uma campanha a nível mundial, onde é demonstrada a importância de implementar de forma padronizada e abrangente a higiene das mãos, como forma de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e tentar controlar as resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (Direção Geral de Saúde 2014 a). O processo de sensibilização e mudança de comportamentos é um desafio, por essa razão os interlocutores locais da comissão de controlo de infeção, desempenham um papel importante que visa monitorizar e dinamizar estes procedimentos.

Outro dos pontos de relevo na prevenção e controlo de infeção passa pela minimização da disseminação dos microrganismos. Nesta perspetiva, para além do uso correto dos equipamentos de proteção individual, é importante o controlo ambiental de forma a prevenir a transmissão da infeção. As recomendações para as precauções de isolamento da Direção Geral de Saúde (2007 a), evidenciam um conjunto de medidas fundamentais para prevenir e controlar a disseminação dos agentes infecciosos. Uma prende-se com a

implementação das precauções básicas de controlo de infeção e a outra com a implementação de precauções dependentes das vias de transmissão, que englobam os vários tipos de isolamento.

No contexto de cuidados intensivos, é importante fazer referência às culturas de vigilância referentes aos microrganismos pertencentes ao grupo “ESKAPE”, definido pela Direção Geral de Saúde (2013 a). Este grupo de microrganismos é designado pelo acrónimo anteriormente referido e representa uma preocupação para a comunidade científica devido à sua capacidade para desenvolver resistências aos antimicrobianos. Segundo Dias (2010) este continua a ser um assunto controverso no que se refere à sua aplicação. A problemática reside na extensão destas medidas a todos os doentes ou na sua restrição a um subgrupo de risco, como é o caso dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos.

Outros dos pontos que também não reúne consenso, prende-se com o uso de clorexidina no banho, com o intuito de prevenir a colonização. Dias (2010) refere que este procedimento mostrou ser capaz de diminuir a taxa de colonização, no caso dos *Enterococcus* resistentes à vancomicina e bacteriémias relacionadas com o cateter venoso central. No entanto a divergência mantém-se em relação aos resultados com o MRSA.

Outro dos fatores fundamentais para o controlo da infeção prende-se com o uso de dispositivos que previnam a infeção associada a procedimentos. No contexto de cuidados intensivos, são usados dispositivos com o objectivo de diminuir a infeção associada à manipulação. O exemplo que se destacou durante a passagem por este serviço, foram os sistemas de aspiração fechados. Segundo Lopes e Lopez (2009), o impacto destes sistemas é semelhante em comparação com os sistemas abertos, no que se refere à prevenção da pneumonia associada ao ventilador. No entanto, os autores referem que apesar do sistema fechado aumentar o risco de colonização do trato respiratório, tem como vantagem a manutenção do equilíbrio hemodinâmico durante a aspiração.

Neste contexto, Dias (2010) alerta para o facto das medidas acima referidas deverem ser usadas, apenas quando não é possível baixar a taxa de infeção com outras medidas preventivas, ou em contextos específicos onde o risco é acrescido.

Outro dos pontos importantes desta temática prende-se com a participação nos programas sobre o uso racional de antibióticos e nos processos de vigilância epidemiológica. Também

em contexto de cuidados intensivos, estas iniciativas mostram-se cruciais para a gestão de atividades e recursos, que permitam a implementação de medidas para a prevenção e controlo de infeção.

Todos os pontos anteriormente referidos são passíveis da intervenção do enfermeiro, tendo como finalidade o desenvolvimento e implementação de procedimentos para a prevenção e controlo de infeção. A pertinência do desenvolvimento destas competências, mais uma vez é sustentada pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no seu artigo sexto, onde estão inseridas competências para a implementação de medidas para a prevenção e controlo de infeção.

Objetivo: Refletir sobre a prática de forma crítica, com o intuito de aprofundar conhecimentos sobre problemas ético-legais mais comuns em Unidades de Cuidados Intensivos, de forma a fundamentar a tomada de decisões.

Enquadrado neste objetivo, considerou-se pertinente abordar a temática do transplante de órgãos no contexto do doente crítico, e refletir sobre os conflitos éticos inerentes. Durante o estágio não tive a oportunidade de estar envolvido nos procedimentos associados a este processo, no entanto, considero que a reflexão sobre este assunto é atual e enquadra-se nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde desta unidade.

A pertinência deste tema pode ser corroborada por Araujo e Massarollo (2014), quando referem que as mudanças associadas ao desenvolvimento da ciência, principalmente desde o século XX, levaram a que os profissionais se deparassem com dilemas e conflitos de carácter ético, dos quais emergiram discussões acerca da tomada de decisões nas etapas que envolvem o transplante de órgãos e tecidos. Tendo em conta o que foi anteriormente dito, estes autores sublinham a importância desta temática como forma de promover a reflexão, melhorando desta forma o entendimento acerca do processo de transplante de órgãos e promovendo uma tomada de decisão mais fundamentada e informada.

O transplante de órgãos tornou-se uma opção de primeira linha para tratar a falência terminal orgânica. Na prática, o transplante é um processo constituído por várias etapas, onde a equipa de saúde tem um papel crucial, na gestão dos meios necessários para concretizar o procedimento e na manutenção do potencial dador.

Segundo Barradas (2010), o primeiro passo deste processo é a deteção do dador, que habitualmente é feito em unidades com doentes críticos. Este ocorre após confirmação da morte cerebral. Este conceito pode ser definido como a perda definitiva e irreversível das

funções do tronco cerebral (Gonçalves 2007). Nesta perspetiva a morte cerebral envolve intervenções com o objetivo de uma eventual conservação dos órgãos destinados à transplantação.

Barradas (2010) refere que este processo implica ainda a fase da avaliação, onde são verificados critérios de inclusão e exclusão para o transplante de órgãos. É verificado ainda se existe a inscrição no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). A equipa de saúde deve informar também a família sobre a situação de morte cerebral e sobre os resultados da verificação no Registo Nacional de Não Dadores.

O processo de transplantação envolve ainda a manutenção do potencial dador, que implica um conjunto de medidas que possibilitem a manutenção da estabilidade hemodinâmica, de forma a garantir a viabilidade dos órgãos. É recolhido também material biológico para os testes de histocompatibilidade e virologia.

De acordo com Barradas (2010), após a obtenção dos resultados dos pontos anteriormente referidos, é que poderá ocorrer a aceitação do dador para transplante, sendo essa decisão tomada pelo Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

Segundo Mendes et al (2012) o enfermeiro envolvido no processo de transplante tem uma atuação alargada, devendo prestar cuidados no âmbito da proteção, promoção e reabilitação da saúde dos dadores, recetores e família. Neste processo a autora salienta o papel do enfermeiro no que concerne ao acompanhamento do utente, no período que antecede e procede o transplante, destacando a importância da prevenção e tratamento das comorbidades durante o processo. Mendes (2012) refere ainda que o enfermeiro é um membro vital em todo este processo, que tem como objetivo primordial prestar cuidados com qualidade aos utentes e família envolvidos, tendo em conta uma correta gestão dos recursos disponíveis, sejam eles tecnológicos, logísticos ou humanos, de forma a prestar uma assistência adequada em todo este procedimento.

Neste contexto, Pereira (2004) refere ainda que o papel do enfermeiro abrange várias áreas, que vão desde os procedimentos mais técnicos relacionadas com a manutenção do dador para o transplante, a aspetos legais e logísticos, até ao suporte e acolhimento da família em situação de crise.

Sobre este último ponto, acredito que o enfermeiro tem um papel de relevo na assistência às famílias. Penso que esta transição é difícil para a família e a gestão deste processo

também se mostra complexa para os profissionais de saúde envolvidos. Aplicando a teoria de Meleis (2000), cabe ao enfermeiro identificar os fatores dificultadores deste processo de transição, muitas vezes dominados por emoções, mitos e crenças, e delinear intervenções de enfermagem que facilitem a transição. Posteriormente deverão ainda ser avaliados os padrões de resposta, e efetuadas reformulações se necessário.

Neste contexto, Leske (2002) faz referência a um conjunto de estratégias que devem guiar as intervenções de enfermagem direcionadas para a família envolvida neste processo, que são passíveis de facilitar a transição. A autora refere a identificação de um porta-voz da família e se possível um enfermeiro responsável pelo processo. Estas medidas facilitam a comunicação e a percepção por parte da família, em relação ao estado do seu familiar. Por outro lado, a diminuição da ansiedade da família poderá ser facilitada com ações simples, como por exemplo a explicação dos procedimentos realizados. A autora faz ainda referência à “gestão do ambiente”, como forma de promover o descanso e comunicação. É ainda referida a importância do encaminhamento atempado para ajuda especializada, de forma a facilitar a transição que por si só pode ser complexa.

No entanto, o processo de transplante de órgãos não acarreta somente dificuldades para a família. Também os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, vivenciam conflitos de carácter ético durante este procedimento.

Neste contexto, torna-se pertinente fazer referência ao estudo realizado por Araujo e Massarollo (2014), que menciona precisamente as vivências e conflitos citados pelos enfermeiros. Segundo os autores acima referidos, foram evidenciados pelos profissionais de saúde a dificuldade em aceitar a morte cerebral, que se manifestava segundo os próprios por sentimentos “ambíguos”, durante a prestação de cuidados ao potencial dador. É referida a ambivalência entre o ato de salvar uma vida, com a crença de que o “coração ainda bate”, apesar da morte cerebral estar diagnosticada.

Araujo e Massarollo (2014) referem ainda como um dos maiores conflitos vivenciados pelos enfermeiros, o ato de desligar o ventilador mecânico em casos de morte cerebral, sem critérios para a doação de órgãos. Nestes casos, apesar dos protocolos e legislação para o efeito, a desconexão do ventilador é sentida por vezes como um “desinvestimento” no doente, numa situação em que “o coração continua a bater”. Em suma, é referida uma dificuldade de aceitação da morte encefálica, em detrimento da morte por paragem cardiorrespiratória.

Outras das dificuldades referidas pelos profissionais de saúde, prende-se com o esclarecimento dos familiares e com a adoção de estratégias adequadas para “lidar” com a sua reação, perante uma notícia de morte cerebral e suas implicações.

Araujo e Massarollo (2014) referem ainda como sendo passíveis de interferir negativamente no processo de doação de órgãos, as crenças religiosas, a falta de comunicação e a escassez de recursos humanos.

De uma forma geral, este estudo qualitativo refere que os enfermeiros perante conflitos, usam o diálogo para a tomada de decisões. No entanto, não fica esclarecido em que se baseiam os profissionais de saúde para tomar as decisões face ao conflito. Por outro lado, os autores anteriormente referidos mencionam que existe uma preocupação com os aspetos legais e o princípio da beneficência.

No mesmo contexto, é importante referir alguns dos aspetos pertinentes desta temática que foram divulgados por Barradas (2010) no seu estudo. Um destes aspetos menciona que os enfermeiros não manifestaram de uma forma geral “tristeza e desconforto” com a doação de órgãos. No entanto, é referido por este autor que os enfermeiros com mais conhecimentos e experiência nesta área valorizam mais o transplante de órgãos, no contexto da melhoria da qualidade de vida dos receptores. Por sua vez, aqueles com menos conhecimentos não se manifestavam tão “sensíveis” em relação à transplantação de órgãos. Por outro lado, o mesmo autor refere que os enfermeiros mostram-se “indecisos” em considerar os cuidados aos receptores de órgãos uma “experiência gratificante”.

Apesar de não ter participado no processo de transplante de órgãos durante o estágio, acredito que este tema é sensível e com um cariz muito pessoal, moldado pelas experiências pessoais e profissionais, pelo que os resultados nem sempre se mostram uniformes no que se refere às experiências e aos “dilemas éticos”. Neste contexto, é de referir ainda que esta reflexão permitiu aprofundar conhecimentos sobre o processo de transplante de órgãos e refletir sobre possíveis conflitos éticos a ele associados, consolidado desta forma conhecimentos relevantes para a tomada de decisões nesta área.

2.3 - Módulo III - Comissão de Controlo de Infeção

No passado, os hospitais geriam a prestação de cuidados numa vertente muito humanitária e pouco direcionada para os aspetos científicos. No entanto, o trabalho levado a cabo por Lister e Florence Nightingale marcou um “ponto de viragem”, permitindo desenvolver conceitos sobre controlo de infeção hospitalar (Pereira e Pita, 2005). Hoje em dia alguns desses conceitos continuam pertinentes e atuais, exemplo disso é o fato da higienização das mãos continuar ser um ponto de grande relevo no programa de controlo de infeção.

Atualmente em Portugal, a Direção Geral de Saúde (2007 b) reconhece as infeções associadas aos cuidados de saúde como um problema nacional, que afeta a qualidade dos cuidados prestados bem como a segurança e qualidade de vida das pessoas que recorrem aos serviços de saúde. Estes fatores por sua vez têm impacto nos custos em saúde.

Nesta perspetiva, o Programa Nacional de Controlo de Infeção criado em 1999 assume um papel crucial, para conhecer a dimensão desta problemática e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção, através da identificação e modificação das práticas de risco. A execução deste programa fica confiada às Comissões de Controlo de Infeção.

Na sequência do que foi anteriormente referido, a Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar do Porto (2012, p1) afirma que *“é necessário manter na instituição uma cultura proactiva, em que o controlo de infeção é integrado nas atividades diárias dos serviços porque constitui a boa prática de prestação de cuidados”*. Este documento refere ainda que o Programa Global de Controlo de Infeção *“... deve assegurar o custo efetividade através da criação de condições de funcionamento da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar e de uma clara e sistemática expressão pública do seu desempenho nesta atividade”* (Comissão de Controlo de Infeção 2012, p2).

Nesta perspetiva o Centro Hospitalar do Porto engloba nas atividades da Comissão de Controlo de Infeção os seguintes pontos (Comissão de Controlo de Infeção 2012):

- Elaboração do plano operacional de prevenção e controlo de infeção e sua implementação;

- Condução da vigilância epidemiológica de acordo com os programas preconizados pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- Monitorização do risco de infeção associado a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos;
- Avaliação do risco biológico e emissão das respetivas recomendações;
- Participação no planeamento e execução de obras com o intuito de prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras ações de prevenção de infeção, tanto à escala nacional como internacional.

No que diz respeito ao papel do enfermeiro na Comissão de Controlo de Infeção a Ordem dos Enfermeiros (2010), refere a importância de uma intervenção no âmbito da melhoria da qualidade, onde é feita a gestão do risco a nível institucional. A corroborar o que foi anteriormente mencionado, é referido que o enfermeiro “*Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo de infeção.*” (Ordem dos Enfermeiros 2010, p3).

Segundo Cardoso e Silva (2004) a enfermagem tem um papel crucial dentro da Comissão de Controlo de Infeção, pois é considerada a categoria profissional que tem maior contato com o utente, no que se refere ao fator temporal. Segundo estes autores, o papel do enfermeiro engloba a gestão e orientação dos profissionais de saúde, no que diz respeito à prevenção e controlo de infeções e a contribuição com medidas específicas, para que não ocorra disseminação de microrganismos.

Por outro lado, Barbosa (2007) refere que entre as atividades dos enfermeiros no seio desta Comissão destacam-se o diagnóstico e notificação dos casos de infeção associada aos cuidados de saúde, a avaliação e orientação na implementação das medidas de isolamento e prevenção da disseminação de microrganismos e implementação de medidas preventivas ou corretivas no contexto da prevenção e controlo da infeção. A autora realça ainda o papel do enfermeiro como “elo de ligação” entre todos os setores do hospital com o intuito de disseminar as ações de prevenção e controlo de infeção.

Após conhecimento dos projetos e objetivos desta Comissão e de forma a manter a coerência com as atividades aqui desenvolvidas, foram definidos e ajustados os seguintes objetivos para este estágio.

Objetivo: Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da prevenção e controlo de infeção, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

O objetivo acima referido foi dirigido especificamente para a temática do MRSA, no contexto do pé diabético. Este ajuste deveu-se por um lado, ao facto deste assunto constituir uma preocupação para esta Comissão, e por outro, pela possibilidade de ter um papel mais ativo nesta área, já que exerço funções no serviço que engloba esta valência.

A pertinência deste tema é ainda sustentada por uma percentagem de infeções por este agente superior a 50%, que foi divulgada pela Direção Geral de Saúde (2013 a). Neste sentido, o desenvolvimento de um projeto para a prevenção e controlo de infeção tornou-se pertinente, pelo que foi elaborado um protocolo de orientação (Anexo V) que pretende ajudar a definir metodologias para a prevenção e controlo de infeção/colonização por MRSA, nos doentes internados com úlceras do pé diabético.

Nesta perspetiva, serão abordados um conjunto de fatores que demonstram a pertinência da criação de um protocolo direcionado para esta temática.

Constata-se que segundo a International Diabetes Federation (2013), existem hoje em dia cerca de 382 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus em todo mundo, sendo que a previsão feita para 2035 aponta para 471 milhões de pessoas. Portugal segue esta tendência, pois segundo a Direção Geral de Saúde (2014 d), existem em Portugal 13% de pessoas com diabetes.

Com esta patologia advêm várias complicações e uma suscetibilidade à infeção acrescida. Entre elas encontra-se o pé diabético, responsável por repercussões graves a nível da saúde, a nível social e económico, onde representa 12% a 15% dos gastos em saúde nos países desenvolvidos (International Working Group on the Diabetic Foot, 2011).

Segundo o autor anteriormente referido, a diabetes é considerada a primeira causa de amputação não traumática em todo mundo, e segundo as estimativas a cada vinte segundos um membro é amputado devido à diabetes, em alguma parte do mundo. Em Portugal, a

Direção Geral de Saúde (2014 d) refere que o número de amputações associadas à diabetes foi de 1556, verificando-se uma trajetória de crescimento nos dois últimos anos.

Tendo em conta que uma grande parte das complicações associadas ao pé em pessoas com diabetes pode implicar o desenvolvimento de uma úlcera, onde por sua vez o risco de infeção é acrescido (International Working Group on the Diabetic Foot, 2011), o tratamento assenta entre outros, no uso de antibioterapia, que segundo Neves et al. (2013), deverá ser de largo espectro. Segundo este autor, para tal contribui o facto de serem frequentemente infeções polimicrobianas, onde está presente o MRSA.

Neste contexto, este agente representa uma preocupação adicional, devido à possibilidade de desenvolvimento de resistências aos antimicrobianos (Direção Geral de Saúde 2013 a) e por essa razão está incluído no grupo de bactérias que para a comunidade científica representa uma “especial preocupação”, estando integrado no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos da Direção Geral de Saúde.

Este agente tem impacto significativo no pé diabético, pelo que o controlo e prevenção da infeção são cruciais. As intervenções a levar a cabo para prevenir a disseminação destas infeções a nível hospitalar, devem estar dirigidas de forma a travar a transmissão horizontal, seja de forma direta, que está relacionada com a auto-infeção ou transmissão cruzada, quando os veículos de transmissão são os profissionais de saúde (Direção Geral de Saúde 2007 a), seja de forma indireta, através de um veículo ou hospedeiro intermediário (Direção Geral de Saúde 2007 a).

Nesta perspectiva, as recomendações para as precauções de isolamento da Direção Geral de Saúde (2007 a), evidenciam um conjunto de medidas que se tornam fundamentais para prevenir e controlar a disseminação deste agente. Uma prende-se com a implementação das precauções básicas de controlo de infeção e outra com a implementação de precauções dependentes das vias de transmissão, que no caso do MRSA, dizem respeito ao isolamento de contato. Para além destes fatores, Tacconelli (2008) faz referência ainda ao uso judicioso dos antimicrobianos, como forma de prevenção da disseminação do MRSA nos serviços de saúde.

Em continuidade com o que foi anteriormente referido, Pirett (2011) refere que nas pessoas hospitalizadas são vários os fatores relacionados com o risco de colonização e infeção por MRSA. Entre eles é de salientar a história de hospitalização prévia/recente; internamentos

prolongados; exposição a antibioterapia recente; procedimentos cirúrgicos; uso de dispositivos invasivos e presença de feridas na pele que estão colonizadas. Muitos dos fatores anteriormente referidos fazem parte da realidade das pessoas com úlceras de pé diabético, pelo que o risco de colonização/infeção por este agente é evidente.

Nesta perspetiva, o Institute for Innovation and Improvement (2008), reforça a importância dos protocolos, mencionando que a normalização da prática diminui a variabilidade no tratamento de pacientes com os mesmos problemas. Na mesma linha de pensamento a Direção Geral de Saúde (2008), considera pertinente a elaboração de normas e procedimentos de boas práticas no âmbito da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, como sendo medidas dentro do campo de ação da Comissão de Controlo da Infeção.

Perante o que foi anteriormente exposto, desenvolveu-se um protocolo direcionado para esta temática com vista a uniformizar práticas e procedimentos, contribuindo assim para a prevenção da infeção e qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

A corroborar o que foi anteriormente referido, a Ordem dos Enfermeiros (2010) destaca no artigo sexto, as competências do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, onde estão inseridas competências para a implementação de medidas para a prevenção e controlo de infeção.

Para a construção deste protocolo utilizaram-se referências bibliográficas com alto nível de evidência, emitidas por entidades com reconhecida idoneidade. Para além das referências bibliográficas anteriormente referidas, foi usada a Norma 005/2011 da Direção Geral de Saúde (2011) referente ao diagnóstico do Pé Diabético. Esta aborda os critérios para a avaliação do pé em pessoas com Diabetes Mellitus e sua classificação de acordo categorias de risco. Foi consultada a Norma 05/PNPCD da Direção Geral de Saúde (2010), onde são abordados os pontos cruciais da prevenção e controlo da Diabetes Mellitus. Esta engloba os pontos-chave da abordagem do Pé Diabético que são, a avaliação, prevenção e tratamento; a utilização de indicadores para a avaliação e monitorização e a organização dos cuidados de saúde por níveis, onde são definidos objetivos para cada um dos níveis no contexto das competências na abordagem ao Pé Diabético.

Por outro lado, foram abordados e incluídos no documento as precauções básicas do controlo de infeção descritas na Norma 029/2013 da Direção Geral de Saúde (2013 b),

onde estão inseridos os critérios de suporte para a aplicação desta norma. Foi ainda tida em conta a orientação emitida pela Direção Geral de Saúde (2013 c), referente à prevenção da infeção na ferida crónica. Esta aborda pontos-chave como, os princípios gerais para avaliação global do doente e as recomendações para a prevenção da infeção na ferida crónica.

No que diz respeito à elaboração do protocolo deparei-me com algumas dificuldades. Estas centraram-se na necessidade de construir um texto com carácter científico, mas com um estilo atrativo, de fácil leitura e interpretação.

A criação deste documento permitiu aprofundar conhecimentos nesta área e desenvolver competências para a criação de uma estratégia (o protocolo de orientação) para melhorar o controlo de infeção neste contexto, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes.

Objetivo: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos nos programas de vigilância epidemiológica e participar nas ações de vigilância relacionadas com este processo.

Enquadrado neste objetivo de estágio, tive a oportunidade de participar no processo de vigilância epidemiológica, que é considerado um fator importante para a prevenção e controlo de infeção. Segundo a Direção Geral de Saúde (2007 b, p7) a vigilância epidemiológica consiste “...no registo contínuo e sistemático, na análise e interpretação da informação de retorno referente às infeções nosocomiais. ”.

Integrado na vigilância epidemiológica encontra-se o programa “HELICS” (Hospital in Europe Link for Infection Control trough Surveillance), que está dirigido para as infeções do local cirúrgico, unidades de cuidados intensivos e neonatais. Este encontra-se integrado no Programa Nacional de Controlo de Infeção, que por sua vez tem como base a Rede Europeia de Vigilância Epidemiológica.

Segundo o Programa “HELICS” da Direção Geral de Saúde (2007 c), os objetivos específicos deste projeto para as cirurgias, prendem-se com a redução das infeções do local cirúrgico, incentivando a prática das recomendações existentes com a correção de práticas específicas e a implementação de novas práticas de carácter preventivo.

Neste contexto, o tipo de cirurgias a incluir na base de dados foca-se nos procedimentos cirúrgicos mais comuns, permitindo desta forma uma interpretação similar nas várias instituições. Os indicadores produzidos por este programa, têm em linha de conta os fatores de risco dos doentes cirúrgicos pelo que a taxa de infeção é estratificada de acordo com o nível de risco.

Foi-me dada a oportunidade de participar no processo de vigilância epidemiológica especificamente direcionado para as cirurgias. Neste contexto, apercebo-me da sua extrema importância para o conhecimento das infeções mais comuns associadas ao local cirúrgico, fornecendo desta forma um contributo fundamental para refletir e melhorar os procedimentos associados às cirurgias. Verifico ainda que, os dados produzidos poderão funcionar como um elemento consciencializador, no que se refere à prevenção e controlo de infeção.

Neste processo deparei-me com algumas dificuldades, que se prenderam com o facto dos formulários do “HELICS” que devem ser preenchidos em cada cirurgia, por vezes estarem incompletos, dificultando a interpretação dos dados. Como exemplo menciono a classificação do objetivo da antibioterapia (profilaxia ou terapêutica) que nem sempre é coerente com a data de início e de fim da prescrição do antibiótico.

Particpei ainda no processo de vigilância epidemiológica baseado no programa “Vigi@ct”. Este processo é feito com a colaboração do laboratório de microbiologia, que notifica à Comissão de Controlo de Infeção todas as bactérias epidemiologicamente relevantes, identificadas nos doentes internados há mais de 48 horas. Segundo a Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar do Porto (2012), trata-se de um processo seletivo, ativo e prospetivo. Os resultados são investigados pelo enfermeiro desta Comissão, a fim de perceber se é uma infeção nosocomial, colonização ou contaminação. Posteriormente este colabora com os profissionais de saúde dos vários serviços, quando necessário, no sentido de apoiar na tomada de decisões em relação às medidas a tomar.

Após participar e refletir sobre a metodologia deste processo, verifico que esta depende dos pedidos de colheita efetuados e das colheitas para exame microbiológico. Todos os fatores anteriormente referidos influenciam a investigação levada a cabo para identificar a infeção. Neste processo é de realçar ainda o papel crucial do enfermeiro, em relação ao rastreio da “origem” da infeção, de forma a atribuir a infeção ao serviço onde esta foi adquirida. Este

procedimento torna-se difícil devido à dispersão dos dados clínicos, no entanto é fulcral para que os resultados da vigilância epidemiológica sejam rigorosos.

Este programa tem ainda um papel crucial na deteção de surtos, pois permite obter a informação em tempo real, fatores que são de grande relevância em vigilância epidemiológica.

Durante o processo de vigilância epidemiológica com o programa “Vigi@ct”, foi detetado o aumento de incidência de uma bactéria multirresistente que pertence ao grupo “*ESKAPE*”, definido pela Direção Geral de Saúde (2013 a). Perante este evento, foi efetuado um levantamento de dados para seguimento do caso. Posteriormente as medidas tomadas pelo enfermeiro, visaram controlar a disseminação do agente. Para tal foi efetuada uma visita ao serviço, com o intuito de colaborar com os profissionais de saúde na deteção e correção de fatores de risco ambientais ou alterações das dinâmicas de funcionamento do serviço, que possam ter despoletado esta situação. Esta estratégia teve um resultado positivo, que em grande parte se deveu a uma atuação em “tempo real”. O trabalho proativo e de parceria da Comissão de Controlo de Infecção mostrou-se produtivo, no que se refere à deteção do agente e procura de soluções junto dos serviços para o controlo da situação.

Outros dos indicadores de vigilância epidemiológica usados é a incidência, que diz respeito aos novos casos de infeção na instituição, em relação ao número de doentes admitidos num determinado período. Esta estratégia também permite atuar em “tempo real”.

É usada ainda a prevalência, que representa um estudo transversal que abrange todos os doentes internados num único dia, permitindo de forma rápida caracterizar as infeções associadas aos cuidados de saúde. Não foi possível participar neste processo, porque as datas da sua realização não coincidem com este estágio.

Com este objetivo verificou-se que o enfermeiro tem um papel fulcral no processo de vigilância epidemiológica, não só a nível hospitalar como nos cuidados de saúde primários. Por um lado, os conhecimentos abrangentes e especializados do enfermeiro, aliados à sua experiência no terreno podem ser uma mais-valia para a análise e interpretação dos dados epidemiológicos. Por outro lado, segundo Oliveira e Takahashi (2011), a atuação de enfermagem na vigilância epidemiológica tem início na fase de pré-diagnóstico, e contempla a colheita de informações que auxiliam a deteção de casos de doença, a

elaboração de diagnósticos e colheita de espécimes para análise. Estes autores referem ainda que após a confirmação do diagnóstico, outras das funções do enfermeiro passa pela notificação e acompanhamento do caso com o intuito de detetar situações de endemia e epidemia. Nesta situação, o enfermeiro dos cuidados de saúde primários assume um papel de relevo, que envolve entre outros a vacinação e ações de educação para a saúde.

Corroborando o que foi anteriormente referido, Oliveira e Takahashi (2011, p222), afirmam que *“A atuação da enfermeira é fundamental quando a doença exige um tratamento prolongado e adoção de novos hábitos e comportamentos, visando a prevenção de intercorrências que resultem no atraso ou impeçam a recuperação do doente”*.

Os autores salientam que o enfermeiro deve trabalhar ainda na criação de vínculos com o utente, de forma a promover a adesão ao regime terapêutico, evitando que este delegue as responsabilidades nos profissionais de saúde e permitindo desta forma que o utente se torne um elemento mais ativo neste processo.

Em suma, a vigilância epidemiológica tem uma importância significativa na gestão de atividades e recursos de prevenção e controlo de infeção. Ao aprofundar conhecimentos nesta área, verifiquei que esta pode ser uma ferramenta relevante na avaliação do impacto dos programas de controlo de infeção instituídos. Verifico ainda, que o processo de vigilância epidemiológica tem especial relevo na deteção de “mudanças agudas” na distribuição de doenças, como por exemplo nos surtos. Neste contexto, acredito ter desenvolvido uma maior sensibilidade no que diz respeito à deteção destas “mudanças agudas”, o que por sua vez permitiu desenvolver competências no que se refere à deteção de surtos. Por outro lado, este objetivo permitiu ainda desenvolver competências na identificação e análise de tendências e padrões no processo saúde/doença.

Objetivo: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos perante situações complexas e imprevistas, no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2014 b), foi detetado na África Ocidental um surto de doença por Vírus Ebola, que afetou vários países. Posteriormente, foram detetados novos casos na Europa e Estados Unidos da América.

Por se tratar de um tema atual, no qual a Comissão de Controlo de Infeção tem um papel ativo e de relevo, foi importante fazer referência a este surto, incluindo-o nos objetivos traçados para este estágio.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2014 b), perante um caso suspeito o profissional de saúde deve contactar telefonicamente a Direção Geral de Saúde. Caso exista a confirmação de infeção pelo Vírus Ebola, esta entidade é responsável por contactar o INEM para articular o transporte para o hospital de referência.

Na presença de um doente suspeito, a Direção Geral de Saúde (2014 b) preconiza que os profissionais de saúde devem colocar o doente em isolamento, se possível, em quarto de pressão negativa, sendo a mobilidade limitada ao indispensável. Caso a situação clínica do doente o permita este deve usar máscara de procedimentos.

É de referir também que após validação de um caso, a Direção Geral de Saúde irá proceder à vigilância dos contactos próximos do doente.

A Direção Geral de Saúde (2014 c) refere que os profissionais de saúde deverão usar equipamentos de proteção individual para agentes biológicos de tipo 4. Os resíduos deverão ser triados para o grupo IV.

Todos os pontos anteriormente citados relativos às normas, tornam-se importantes para contextualizar e compreender o papel do enfermeiro neste caso. Nesta perspetiva, as funções do enfermeiro desta Comissão estão enquadradas no Ofício Circular Nº 01996 (1997), que faz referência à participação na elaboração de normas/recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem, na área de controlo de infeção bem como na sua monitorização.

Enquadradas nas funções do enfermeiro, este caso permitiu-me participar no planeamento de ações de carácter preventivo, em caso de suspeita/confirmação de doença por Vírus Ebola. Neste contexto, foi definido um plano de formação para os profissionais de saúde, que vai incluir o treino sobre o uso dos equipamentos de proteção individual recomendados. Foram ainda definidos circuitos alternativos para os doentes com suspeita/confirmação de infeção por este agente, de forma a garantir que a cadeia de transmissão seja interrompida. Tive ainda a oportunidade de participar na avaliação dos “kits” com os equipamentos de proteção individual para agentes biológicos de tipo 4. Esta tarefa envolveu a colaboração do serviço de aprovisionamento, onde o objetivo foi conhecer todas as opções disponíveis no que diz respeito aos equipamentos, de forma a escolher aquela que fornece a proteção adequada para os profissionais de saúde.

É importante referir que o papel do enfermeiro poderá englobar ainda a monitorização do cumprimento dos procedimentos de biossegurança e proteção. A colaboração no fornecimento de informação atualizada e atempada, ao Conselho de Administração e às autoridades da Saúde Pública poderá ser tida em conta.

As dificuldades encontradas durante a fase inicial deste processo de planeamento, estiveram focadas na seleção dos equipamentos de proteção individual. No caso das máscaras verificou-se que as recomendações nacionais e internacionais eram diferentes, pelo que até nova indicação/recomendação, foi adotado o respirador de partículas “EN95”. Esta escolha foi sustentada no facto de ser um respirador testado para fluídos (incluindo sangue) projetados até uma pressão de 160 mmhg. Por outro lado, este equipamento é recomendado pelo Center for Disease Control and Prevention.

Outras das dificuldades sentidas perderam-se com a escolha entre o fato “tipo macacão” ou bata e touca. Neste caso, a estratégia utilizada para optar pelo equipamento mais adequado, foi garantir o nível de proteção mais elevado. No entanto, o treino sobre a técnica correta para vestir e despir o equipamento será indispensável para prevenir a contaminação, principalmente durante a remoção do mesmo, momento em que o risco é mais elevado. Para minimizar o risco, a estratégia definida vai ainda envolver a assistência de uma pessoa no momento de remoção do equipamento de proteção individual.

A gestão do plano de formação e treino dos profissionais de saúde, com os equipamentos de proteção individual também será um desafio, devido à quantidade de profissionais envolvidos.

Outro dos desafios envolve a definição de circuitos alternativos para os utentes com suspeita/confirmação de infeção por este vírus. Neste caso, terá de ser feita uma adaptação de acordo com as infraestruturas e dinâmicas dos serviços onde estas medidas vão ser implementadas, de forma a garantir que todas as medidas de prevenção e controlo de infeção sejam cumpridas. Inicialmente serão envolvidos departamentos estratégicos onde o risco poderá ser maior, como é o caso do Serviço de Urgência e Consulta do Viajante.

De uma forma geral, todo o planeamento mencionado neste objetivo permitiu aprofundar conhecimentos e conhecer as funções de uma Comissão de Controlo de Infeção na preparação de uma resposta perante um possível surto. Por outro lado, pode constatar o quanto é difícil organizar uma resposta adequada e abrangente, perante uma situação tão

complexa, grave e imprevista como esta. Foram ainda desenvolvidas competências no que diz respeito à seleção e correto manuseamento dos equipamentos de proteção individual para agentes biológicos de tipo 4.

Objetivo: Colaborar com o enfermeiro especialista no processo de supervisão e monitorização, dos procedimentos de controlo de infeção.

Neste objetivo foi previsto colaborar com o enfermeiro especialista no processo de supervisão e monitorização da implementação de procedimentos de controlo de infeção, mais especificamente no que se refere à realização de auditorias. No entanto, não foi possível participar devido ao facto de não estar agendada nenhuma auditoria para o período em que permaneci nesta Comissão.

No entanto, considereei pertinente fazer referência ao processo de monitorização da higiene das mãos, por um lado, devido à sua importância no que se refere ao impacto no controlo de infeção e por outro, por se tratar de uma campanha internacional de relevo.

Segundo o Relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos da Direção Geral de Saúde (2014 a), esta campanha está inserida na estratégia proposta pela World Alliance for Patient Safety da Organização Mundial de Saúde. A campanha pretende implementar a higiene das mãos de forma padronizada, promovendo uma diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde e um maior controlo das resistências aos antimicrobianos. No entanto, a sua principal “meta” prende-se com a adesão dos profissionais de saúde a esta prática.

No que se refere ao processo de monitorização da higiene das mãos, o Manual para os Observadores da Direção Geral de Saúde (2009), refere que o objetivo da observação da higiene das mãos é verificar o nível de adesão, bem como a qualidade no desempenho dos procedimentos.

Os factos anteriormente referidos tornam-se pertinentes para compreender o papel do enfermeiro neste processo. Tendo em conta este ponto de vista, a principal função dos observadores no qual o enfermeiro está integrado, é observar as práticas e obter dados sobre a higiene das mãos de acordo com a metodologia proposta. Este procedimento é feito de forma direta, durante o turno normal de trabalho dos profissionais de saúde. Para tal o observador preenche um formulário fornecido pelo Ministério da Saúde, concebido para satisfazer as necessidades dos observadores e tendo em conta os requisitos de uma análise

manual onde não são usados computadores. No final é calculada a taxa de adesão, que é a razão entre o número de ações e o número de oportunidades para higienizar as mãos.

Segundo os números do Relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos da Direção Geral de Saúde (2014 a), a taxa de adesão dos profissionais de saúde a este procedimento (Hospitais e Cuidados de Saúde Primários) foi de 68%, verificando-se um aumento de 2% relativamente a 2011. Também se verificou um aumento do número de oportunidades observadas, relativamente aos anos anteriores.

No que se refere à taxa de adesão por momentos, os números nacionais vão de encontro aos desta Comissão. Verifica-se por um lado, uma maior adesão após risco de exposição a sangue ou fluídos orgânicos. Por outro lado, verifica-se que o momento antes do contato com o doente é o que tem a menor adesão.

Após refletir sobre esta temática, percebo que conhecer a taxa de adesão e a qualidade dos procedimentos é fundamental para direcionar as intervenções de acordo com as necessidades dos profissionais. Por outro lado, apercebo-me que o processo de sensibilização e mudança de comportamentos é um desafio muito exigente, pelo que envolve um projeto complexo levado a cabo por uma equipa multidisciplinar.

Apesar de não ter participado no processo de auditoria da lavagem das mãos, este objetivo permitiu compreender de forma mais abrangente o mecanismo de observação que envolve a lavagem das mãos, e a função do enfermeiro neste processo de monitorização. Com os conhecimentos aqui desenvolvidos acredito que a minha consciencialização perante esta temática sai reforçada, bem como a necessidade de colaborar de forma mais ativa com os interlocutores locais da Comissão de controlo de Infecção.

3-Conclusão

De acordo com Santos (2008), a qualidade dos cuidados prestados aos utentes depende dos conhecimentos e competências desenvolvidas, através do processo formativo. Nesta perspetiva, este relatório representa o culminar de um percurso, onde foram desenvolvidos conhecimentos e competências inerentes à Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio teve um papel facilitador no processo de aprendizagem, pois permitiu fazer a “ponte” entre a teoria e a prática. É importante salientar ainda que os três locais de estágio por onde passei foram distintos, no que se refere às experiências proporcionadas, bem como às habilidades e competências desenvolvidas. Esta diversidade permitiu enriquecer todo o processo de formação, promovendo ainda a partilha de experiências.

Neste contexto, conclui-se que os objetivos que foram traçados ao longo dos vários campos de estágio foram atingidos. No que diz respeito às atividades levadas a cabo para concretizar estas metas, verificou-se que foram adequadas. É de realçar ainda a importância do projeto de estágio, que operou como “fio condutor” para orientar todo este percurso.

O Serviço de Urgência pela sua diversidade de situações permitiu o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e projetos muito diversificados. Perante uma situação problema, fui capaz de desenvolver uma estratégia centrada numa ação de formação, promovendo desta forma o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem. Acredito que este projeto contribuiu para estimular a mudança de comportamentos, que tenham potencial para melhorar os cuidados prestados aos utentes.

Ao conhecer em detalhe o protocolo para o controlo de infeção por MRSA, desenvolvi conhecimentos nesta área e consegui compreender a importância da partilha de informação entre níveis de cuidados, e seu impacto na prevenção e controlo de infeção.

A necessidade de explorar a temática do consentimento informado neste serviço, criou a possibilidade de refletir e aprofundar conhecimentos. Permitiu ainda reforçar a minha

consciencialização acerca da prioridade e do impacto que este tema tem no contexto do serviço de urgência, onde poderá existir uma pressão associada ao ritmo frenético na realização dos procedimentos, por vezes associada à grande afluência de doentes.

O envolvimento na prestação de cuidados foi importante para conhecer a dinâmica deste serviço e suas particularidades, nomeadamente no que se refere à elaboração dos planos de cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva, verifiquei que a elevada rotatividade dos utentes, aliados aos “things” a cumprir, dificultam o desenvolvimento de planos de enfermagem mais elaborados. Neste contexto, a transmissão da informação e a continuidade dos planos de cuidados tornam-se cruciais.

O módulo II referente à Unidade de Cuidados Intensivos foi na minha opinião o mais diferenciado no que se refere à prestação de cuidados. A exploração desta nova área de conhecimento, permitiu desenvolver conhecimentos no que se refere à abordagem do doente crítico, e também competências no âmbito das funções do enfermeiro especialista.

Ao identificar a possibilidade de melhorar procedimentos no que se refere à manipulação e administração de fármacos sólidos, através de sonda gástrica, acredito ter contribuído para otimizar a segurança do tratamento, através da uniformização dos procedimentos. Por outro lado, com o desenvolvimento de uma temática enquadrada na realidade deste serviço, acredito ter contribuído para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem.

Uma reflexão sobre a metodologia utilizada para avaliar o *delirium*, permitiu aprofundar conhecimentos sobre este tema. Verifiquei ainda que a adesão em relação à avaliação desta condição poderia ser melhorada. No entanto, o curto período de tempo a que se resumiu este estágio, não foi suficiente para conhecer os motivos desta fraca adesão. Neste contexto, acredito ter contribuído para o desenvolvimento de uma estratégia passível de ser posteriormente trabalhada, de forma a melhorar a adesão na avaliação do *delirium*.

Apesar da prevenção e controlo de infeção ser uma área transversal à prestação de cuidados, houve a oportunidade de aprofundar conhecimentos um pouco mais direcionados para o contexto de cuidados intensivos. Estes centraram-se essencialmente em procedimentos usados para diminuir o risco de infeção e disseminação de microrganismos.

Durante o período em que permaneci nesta unidade não surgiu oportunidade para participar no processo de transplante de órgãos. No entanto, a “curiosidade” despertou a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área. Desta forma, consegui entender este

procedimento de forma mais clara, bem como as funções do enfermeiro e alguns dos potenciais conflitos éticos vivenciados.

O estágio na Comissão de Controlo de Infeção marcou de forma positiva o meu desenvolvimento profissional. Por um lado, foi o primeiro serviço fora da prestação de cuidados diretos ao utente, em que estive envolvido. Por outro, foi a oportunidade ideal para desenvolver conhecimentos e projetos numa área pela qual tenho grande interesse.

Nesta perspetiva, a elaboração de um protocolo permitiu por um lado, desenvolver competências na construção deste tipo de documentos e por outro, aprofundar conhecimentos na vertente da prevenção e controlo de infeção por MRSA, no contexto do pé diabético. A recetividade deste documento por parte da Comissão foi positiva, pertinente e de grande interesse para a “normalização” dos procedimentos e para a promoção da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

A participação no processo de vigilância epidemiológica, permitiu explorar os mecanismos e programas utilizados para detetar mudanças na incidência e distribuição dos agentes infecciosos. Por outro lado, foi útil para compreender o papel do enfermeiro neste processo. Acredito ainda que os procedimentos associados à vigilância epidemiológica, desenvolveram a sensibilidade no que diz respeito à detecção de mudanças agudas no processo de distribuição de doenças, que por sua vez permitiu desenvolver aptidões no que se refere à detecção de surtos. Neste contexto, foi fundamental o acompanhamento da equipa da Comissão de Controlo de Infeção nos casos práticos que surgiram ao longo do estágio.

Com o intuito de acompanhar o trabalho desta Comissão, incorporei nos objetivos a temática do Vírus Ebola. Isto permitiu-me por um lado, aprofundar conhecimentos sobre esta doença. Por outro lado, tive a oportunidade de acompanhar e conhecer o papel do enfermeiro, perante um caso inesperado e complexo como foi este surto. Nesta situação, colaborei no desenvolvimento de ações de carácter preventivo, levadas a cabo para dar resposta a possíveis casos provocados por este vírus. Esta tarefa despertou a minha consciencialização, acerca da dificuldade e complexidade para desenvolver e aplicar um plano de prevenção e controlo de infeção perante um caso de surto.

Apesar de não terem surgido oportunidades para participar em processos de auditoria, considerei pertinente desenvolver a temática da higiene das mãos. A escolha deste assunto

deveu-se à sua extrema importância na prevenção e controlo de infeção. Desta forma, consegui compreender de forma mais clara o mecanismo de observação que envolve a lavagem das mãos, e a função do enfermeiro neste processo de monitorização.

No que diz respeito à metodologia utilizada e estrutura adotada para este relatório, acredito que favoreceram a análise retrospectiva das experiências vivenciadas, e das atividades e competências desenvolvidas. Por outro lado, este trabalho contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de síntese e espírito crítico.

Como sugestão, saliento a pertinência de refletir sobre a possibilidade do estágio na área de controlo de infeção, deixar de ser opcional. Acredito que os conhecimentos e competências que esta área pode oferecer, são transversais e de extrema importância em qualquer área da prestação de cuidados ou gestão. Penso que, o controlo de infeção é uma das “pedras basilares” da prestação de cuidados de saúde com segurança e qualidade, daí que o desenvolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências práticas nesta área ser imprescindível, seja qual for o local onde os formandos exerçam funções.

Outra das sugestões que gostaria de deixar prende-se com a continuação dos projetos que foram desenvolvidos nos locais de estágio. Na Comissão de Controlo de Infeção, seria pertinente dar continuidade ao trabalho desenvolvido na temática do MRSA em úlceras de pé diabético. Para tal, fica a sugestão para desenvolver um projeto que permita distinguir de forma mais precisa, os casos de MRSA adquiridos na comunidade, daqueles que foram adquiridos no meio hospitalar. Apesar de ser um projeto que provavelmente necessitará de um maior período de tempo para ser desenvolvido, acredito que terá utilidade para aperfeiçoar e diferenciar protocolos e procedimentos a nível dos cuidados de saúde primários e cuidados prestados aos utentes internados.

No contexto da Unidade de Cuidados Intensivos, gostaria de realçar a pertinência de “trabalhar” a estratégia delineada para melhorar a adesão do *delirium*. Acredito que o sucesso deste plano passará pela participação e envolvimento de toda a equipa, que por sua vez levará inevitavelmente a ajustes, cruciais para o êxito do projeto. No entanto, os ganhos em saúde que daí possam advir, serão de extrema importância para a qualidade dos cuidados prestados ao utente.

4-Referências Bibliográficas

- Adriano R., Carvalho R., Cassiani S., Faria L., Zago K. (2013). Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol26, pp.7-150.
- American Diabetes Association (2015). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. Vol38, Suplemento 1. S1-S93.
- American Diabetes Association (2006). American College of Endocrinology and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Diabetes and Glycemic Control. – A call to action. *Diabetes Care*. Vol 29, Nº 8.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washinton DC. 4ª Edição.
- Araujo M., Massarollo M. (2014). Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol27, pp.215-220.
- Barbosa M. (2007). *A atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná Sector de Ciências da Saúde.
- Barradas J. (2010). *Atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve.
- Cardoso R., Silva M. (2004). A percepção dos enfermeiros acerca da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar: Desafios e perspectivas. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Vol13, pp.50-57.
- Cassia S., Salluh J. (2013). Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: Uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol25, pp.155-161.
- Cavaleiro P. (2011). *Prevenção da Infecção Nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cerdeira A. (2008). Informação e consentimento. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº 29, pp.1-80.

- Comissão de Controlo de Infeção (2012). *Manual de Controlo de Infeção*. Porto. Centro Hospitalar do Porto.
- Comissão de Controlo da Infeção (1997). *Ofício Circular Nº01996 da DSPGQ*. Ministério da Saúde.
- Comissão técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (2007). *Proposta da Rede de Urgências. Relatório Final*. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Correia F., Ferreira S., Santos A. (2012). Interações entre Fármacos e Nutrição Entérica: Revisão do Conhecimento para o Desenvolvimento de Estratégias de Minimização do Risco. *Arquivos de Medicina*. Vol26, pp.154-163.
- Dias C. (2010). Prevenção da Infeção Nosocomial da Infeção Nosocomial - Ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Vol17, pp.47-53.
- Direção Geral de Saúde (2014 a). *Relatório: Campanha Nacional de Higiene das Mãos*. Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014 b). *Doença por vírus Ebola. Procedimentos a adotar pelos serviços de saúde*. Norma 012/2014. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014 c). *Equipamentos de proteção individual para gentes biológicos de tipo 4*. Norma 003/2014. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014 d). *Diabetes: Factos e números 2014*. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013 a). *Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em Números*. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013 b). *Precauções Básicas do Controlo de infeção*. Norma 029/2013. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013 c). *Orientação para a Prevenção da Infeção na Ferida Crónica*. Norma 019 / 2013. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2011). *Diagnóstico sistemático do Pé Diabético*. Norma 005/2011. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Pé Diabético: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Norma 05/PNPCD. Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2009). *Manual para os Observadores: Um guia para a observação da prática da higiene das mãos nas Unidades de Saúde Portuguesas*. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização. Anexo 15. Ministério da Saúde.
- Direção Geral da saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização*. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2007 a). *Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão*. Norma em revisão. Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2007 b). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2007 c). *HELICS, vigilância epidemiológica da infeção cirúrgica: Protocolo*. Programa Nacional de Controlo de Infecção. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2003). *Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da saúde.
- Direção de Serviços de Planeamento (2011). *A Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Ministério da Saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Consentimento informado. Relatório final*. Ministério da Saúde.
- Faria R., Moreno R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol25, pp.137-147.
- Girard T., Pandharipande P., Ely W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care*. Vol12, pp.1-9.
- Gonçalves F. (2007). Conceitos e Critérios de Morte. *Revista Nascer e Crescer*. Vol16, pp.245-248.
- Heldt T., Loss S. (2013). Interação fármaco-nutriente em unidade de terapia intensiva: Revisão da literatura e recomendações atuais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol25, pp.162-167.
- Hustey F., Meldon S. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. Vol39, pp.248-53.

- Institute for Innovation and Improvement (2008). *Quality and Service Improvement Tools*. Protocol Based Care. NHS Modernization Agency and NICE.
- International Diabetes Federation (2013). *IDF, Diabetes Atlas*. 6th Edition. Brussels.
- International Working Group on the Diabetic Foot (2011). *International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot*. International Diabetes Federation. Brussels.
- Inouye S. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*. Vol354, pp.1157-1165.
- Jamal Y., Dumke H. (2012). Padronização de medicamentos sólidos orais via sonda nasoenteral em um hospital de cascavel, Paraná. *Revista Thêma et Scientia*. Vol2, pp.1-16.
- Knobel E. (2006). *Condutas no paciente grave*. São Paulo. Editora Atheneu. 3^a Edição.
- Leske J. (2002). Protocols for Practice: Applying Research at Bedside. *Critical Care Nurse*. Vol22, N.º 6, pp.61-65.
- Lima G., Negrini N. (2009). Assistência farmacêutica na administração de medicamentos via sonda: Escolha da forma farmacêutica adequada. *Revista Einstein*. Vol7, pp.9-17.
- Lopes F., Lopez M. (2009). Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol21, pp.80-88.
- Luna A. (2013). *Delirium em terapia intensiva: Um estudo retrospectivo*. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
- Meleis A. et al. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle - Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 1, pp.12-27.
- Mendes K., Roza B., Barbosa S., Schirmer J., Galvão C. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Vol21, pp.945-953.
- Mota M., Barbosa I., Studart R., Melo E., Lima F., Mariano F. (2010). Avaliação do conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre administração de medicamentos por sonda nasogástrica e nasoenteral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol18, pp1-8.

- Neves J., Cabete J., Figueiredo J., Formiga A., Matias R., Moniz L., Sampaio C. (2013). O pé diabético com infecção aguda. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. Vol27, pp.19-36.
- Novo S. (2011). *Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: Perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE,EPE*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.
- O Grito de Edvard Munch. Disponível em: www.sabercultural.com (consultado a: 20/12/2014 às 14:21h).
- Oliveira M., Takahashi R. (2011), *Atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica*. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Proposta do Conselho Diretivo. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Decreto-Lei Nº104/98 de 21 de Abril, alterado e replicado pela Lei Nº 111/2009 de 16 de Setembro.
- Pereira A., Pita J. (2005). Alexander Fleming. Da descoberta da penicilina ao premio Nobel. *Revista da Faculdade de Letras*. Vol6, pp.129-151.
- Pereira W. (2004). *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, pp.592-598.
- Pirett C. (2011). *Úlcera de pressão colonizado por Staphylococcus aureus resistente à meticilina: Reservatório, fatores de risco e evolução para infeção local e bacteriemia em hospital de ensino e instituições de longa permanência para idosos*. Dissertação para a obtenção de Grau de Mestre. Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.
- Pitrowsky M., Shinotsuka C., Soares M., Lima A., Salluh J. (2010). Importância da monitorização do delirium na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol22, pp.274-279.

- Santos E. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e Constrangimentos no Processo de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve.
- Tacconelli C. et al (2008). Does antibiotic exposure increase the risk of methicillin – resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) isolation? A systematic review meta-analysis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. Vol61, pp. 26-38.
- Urden L. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa. Lusodidática. 5ª Edição.
- Vieira F., et al (2011). *Estratégia global para controlo do MRSA*. Manual da Comissão de Controlo de Infeção. Hospital Pedro Hispano.

5-Anexos

Anexo I: Ação de Formação: “O controlo glicémico no doente hospitalizado”

- **Plano da ação formação**
- **Diapositivos usados na ação de formação**
- **Ficha de avaliação da ação de formação**
- **Resultados das respostas às questões da ficha de avaliação**

Plano de Formação

Tema: “O controlo glicémico no doente hospitalizado”.

Objetivo Geral: Compreender e debater o tema, a fim de melhorar as estratégias para o controlo glicémico do doente hospitalizado.

Objetivos específicos:

Identificar as principais mudanças na prevalência da diabetes em Portugal e seu impacto nas despesas em saúde;

Compreender os principais conceitos para a abordagem do controlo glicémico em contexto hospitalar do doente crítico e não crítico;

Identificar e debater as várias estratégias farmacológicas, para o controlo glicémico na perspetiva do paciente crítico e não crítico;

Refletir e debater sobre as vantagens e desvantagens da insulinoaterapia em SOS

Data: 05/06/2014

Local: Departamento de formação do Hospital Pedro Hispano.


Formador: Hélder Ribeiro.

Grupo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.


Tempo previsto: 40 minutos.

Fases	Duração	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios	
Introdução	5 Minutos	✓ Apresentação do tema;	✓ Expositivo		Avaliação do impacto do tema através das questões efetuadas; Resistência para a mudança de comportamentos;
Desenvolvimento	25 Minutos	✓ A prevalência e custos da diabetes em Portugal; ✓ Os principais conceitos para a abordagem do controlo glicémico em contexto hospitalar, na perspetiva do doente crítico e não crítico; ✓ As estratégias farmacológicas, para o controlo glicémico na perspetiva do paciente crítico e não crítico; ✓ Desvantagens da <u>insulinoterapia em SOS</u> .	✓ Expositivo ✓ Participativo ✓ Interativo	✓ Computador ✓ Projetor	
Conclusão	10 Minutos	✓ Síntese das ideias principais; ✓ Esclarecimento de dúvidas; ✓ Debate sobre os conteúdos da formação. ✓ Avaliação	✓ Expositivo ✓ Participativo ✓ Interativo		

Diapositivos usados na ação de formação.



O controlo glicémico no doente hospitalizado




Helder Ribeiro

05 de Maio 2014

SUMÁRIO

- A prevalência e custos da diabetes em Portugal;
- Os principais conceitos para a abordagem do controlo glicémico em contexto hospitalar, na perspetiva do doente crítico e não crítico;
- As estratégias farmacológicas, para o controlo glicémico na perspetiva do paciente crítico e não crítico;

A EPIDEMIA DA DIABETES



“A Diabetes atinge mais de 392 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países.”

“Estima-se que em 2035 o número de pessoas com Diabetes no mundo atinja os 592 milhões, o que representa um aumento de 55% da população atingida pela doença.”

International Diabetes Federation - Diabetes Atlas (2013)

EM PORTUGAL

12,9 %

Prevalência da Diabetes TOTAL

7,3 %

Prevalência da Diabetes (Diagnosticada)

5,6 %

Prevalência da Diabetes (Não Diagnosticada)

Adaptado do Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes , (2013)

OS CUSTOS DA DIABETES EM PORTUGAL

1,2%

do PIB português em 2012

12%

da Despesa em Saúde em 2012

Adaptado do Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes , (2013)

LETALIDADE INTRA - HOSPITALAR

Representatividade da População com Diabetes na Letalidade Intra-Hospitalar (Doentes Saídos dos Internamentos) 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
% da Letalidade Intra-Hospitalar do SNS	20,8%	21,9%	22,6%	23,5%

Fonte GDH -ACSS/DGS, Estatísticas da Morbilidade Hospitalar; Tratamento OHD

Adaptado do Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes , (2013)

CUSTO / EFICÁCIA ?

“Appropriate inpatient management of hyperglycemia is cost effective.”

American Diabetes Association, (2014)

A DIABETES NO HOSPITAL O CAMINHO PERCORRIDO...

- Conferência de consenso do diabético hospitalizado.

- O bom controle glicêmico durante a hospitalização, promove uma melhoria de certos parâmetros clínicos

- A gestão da diabetes durante a hospitalização deve converter-se em algo de maior prioridade.

American Diabetes Association (2006)

OS OBJETIVOS DO CONTROLO GLICÊMICO

Doente não crítico	Doente crítico
Pré - prandial <140 mg/dl	Não se recomendam objectivos <110 mg/dl
Pós-prandial <180 mg/dl	Em UCI, insulina Ev; não esperar por >180 mg/dl
Objectivos podem ser mais rigorosos em certos doentes mais estáveis	Objectivos de controlo: 140-180 mg/dl (max. benefícios 140 mg/dl)
Objectivos podem ser mais flexíveis em doentes terminais	Objectivos mais rigorosos, só em alguns doentes (UCI cirúrgicos)
	Usar protocolos de insulina Ev bem validados, eficazes e seguros

American Diabetes Association, (2014)

ABORDAGEM HOSPITALAR: DOENTES MAIS COMPLEXOS

- Alterações na condição clínica
 - Hormonas de stress, infecção, desidratação;
 - Insuficiência renal ou hepática;

ABORDAGEM HOSPITALAR: DOENTES MAIS COMPLEXOS

- Alterações nutricionais
 - Incapacidade de alimentação por via oral, interrupção do plano alimentar, jejum;
 - Transição entre esquemas alimentares entéricos e parentéricos;
 - Redução da atividade física;

ABORDAGEM HOSPITALAR: DOENTES MAIS COMPLEXOS

- Efeitos laterais da medicação
 - Corticoides, ciclosporinas, tacrolimus;
 - Insulina, ADO s, quinolonas, redução das dose dos corticoides.

CONCEITOS PARA A ABORDAGEM DO CONTROLO GLICÉMICO EM CONTEXTO HOSPITALAR - DOENTE NÃO CRÍTICO

- Esquema de **monitorização** de glicemia;
- Avaliar **Hb A1c** (%);
- Estabelecer os **objectivos** glicémicos adequados;
- **Esquema insulínico** fisiológico;
- Prevenção de **hipoglicemias**;

American Diabetes Association, (2014)

MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA

- Pré-prandial (jejum - manhã);
- Pré-prandial (3 principais refeições);
- Pós-prandial (1:30h após refeições);
- Às 03 horas;
- De hora/hora;
- De 6/6 horas;

OBJETIVOS DO CONTROLO GLICÉMICO

- Como objetivo do controlo glicémico: **Hb A1c < 6.5%**
- **Glicemias:**
 - Limite inferior 90-140 mg/dL
 - Limite superior 140-180 mg /dL

Direção Geral de Saúde, Norma 033/2011 (2011)

A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Os anti – diabéticos orais deveriam ser limitados a:

- Elevações glicémicas moderadas;
- Internamento de curta duração;
- Doentes que conseguem alimentar-se e ingerir medicamentos;
- Sem co - morbilidades ou condições que desaconselhem a sua utilização.

American Diabetes Association, (2014)

A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Em suma...

- Os anti – diabéticos orais têm pouca flexibilidade para ajuste de dose e alterações rápidas;
- A insulina, usada judiciosamente, é o tratamento preferencial para a grande maioria dos doentes no hospital.

American Diabetes Association, (2014)

A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

A evolução



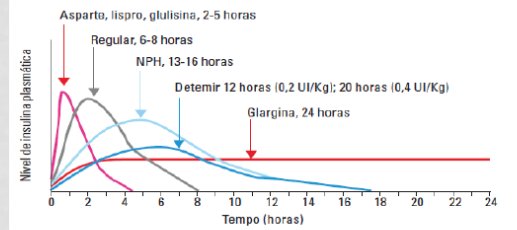
A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Os tipos de insulinas podem distinguir – se pelo:

- Início da ação;
- Pico de ação;
- Duração útil.

A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Os tipos de insulinas e os perfis farmacodinâmicos



A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Insulinas Basais

Análogos (Detemir e Glargina)	Humana (NPH)
Duração da ação até 24 horas.	Início de ação às 2 horas.
Perfil mais estável e sem picos de ação.	Pico de ação entre as 4 e 6 horas.
Uma única injeção pode cobrir até 24 horas.	Duração da ação entre 13 e 16 horas.
Menor risco de hipoglicemia.	Substitui as necessidades basais em 2 a 3 doses / dia.
Variabilidade menor.	Maior risco de hipoglicemias
Adapta-se melhor a um horário variável.	Elevada variabilidade intra e inter individual.

Direção Geral de Saúde, Norma 052/2011 (2013)

A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Insulinas Prandiais

Análogos (aspartico, lispro, glulisina)	Humana (ação rápida)
Início da ação aos 5 minutos.	Início de ação mais lenta (aos 30 minutos).
Administração imediatamente antes ou após a refeição.	Necessário administrar 20 a 30 min. antes de iniciar a refeição.
Mais fisiológica.	Menos fisiológica
Maior previsibilidade da ação.	Maior risco de hipoglicemias pós – prandiais.
Redução das hipoglicemias pós – prandiais.	Sobreposição às insulinas intermédias / basais.

Direção Geral de Saúde, Norma 052/2011 (2013)

A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Insulinas pré – misturadas / bifásicas

Análogo de insulina rápida + NPH	Insulina regular + NPH
As insulinas não se sobrepõem.	Sobreposição de ações.
Menor risco de hipoglicemias.	Maior risco de hipoglicemia.
Melhor controle pós – prandiais.	Pior controle pós – prandiais.

Direção Geral de Saúde, Norma 052/2011 (2013)

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS HIPOGLICEMIAS

Situações que podem aumentar o risco de hipoglicemia no doente hospitalizado:

- Idade avançada;
- Ingestão escassa ou irregular de alimentos;
- Insuficiência renal crónica;
- Doença hepática;
- Descoordenação entre a administração de insulina e a refeição;
- Ausência ou pouca vigilância da glicemia capilar.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS HIPOGLICEMIAS

Tratamento da hipoglicemia:

- Valores < 70 mg / dl sintomáticos ou assintomáticos;
- Tratamento preferencial com 15 gr de glicose de absorção rápida;
- Após 15 min. repetir teste de glicemia:
 - Se a glicemia aumentar 15 mg/dl, ingerir hidratos de carbono de absorção lenta;
 - Se mantiver hipoglicemia, repetir 15gr de glicose de absorção rápida;
 - Ponderar administrar glicose 30% via EV.

American Diabetes Association, (2014)

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS HIPOGLICEMIAS

Tratamento da hipoglicemia:

- Ensino à família sobre gestão / administração do “glucagen / hipokit” (em contexto hospitalar se o paciente não responder num intervalo de 10 minutos, administrar glicose por via intravenosa);
- Ajustar objetivos glicémicos afim de prevenir futuras hipoglicemias;

American Diabetes Association, (2014)

CONTROLO GLICÉMICO NO DOENTE CRÍTICO

Fatores que podem contribuir para hiperglicemia:

- Libertação das hormonas de stress (ex: epinefrina, glucagon, cortisol);
- Libertação de citocinas inflamatórias, como no caso de sepsis ou trauma.
- Uso de medicamentos como corticoides;

Inzuechi S. (2006)

CONTROLO GLICÉMICO NO DOENTE CRÍTICO

Cetoacidose diabética:

- Apresentação clínica normalmente inferior a 24h;
- Acidose metabólica com gap aniônico normal (enquanto a função renal está normal);
- Acidose metabólica com gap aniônico aumentado (a partir do momento em que há acumulação de cetoácidos);
- Hiperglicemia (500 a 800 mg/dl);
- Diurese osmótica;
- Desidratação;
- Depleção de sódio, potássio, fosfatos;

Manual do Curso de Evidência na Emergência (2011)

CONTROLO GLICÉMICO NO DOENTE CRÍTICO

Síndrome hiperosmolar hiperglicémico:

- A acumulação de cetoácidos é pouca ou inexistente;
- A glicemia excede frequentemente os 1000 mg/dl;
- A osmolaridade plasmática é muito elevada (pode chegar a 380 mOsm/Kg);
- As alterações neurológicas são frequentes (coma em 25-50%);
- Pode evoluir durante vários dias.

Manual do Curso de Evidência na Emergência (2011)

CONTROLO GLICÉMICO NO DOENTE CRÍTICO

As causas mais frequentes da cetoacidose diabética / síndrome hiperosmolar hiperglicémico:

- Infecção (40%) – Infecção urinária é a mais frequente;
- Interrupção de tratamento com insulina (25%);
- Diabetes inaugural (15%);
- Enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral;
- Gravidez complicada;
- Trauma ou Stress;
- Consumo de cocaína;
- Consumo exagerado de bebidas com hidratos de carbono concentrados
- Pé diabético infectado

Manual do Curso de Evidência na Emergência (2011)

CONTROLO GLICÉMICO NO DOENTE CRÍTICO

O Tratamento da cetoacidose diabética / síndrome hiperosmolar hiperglicémico :

- Repor o défice de volume;
- Corrigir os desequilíbrios electrolíticos;
- Iniciar de imediato o tratamento da causa (ex: recurso à antibioterapia se suspeita de infecção);
- Estabelecer um plano de monitorização (parâmetros vitais; estado de consciência; preenchimento capilar; oximetria de pulso; diurese e glicemia capilar horária)
- Corrigir o défice de insulina.

Manual do Curso de Evidência na Emergência (2011)

INFUSÃO ENDOVENOSA DE INSULINA EM PACIENTES CRÍTICOS

Recomendações para o controlo glicémico do doente crítico :

- A terapia com insulina deve ser iniciada para o tratamento da hiperglicemia persistente a partir de um limiar que não seja superior a **180 mg / dl**;
- Uma vez que a terapia com insulina se inicia, recomenda-se um intervalo de **140-180 mg / dl**, para a maioria dos doentes em estado crítico;
- Metas mais rigorosas como **110-140 mg / dl**, podem ser adequadas para casos específicos, desde que não implique o aumento significativo das hipoglicemias;

American Diabetes Association,(2014)

INFUSÃO ENDOVENOSA DE INSULINA EM PACIENTES CRÍTICOS

Insulinoterapia Intravenosa – Vantagens

- Permite modificar as doses rapidamente;
- Permite utilizar e controlar doses altas de insulina. Não há doses máximas, (até 50 U/h);
- Permite um controlo rápido e intensivo;
- Em doentes graves e no EAM é a metodologia mais recomendada pela bibliografia recente (American Diabetes Association 2014);
- Permite reverter rapidamente a hipoglicemia.

INFUSÃO ENDOVENOSA DE INSULINA EM PACIENTES CRÍTICOS

Insulinoterapia Intravenosa - Inconvenientes

- Receio da insulina intravenosa;
- Risco de hipoglicemias;
- Aumento da frequência do controlo glicémico (glicemias capilares horárias e depois a cada 2 - 4 horas);
- Necessidade de maior vigilância;

INFUSÃO ENDOVENOSA DE INSULINA EM PACIENTES CRÍTICOS

Protocolo com perfusão de insulina "ideal" ou "universal" ?

↓
NÃO EXISTE
↓
Mas deverá ser:

- Fácil
- Efectivo e eficaz (rápido a atingir os objetivos)
- Seguro (risco mínimo de hipoglicemias)
- Fácil de implementar em todo o hospital

CONCEITOS CHAVE DA INSULINOTERAPIA TRANSIÇÃO DA PERFUSÃO VIA EV PARA UM ESQUEMA VIA SC

A prescrição de insulina via SC no doente hospitalizado deve incluir:

- **Insulina basal:** Controla a produção hepática de glucose;
- **Insulina prandial:** Baseada no conteúdo de hidratos de carbono dos alimentos
- **Insulina corretora (suplementar):** Corrige a elevação aguda da glicemia

Clement, et al. (2004)

CONCEITOS CHAVE DA INSULINOTERAPIA SC DO DOENTE HOSPITALIZADO

Uma vez calculada a Dose Diária Total de Insulina



“APLICAR A REGRA DOS 50”

Clement, et al. (2004)

INSULINA EM SOS

Desvantagens da insulina SOS:

- Reativa em vez de preventiva;
- Ineficaz e arriscada;
- Falsa sensação de controlo (correção momentânea);
- Não “cobre” as 24 horas;
- Não permite uma programação da insulino terapia aquando a alta;

INSULINA EM SOS

A insulina em SOS não tem em conta:

- A sensibilidade do doentes à insulina;
- O peso do doente;
- Se o doente come ou não;
- O horário das refeições;
- Não pode ser ajustada ao longo do internamento do doente.

OBRIGADO



“You went camping and a bear mistook your blood for honey. Would you mind if I ordered a diabetes test for you?”

BIBLIOGRAFIA

- American Diabetes Association (2006). *American College of Endocrinology and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Diabetes and Glycemic Control. – A call to action.* Diabetes Care. Vol 29, Nº 8.
- American Diabetes Association (2005). *Defining and reporting hypoglycemia in diabetes. A report from the American Diabetes Association workgroup on hypoglycemia.* Diabetes Care. Vol 28, Nº7.
- American Diabetes Association. (2013). *Standards of Medical Care in Diabetes.* Diabetes Care. Vol. 36 suplemento 1: S11-S66.
- American Diabetes Association (2014). *Standards of Medical Care in Diabetes.* Diabetes Care. Vol. 37, suplemento 1. S15-S86.
- Carneiro A, Neutel E. (2011). *Manual do Curso de Evidência na Emergência.* Reanima. 4ª edição. Porto.
- Clement, et al. (2004). *Management of diabetes and hypoglycemia in hospitals.* Diabetes Care. Vol 2, Nº 27, p 565.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Abordagem terapêutica e farmacológica na Diabetes Mellitus tipo 2.* Norma 052/2011. Lisboa.

BIBLIOGRAFIA

- Direção Geral de Saúde (2013). *Diabetes: Factos e números 2013.* Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Portugal.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Prescrição e determinação da hemoglobina glicada A1c.* Norma 033/2011. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Insulino terapia na diabetes tipo 2.* Norma 025/2011. Lisboa.
- International Diabetes Federation (2013). *IDF, Diabetes Atlas. 6ª Edição.* ISBN: 2-930229-83-3.
- Inzucchi S. (2006). *Clinical practice. Management of hyperglycemia in the hospital setting.* New England Journal of Medicine. 355:1903-11.
- NICE Sugar Study Investigators (2009). *Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients.* The New England Journal of Medicine. Vol 360, nº 13.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2011). *Controlo da hiperglicemia em doente críticos e não críticos.* Documento Oficial da SBDD 2011. Porto.

Ficha de avaliação da ação de formação.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objectivo recolher as opiniões dos participantes acerca da sessão de formação.

Assinale com um X a quadrícula que corresponde mais à sua opinião

1 – Considera que a sessão de formação satisfaz as suas expectativas quanto ao conteúdo?

Não Sim, suficientemente Sim, completamente Sim, excedeu-as

2 - Considera que a metodologia utilizada foi adequada?

Nada adequado Pouco adequado Adequado Muito adequado

3 – Apreciação global da sessão

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

4 – Comentários e Sugestões:

Agradeço a sua colaboração

Resultados das respostas às questões da ficha de avaliação.

Gráfico 1: Questão relativa à satisfação das expectativas em relação ao conteúdo.

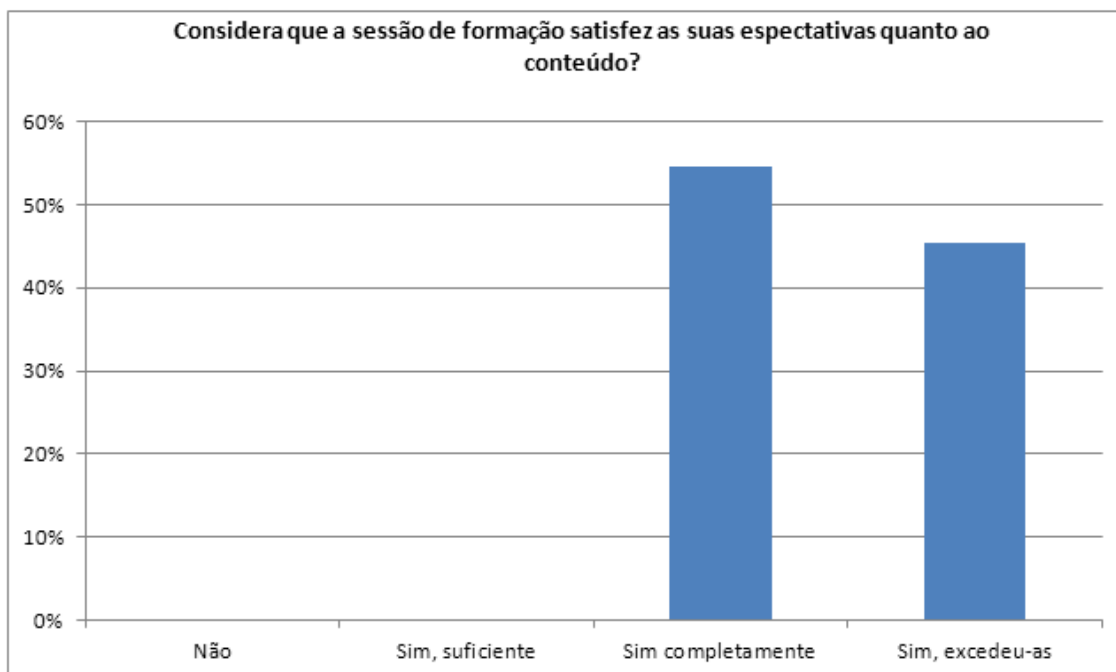


Gráfico 2: Questão referente à metodologia utilizada.

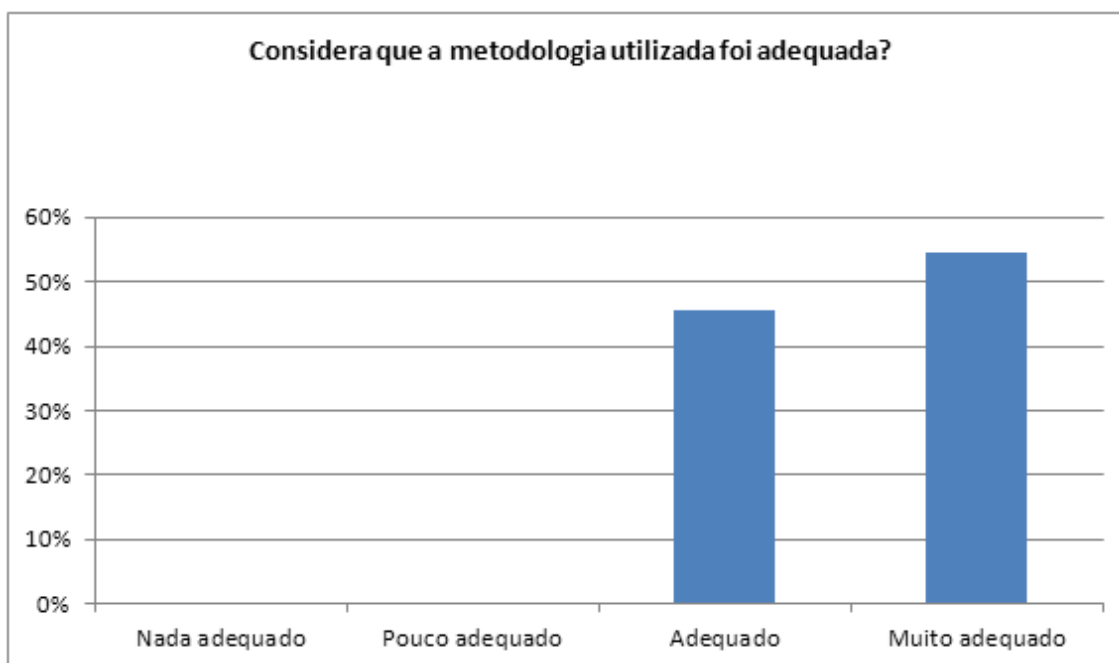
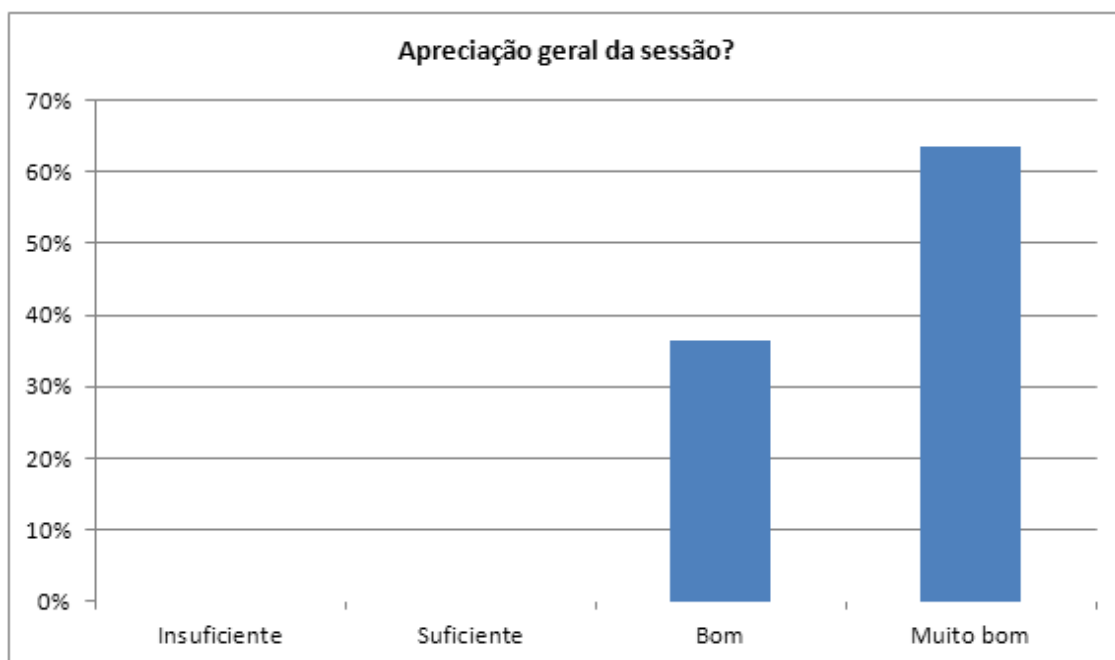


Gráfico 3: Questão sobre a apreciação geral da ação de formação.



Anexo II: Estudo de Caso no Serviço de Urgência.

Estudo de Caso

Paciente de 38 anos recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal no hipocôndrio direito com um dia de evolução, associada a náuseas, vômitos alimentares. Sem diarreia.

Apresenta história de perda ponderal de cerca de 10 kg nos últimos meses, associada a polidipsia e poliúria.

Com sinais vitais estáveis, abdómen volumoso e timpanizado, com dor à palpação no epigástro e hipocôndrio direito.

Exames laboratoriais:

- Glicemia = 365 mg/dl; HbA1C = 11 %;
- Apresenta valores compatíveis com citólise hepática com colestase (BT-2,3; BD-2,00; GGT- 953; TGO- 2032; TGP-2358; FA- 147);
- Apresenta valores de sódio e potássio com parâmetros normais;
- HDL= 32mg/dl; LDL= 158mg/dl; triglicerídeos= 300mg/dl; colesterol total= 250mg/dl;
- Gasimetria com pH 7,337; pCO₂=33,2; pO₂= 92,1; HCO₃= 17,4;
- PCR = 19,63;
- Serologia: imune à hepatite A; hepatite C – negativo; sem imunidade á hepatite B;
- No exame da urina apresenta proteinúria, corpos cetónicos positivos e glicose.

A ecografia abdominal revelou hepatomegalia esteatósica sem lesões focais nos segmentos passíveis de avaliação, normalidade ecográfica da vesícula biliar e vias biliares, esplenomegalia homogénea.

Contextualização do quadro clínico

Este quadro clínico é sugestivo de hepatite aguda não infecciosa e diabetes inaugural com cetoacidose diabética. Provavelmente a colestase hepática está relacionada com a obesidade e dislipidemia. O consumo de álcool é moderado e os valores da amilase foram posteriormente confirmados e são normais, levando a concluir que muito provavelmente não se trata de uma pancreatite.

Por outro lado os valores do bicarbonato não são baixos e o pH tem um perfil ácido. Estes valores podem estar relacionados com uma avaliação / tratamento precoce, motivo pelo qual o paciente não desenvolveu uma acidose.

Segundo a American Diabetes Association (2014) os critérios para o diagnóstico da Diabetes Mellitus são:

- Glicemia em jejum igual ou superior a 126 mg/dl **ou**;
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional igual ou superior a 200 mg/dl **ou**;
- Glicemia igual ou superior a 200mg/dl, às 2 horas, na prova de tolerância à glicose (PTGO), com 75 gr de glicose **ou**;
- HbA1c igual ou superior a 6,5%.

È de salientar que todas as análises acima referidas devem ser confirmadas, em pessoas assintomáticas.

È importante referir que o resultado do estudo imunológico poderá verificar se estão presentes os auto – anticorpos GAD e IAA, podendo esclarecer se estamos perante um caso de “Diabetes tipo LADA”. Segundo a American Diabetes Association (2014) este tipo de diabetes reúne as mesmas características do tipo 1, porque envolve um mecanismo autoimune, onde existe a destruição das células beta e requer tratamento com insulina, no entanto surge na idade adulta.

Por outro lado o estudo genético poderá ter um papel importante, porque o paciente tem uma história de diabetes na família muito significativa. Por esta razão é importante esclarecer se é um caso de “Diabetes tipo MODY”.

De acordo com a American Diabetes Association (2014) a “Diabetes tipo MODY” engloba um grupo heterogéneo de diabetes sem predisposição para a cetoacidose e habitualmente sem obesidade, com hiperglicemia ligeira, com início antes dos 25 anos de idade e com

várias gerações de familiares com diabetes, configurando uma herança autossómica dominante. Usualmente estes pacientes apresentam um defeito de secreção de insulina relacionado com mutações em genes específicos. A avaliação da reserva pancreática de insulina pode ser necessária quando persistem dúvidas em relação à classificação da diabetes.

Especificamente neste caso, os factores de risco que podem precipitar o desenvolvimento da diabetes tipo 2 são: história familiar de diabetes, obesidade, sedentarismo. No entanto a “herança familiar” ou uma possível reação autoimune poderão ser factores predisponentes para o desenvolvimento da diabetes.

Avaliação inicial de enfermagem

Neste caso a colheita de dados foi limitada devido à transferência do doente após um curto período para estabilização das glicemias, recorrendo a bolús de insulina rápida por via endovenosa e soroterapia. Por outro lado as deslocações do doente para a realização de exames complementares de diagnóstico também dificultaram esta tarefa. No entanto foram colhidos os seguintes dados, tendo como base a estrutura utilizada no SAPE.

Informação Geral:

- Causa de internamento: Hepatite aguda não infecciosa e diabetes inaugural.
- Antecedentes pessoais:
 - Apendicectomia aos 14 anos;
 - Fumador de 20 cigarros / dia;
- História familiar:
 - Tem história de Diabetes Mellitus no lado materno (3 gerações);
- Peso 93,1 kg;
- Altura 168 cm;
- Profissão – Taxista;
- Outros dados: História de perda ponderal de cerca de 10 kg nos últimos meses, associada a polidipsia e poliúria.

Respiração:

- Frequência: 20 cl/minuto;
- Saturação de Oxigênio = 97%;

Circulação:

- Tensão arterial: 132 /66 mmhg;
- Frequência Cardíaca: 80 bat/min;

Temperatura:

- Temperatura = 36,3 C°;

Hábitos alimentares / dietéticos:

- Hábitos etílicos: Refere consumo moderado de álcool (um copo de vinho às refeições);

Volume de líquidos:

- Sem alterações;

Tegumento:

- Sem alterações;

Atividade motora:

- Refere astenia generalizada;

Resposta imunitária:

- Sem alergias conhecidas;

Memória:

- Consciente e orientado no tempo e espaço;

Auto – cuidado:

- Dependência em grau reduzido nas atividades de vida diárias;

Plano de cuidados de enfermagem

É importante salientar que a grande afluência de doentes a este serviço, os “timings” recomendados para a prestação de cuidados e a gravidade dos casos tornam difícil a estruturação e aplicação de planos de enfermagem mais pormenorizados e complexos, levando a que estes estejam mais dirigidos para tratamento e controlo da doença em fase aguda. Neste plano de cuidados será utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Dor no abdómen, lado direito	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar dor através da escala da dor;• Gerir ambiente físico;• Gerir analgesia;
Metabolismo energético alterado	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar cetonémia;• Monitorizar glicemia capilar;• Vigiar sinais de hipoglicemia;• Vigiar sinais de hiperglicemia;
Auto cuidado de higiene dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar o auto cuidado de higiene;
Auto cuidado no uso sanitário dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário;

As ações de enfermagem interdependentes desenvolvidas para este caso foram as seguintes:

- Monitorização de sinais vitais;
- Monitorização de glicemia;
- Monitorização de cetonemia;
- Administração de fármacos por via endovenosa (insulina de ação rápida e soroterapia);

Reflexão crítica sobre o caso clínico

Verificou-se que a rápida transferência do doente, após um período de estabilização das glicemias e as deslocações para realização de exames complementares de diagnóstico, dificultaram a colheita de dados da avaliação inicial, que posteriormente serviria de base ao desenvolvimento de um plano de intervenções de enfermagem mais completo.

De facto esta situação demonstrou a dificuldade na elaboração de planos de enfermagem com intervenções mais vocacionadas para a obtenção de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No entanto o plano de cuidado acima descrito poderia ser completado futuramente, com intervenções que permitissem contribuir para a incorporação da diabetes no quotidiano da pessoa, promovendo a aquisição de competências que consolidem a independência no controlo da doença e deste modo a melhoria da qualidade de vida. Este processo poderá iniciar-se em contexto hospitalar, no entanto deverá ser continuado nos cuidados de saúde primários, para que seja possível ajudar a pessoa a atingir os objetivos que foram negociados.

Será feito de seguida um possível “complemento” para este plano de cuidados de enfermagem, no qual será utilizada a CIPE.

Assim os focos de atenção sugeridos são:

- A percepção, das alterações que esta patologia vai trazer no quotidiano;
- A atitude face ao regime terapêutico, isto é, desmistificar crenças e significados que poderão facilitar e / ou dificultar a adesão ao plano terapêutico.

- Oportunidade para aprendizagem cognitiva sobre hábitos alimentares;
- Oportunidade para aprendizagem cognitiva sobre hábitos de exercício físico;
- Oportunidade para aprendizagem cognitiva sobre precauções de segurança: hipoglicemia / hiperglicemia;
- Aprendizagem cognitiva e de habilidades, na autoadministração de medicamentos: insulina.

Perante estes focos as intervenções de enfermagem sugeridas foram:

- Escutar a pessoa, a fim de conhecer os seus medos face a esta nova realidade e das possíveis alterações que vislumbra para o quotidiano;
- Interpretar crenças e mitos preconcebidos acerca desta doença e seu tratamento;
- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre a terapêutica com insulina, isto é, o que ele pensa acerca desta terapêutica e quais as suas funções;
- Informar sobre as vantagens e desvantagens da terapêutica com insulina;
- Ensinar, instruir e treinar a autoadministração de medicamentos: insulina;
- Ensinar, instruir e treinar sobre a autovigilância da glicemia;
- Ensinar sobre tratamento e prevenção de hipoglicemias e hiperglicemias;
- Ensinar sobre hábitos alimentares e de exercício físico adequados;

Para avaliar a evolução e a resposta da pessoa face a este plano, será pertinente usar os padrões de resposta face ao processo de transição, que são descritos por Meleis (2000). Os indicadores de processo vão permitir conhecer se a transição está a decorrer em direção à saúde ou à vulnerabilidade (exemplo: administração de insulina de acordo com as indicações).

Os indicadores de resultado assinalam um novo ponto de equilíbrio na vida da pessoa e englobam a mestria e a integração fluida da gestão do regime terapêutico no quotidiano.

Anexo III - Recomendações para a manipulação e administração de fármacos sólidos, através de sonda gástrica

Recomendações para a manipulação e administração de fármacos sólidos, através de sonda gástrica.

Princípio Ativo	Recomendações
Ácido Acetilsalicílico	A trituração do fármaco pode levar à perda do revestimento, inativando o princípio ativo e favorecendo a irritação da mucosa gástrica.
Ácido Fólico	Pode ser administrado por sonda gástrica. Como alternativa, está disponível na forma de gotas ou solução.
Ácido Fólico + Sulfato	O fármaco possui excipientes que podem obstruir a sonda.
Amiodarona	Não foram encontrados estudos sobre a segurança e farmacocinética.
Amlodipina	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Atenolol	Sem indicação para ser administrado por sonda gástrica. O Princípio ativo é parcialmente solúvel em água.
Captopril	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Carbamazepina	Pode ser administrado por sonda gástrica, no entanto está disponível na forma de solução como alternativa.
Carvedilol	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Clopidogrel	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Diazepam	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Digoxina	Pode ser administrado por sonda gástrica.
DNI (via sublingual)	Sem indicação para ser triturado, pois leva à perda das características de liberação, provocando alteração do nível sérico do fármaco.
Esomeprazol	Pode ser administrado por sonda gástrica. Não deve ser macerado. O comprimido necessita de ser diluído em água e a solução obtida, deve ser administrada via sonda.

Recomendações para a manipulação e administração de fármacos sólidos, através de sonda gástrica.

Princípio Ativo	Recomendações
Espironolactona	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Fenitoína	Pode ser administrado por sonda gástrica. Com indicação para monitorizar o nível sérico, pois a dieta entérica pode levar à diminuição da absorção do fármaco. É aconselhada uma pausa da dieta, uma hora antes da administração e duas horas após.
Furosemida	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Haloperidol	Pode levar a precipitação e obstrução da sonda. Como alternativa, está disponível na forma de gotas.
Loperamida	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Lorazepam	Pode ser administrado por sonda gástrica.
Metoclopramida	Pode ser administrado por sonda gástrica. A utilização na forma de gotas pode ser uma alternativa.
Nifedipina (capsulas)	Não é aconselhada a administração pois a dose retirada da cápsula pode não estar completa. Existe o risco de obstrução da sonda.
Nifedipina (comprimidos)	Sem indicação para ser triturado, porque leva a perda das características de liberação controlada e da manutenção do nível sérico adequado. Existe o risco de obstrução da sonda.
Paracetamol	Pode ser administrado por sonda gástrica. A utilização na forma de solução pode ser uma alternativa.
Ramipril	Não é aconselhada a administração via sonda, pois não existem estudos sobre eficácia, segurança e farmacocinética.
Sucralfato	Aconselhada a interrupção da nutrição entérica uma hora antes e duas horas após a administração do fármaco.

Legenda:

	Não manipular/administrar o fármaco por sonda gástrica.
	Consultar recomendações da tabela
	Permite a manipulação e administração dos fármacos por sonda gástrica.

Adaptado de Lima e Negrini (2009)

Anexo IV: Esboço dos tapetes de rato para computador sobre a avaliação do *Delirium*.



Adaptado de: O Grito de Edvard Munch. Disponível em: www.sabercultural.com

Anexo V: Protocolo para a prevenção e controlo de infeção por *MRSA*, nos doentes com úlceras de pé Diabético.

Protocolo de orientação para a prevenção e controlo de infeção por <i>MRSA</i>, nos doentes com úlceras de pé Diabético	
--	--

Versão: 01	Data de elaboração: Outubro de 2014
-------------------	--

1-Objetivo

Este documento pretende ajudar a definir metodologias para prevenção e controlo de infecção/colonização pelo *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, nos doentes internados com úlceras do pé diabético.

2-Enquadramento

Segundo a Direção Geral de Saúde³, o pé diabético é uma das complicações mais graves da diabetes, sendo responsável por 70% das amputações não traumáticas. Estima-se que 25% das pessoas com diabetes tenha condições e probabilidade de desenvolver lesões a nível dos pés, associada à neuropatia sensitivo-motora e doença vascular periférica.

A Direção Geral de Saúde⁶ refere que na presença de uma úlcera torna-se prioritário controlar a infecção, através do desbridamento cirúrgico, do tratamento da ferida e com antibioterapia agressiva e de largo espectro, tendo especial atenção para os casos de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina.

Na presença de infecção ou colonização por este agente a Direção Geral de Saúde⁴ recomenda o cumprimento das precauções básicas e a aplicação das precauções de contacto.

3-Âmbito

As medidas são aplicáveis para todos os doentes internados com suspeita ou confirmação de infecção/colonização com *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina.

4-Responsabilidades

A aplicação das medidas para prevenção e controlo de infecção são da responsabilidade dos profissionais de saúde.

5-Metodologia

As precauções básicas preconizadas pela da Direção Geral de Saúde ⁷, devem ser aplicadas a todos os doentes internados, de acordo com o nível de interação entre prestador de cuidados e utente. Estas indicações também estão disponíveis para consulta no portal interno, no Manual de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar do Porto¹.

No que diz respeito às precauções dependentes das vias de transmissão, a Direção Geral de Saúde⁴ e o Manual de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar do Porto¹, referem que as medidas específicas que se devem adotar neste tipo de isolamento, fazem referência aos seguintes aspetos:

- Não existindo a possibilidade de colocar o doente em quarto individual ou agrupamento em coorte, deverá definir-se o local para a colocação do doente na enfermaria. Neste caso é necessário ter em conta a unidade adequada, de forma a guardar a distância de 1 metro das outras unidades com ajuda da cortina;
- Higienização das mãos;
- Uso de equipamento de proteção individual recomendado. Vestir o equipamento à entrada da área de isolamento e retirar o mesmo, antes de sair desta área;
- Os resíduos devem ser colocados nos dispositivos de recolha adequados, que devem estar junto da unidade do doente (contenção na fonte);
- Gestão adequada dos resíduos e roupa de acordo com a norma em vigor²;
- Individualização de materiais e equipamentos para o doente em isolamento. Caso não seja possível, deve-se proceder à limpeza e desinfeção dos mesmos;
- Limitar o transporte do doente ao estritamente necessário e proceder a uma mudança de roupa antes do transporte;
- Descontaminação adequada da unidade do doente. Deve-se proceder à lavagem com água e detergente e remoção do mesmo. Posteriormente proceder à desinfeção com cloro e respetiva remoção. É importante respeitar tempo de secagem;
- Educação da família e doente com objetivo de sensibilizar para o cumprimento das medidas de isolamento. Neste ponto é importante ter em conta a restrição do número de

visitantes, incentivar a higienização das mãos com solução antisséptica de base alcoólica à entrada e saída da unidade e antes e após tocar no doente/ambiente. Alertar para não partilhar objetos pessoais;

Nas orientações para a prevenção de infeção na ferida crónica, a Direção Geral de Saúde⁵, emite recomendações que abordam o ambiente para tratamento da ferida; os cuidados à pele peri-lesional e cuidados à ferida.

O ambiente para a realização do tratamento da ferida deve ter em conta os seguintes aspectos:

- A utilização de luvas na limpeza de pele íntegra fica ao critério do profissional. Para procedimentos invasivos deve-se utilizar luvas estéreis ou técnica asséptica “no-touch”;
- Caso exista risco de salpicos deve usar aventais de plástico, mascaras com viseira/óculos descartáveis;
- Levar para junto do doente apenas o material necessário, inutilizando o que não foi utilizado;
- Os dispositivos médicos devem ser lavados antes de serem esterilizados;
- Definir áreas para realizar os procedimentos e garantir que as superfícies estejam devidamente higienizadas;

Os cuidados à pele peri-lesional têm objetivo de manter a integridade. É necessário ter em conta a avaliação das características da pele; lavagem com produtos de PH neutro e hidratação com emolientes. Em caso de traumatismo da pele estabelecer a causa do traumatismo (químico ou mecânico) e direcionar as medidas de acordo com o tipo de traumatismo⁵.

Os cuidados à ferida englobam os seguintes aspectos:

- A limpeza dos tecidos deve ser feita por irrigação com soluções de elevada capacidade de hidratação e bem toleradas pelos tecidos como é o caso do cloreto de sódio 0,9% e água (potável ou destilada);
- As soluções com antimicrobianos e antibióticos não devem ser usadas na limpeza de feridas;

- Os princípios orientadores da norma em relação ao desbridamento, referem que o desbridamento deve ser selecionado em função do local, da experiência do profissional, recursos existentes, tipo e localização da ferida e características do doente;
- No que se refere à gestão de exsudado, a norma refere um princípio de cicatrização em meio húmido, onde a seleção dos produtos é feita de acordo com a quantidade de exsudado;

6-Bibliografia

1-Comissão de Controlo de Infeção (2012). *Manual de Controlo de Infeção*. Centro Hospitalar do Porto. Porto.

2-Despacho 242/96, Publicado a 13 de Agosto. Classificação dos resíduos hospitalares.

3-Direção Geral de Saúde (2011). *Diagnóstico sistemático do Pé Diabético*. Norma 005/2011. Ministério da Saúde.

4-Direção Geral de Saúde (2007). *Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão*. Norma em revisão. Ministério da Saúde.

5-Direção Geral de Saúde (2013). *Orientação para a Prevenção da Infeção na Ferida Crónica*. Norma 019 / 2013. Ministério da Saúde.

6-Direção Geral de Saúde (2010). *Pé Diabético: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Norma 05/PNPCD. Ministério da Saúde.

7- Direção Geral de Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo de Infeção*. Norma 029/2013. Ministério da Saúde.

