

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico
na
Pessoa Idosa
Intervenção de Enfermagem

Sandra Cristina Correia dos Santos

Lisboa
Março 2018





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico
na
Pessoa Idosa
Intervenção de Enfermagem

Sandra Cristina Correia dos Santos

Orientador: Prof^a Doutora Idalina Delfina Gomes

Lisboa

Março 2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“É o tempo da travessia; e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à
margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela disponibilidade, dedicação e motivação ao longo deste percurso de aprendizagem.

À Enfermeira Leonor Monteiro, pelo seu espírito crítico, pelo seu saber e por me dar a confiança necessária para avançar nesta aventura.

A todos os profissionais da equipa multidisciplinar pelo seu apoio, incentivo e colaboração.

À equipa da ECCI, pelo carinho e pelas aprendizagens que me proporcionaram.

Às pessoas idosas e suas famílias pela amabilidade em colaborar no desenvolvimento do projeto e em partilhar a sua vida connosco.

A Celina e Julia, minhas companheiras da Equipa Gestão Apoio ao Internamento pela amizade, carinho, apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

À Zé, a Ana e ao Américo, pela amizade, humor e cumplicidade ao longo deste percurso académico.

A todos aqueles que me apoiaram, acompanharam e incentivaram ao longo desta etapa da minha vida, o meu profundo agradecimento.

E a toda a minha família, Rui e Alexandre que sempre acreditaram em mim e me apoiaram incondicionalmente.

A todos... Muito Obrigado!

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIT - Acidente Isquémico Temporário

AIVD`s.- Atividades de Vida Diária

APA - American Psychological Association

ARSLVT - Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CPBCI - Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção

CSP- Cuidados Saúde Primários

CVC - Cateter Vascular Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EGA - Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Enf^a - Enfermeira

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

HELICS - Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

HTA - Hipertensão Arterial

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IHI - Institute for Healthcare Improvement

ILC - Infeção de Local Cirúrgico

IPI - Inquérito de Prevalência de Infeção

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

PNS - Plano Nacional de Saúde

RH - Resíduos Hospitalares

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SGICM - Sistema Gestão integrado do Circuito Medicamento

SNS - Sistema Nacional de Saúde

Sr. - Senhor

Sra. - Senhora

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI - Unidade Cuidados Intensivos

UIDEMI - Unidade de Investigação Desenvolvimento em Engenharia Mecânica e Industrial

UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

USCP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VE - Vigilância Epidemiológica

RESUMO

O envelhecimento assume cada vez mais importância em Portugal e no Mundo. Associado ao mesmo está o incremento de doenças crónicas com aumento de exames e terapêuticas na sua vigilância e tratamento, com riscos colaterais associados, nomeadamente o de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Esta situação obriga os profissionais a adotarem medidas para a sua prevenção e controlo. Entre as IACS, destaca-se a Infeção de Local Cirúrgico (ILC), que é a terceira IACS mais frequente em Portugal, que na pessoa idosa tem um impacto maior em termos de morbilidade e mortalidade.

Para desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa concebemos um projeto com o objectivo de promover cuidados de prevenção e controlo da ILC em parceria com a Pessoa Idosa através da implementação do “Feixe de intervenções” da ILC (DGS,2015).

A metodologia foi o trabalho projeto, suportada na investigação-ação. O Projeto decorreu de outubro 2016 a fevereiro 2017. Os participantes foram 14 médicos e 35 enfermeiros. Foram aplicados 24 questionários à equipa de enfermagem, 11 questionários à equipa médica, e efetuadas observações das práticas e 13 auditorias aos registos clínicos.

Destacam-se como aprendizagens adquiridas, o conhecimento da singularidade da Pessoa Idosa através do trabalho em parceria, a promoção da formação e reflexão sobre a prática, da motivação e envolvimento dos profissionais de saúde na implementação de novas práticas que beneficiam de uma abordagem multidisciplinar. Os resultados mostram que os cuidados de enfermagem em parceria têm benefícios ao nível da prevenção da ILC na pessoa idosa, e a implementação dos feixes de intervenção contribuíram para alterar práticas de cuidados visando assegurar que a pessoa idosa receba tratamentos e cuidados recomendados, baseados na evidência de forma consistente.

Palavras-chave: idoso, infeção, infeção da ferida cirurgica, prevenção, hospital.

ABSTRACT

Aging takes on more and more importance in Portugal and in the World. Associated with it is the increase in chronic diseases with increased exams and therapeutics in its surveillance and treatment, with associated collateral risks, namely Health Care Associated Infections (IACS). This situation forces professionals to adopt measures for their prevention and control. Among IACS, we highlight the Surgical Site Infection (ILC), which is the third most frequent IACS in Portugal, which in the elderly has a greater impact in terms of morbidity and mortality.

In order to develop skills as specialist nurse and master's in Medical-Surgical Nursing, the Elderly Person conceived a project with the objective of promoting ILC prevention and control care in partnership with the Elderly Person through the implementation of the ILC's "Beam of interventions" (DGS, 2015).

The methodology was the project work, supported in action research. The Project ran from October 2016 to February 2017. The participants were 14 physicians and 35 nurses. 24 questionnaires were applied to the nursing team, 11 questionnaires to the medical team, and observations of practices and 13 audits of clinical records.

It is important to highlight the acquired knowledge, the uniqueness of the Elderly Person through work in partnership, the promotion of training and reflection on the practice, motivation and involvement of health professionals in the implementation of new practices that benefit from a multidisciplinary approach.

The results show that the nursing care in partnership has benefits in the prevention of ILC in the elderly, and the implementation of the intervention bundles contributed to change care practices to ensure that the elderly receive recommended treatments and care based on the evidence consistently.

Key words: aged, elderly, infection, surgical site, prevention, hospital.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. REVISÃO DA LITERATURA	27
1.1. A pessoa idosa e a infeção de local cirúrgico.....	27
1.2. Medidas de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.....	34
2. METODOLOGIA	41
3. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	53
3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários.....	53
3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar.....	61
3.3. Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa	68
4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJECTO	77
5. CONCLUSÃO	81
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS e APÊNDICES	
ANEXO I -Norma DGS Nº 020/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirurgico	93
APÊNDICE I. Questionário acerca das Recomendações Baseadas na Evidência para a Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico	99
APÊNDICE II. Resultados das Observações das Práticas na Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico	105
APÊNDICE III. Revisão Scoping	111
APÊNDICE IV. Instrumentos de Avaliação Multidimensional à Pessoa Idosa	129

APÊNDICE V. Estudo de Caso em Contexto de Cuidados de Saúde Primário	135
APÊNDICE VI. Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa	161
APÊNDICE VII. Relatório de Estágio em CSP	171
APÊNDICE VIII. Formação Realizada na UCC	183
APÊNDICE IX. Estudo de Caso em Contexto Hospitalar	189
APÊNDICE X. Reflexão do estágio GCL-PPCIRA	213
APÊNDICE XI. Norma de Procedimento Geral - Medidas de Prevenção e Controlo das Infecções da Ferida Operatória	221
APÊNDICE XII. Reflexão do estágio no Serviço do Bloco Operatório Central	237
APÊNDICE XIII. Grelha de Auditoria Clínica - Monitorização das Medidas Preventivas de Infecção de Local Cirúrgico	245
APÊNDICE XIV. Formação Realizada no Serviço Bloco Operatório Central	249
APÊNDICE XV. Norma de Procedimento Geral - Cuidados Pré-operatórios a Doentes Neurocirúrgicos	257
APÊNDICE XVI. Protocolo Clínico - Controlo da Glicémia Capilar no Pré e Pós-Operatório	267
APÊNDICE XVII. Planos das Sessões de Formação no Serviço Neurocirurgia	273
APÊNDICE XVIII. Ação de Formação realizada à equipa Médica e de Enfermagem do Serviço de Neurocirurgia	279
APÊNDICE XIX. Ação de Formação realizada à equipa de Enfermagem do Serviço de Neurocirurgia	287
APÊNDICE XX. Poster	299
APÊNDICE XXI. Ação de Formação realizada à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos	303

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Objetivos gerais, objetivos específicos e atividades planejadas para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre.....48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Conhecimentos da equipa médica e de enfermagem sobre as recomendações baseadas na evidência para a prevenção de Infecção de Local Cirúrgico	44
Gráfico 2 - Monitorização das medidas preventivas de infeção de local cirúrgico.....	46
Gráfico 3 - Monitorização das medidas preventivas de infeção de local cirúrgico (fevereiro 2017)	75

INTRODUÇÃO

No âmbito do percurso académico do 7º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, tivemos a oportunidade de realizar um estágio com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção da infeção de local cirúrgico. O relatório agora apresentado, mostra o percurso realizado na implementação do projeto de estágio intitulado “Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa Intervenção de Enfermagem”.

O envelhecimento demográfico da população é uma realidade à escala mundial. A Europa é uma das regiões mais envelhecidas do mundo e Portugal, no contexto europeu, um dos países em que se observa um maior índice de envelhecimento demográfico, sendo o quinto mais envelhecido no conjunto da UE (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2013; 2015).

Os indicadores demográficos, atualizados à luz dos Censos 2011, refletem o ritmo de crescimento da população idosa. Verifica-se que a percentagem de jovens (com menos de 15 anos) recuou para 15% e de idosos (65 ou mais anos) cresceu para 19% do total da população. Este aumento progressivo da população, resulta da diminuição da mortalidade e do conseqüente aumento da esperança média de vida, mas também da redução da natalidade (INE, 2013).

Por outro lado, a tecnologia ao serviço da saúde introduziu meios de diagnóstico e tratamento inovadores, contribuindo para a longevidade da população, mas também para o aumento de doenças crónicas que fez aumentar o número de doentes em terapia imunossupressora, terapêutica antibiótica mais agressiva, (re)internamentos frequentes e repetidos, com os conseqüentes riscos associados, nomeadamente o de infeção (Leucor, 2010).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), correspondem às infeções adquiridas pelas pessoas em consequência dos cuidados de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional (Ministério da Saúde, 2007). Este é um conceito abrangente, que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. As IACS, estão

entre as complicações mais frequentes da hospitalização, sendo causa de significativa morbimortalidade.

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em cada 100 doentes internados, 7 nos países desenvolvidos e 10 nos países em desenvolvimento, adquiram infecções hospitalares. Anualmente centenas de milhões de pessoas são afetadas por este problema em todo o mundo. A infecção associada aos cuidados de saúde emerge assim como problema de Saúde Pública à escala global (Almeida, Alves, Mendes, Perelman, Lobão & Sousa, 2016).

Não sendo um problema novo, as IACS assumem cada vez mais importância, constando da lista das 6 prioridades globais da Organização Mundial de Saúde (OMS). A Health Care- Associated Infections tem como uma das suas prioridades a segurança dos doentes (WHO, 2009).

A segurança dos doentes - *Patient Safety* – é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante da qualidade em saúde, sendo entendida como a ausência de danos evitáveis ao doente durante o processo de cuidados de saúde (WHO, 2009).

Um direito fundamental do cidadão é o acesso a cuidados de saúde de qualidade, a quem é reconhecido a legitimidade para tal exigência nos cuidados que lhe são prestados, sendo a segurança um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. Os incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde, entre eles as IACS, têm nefastas consequências humanas, físicas e emocionais quer nos doentes quer nas famílias e também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS, na sua economia, com o consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (Direção Geral da Saúde - DGS, 2012).

As IACS são um problema que afetam todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento, sendo igualmente um assunto central na estratégia de várias organizações internacionais, de que é exemplo a World Alliance for Patient Safety, lançada em 2004 pela OMS, tendo como mensagem principal *Clean Care is Safer Care* (Allegranzi, Storr, Dziekan, Leotsakos, Donaldson & Pittet, 2007).

O foco inicial deste programa foi promover em todo o mundo, em todos os níveis de cuidados de saúde, as melhores práticas de higiene das mãos, como um primeiro passo para garantir altos padrões de controle de infeção e segurança do doente (WHO, 2017). A OMS afirma que a higiene das mãos, efetuada de forma correta e em

momentos adequados, é a principal medida para reduzir as infeções hospitalares, podendo salvar vidas (WHO, 2009).

A visão contínua do programa *Clean Care é Safer Care*, é fazer com que todos os aspetos da prevenção e controle de infeção sejam prioridade nos cuidados de saúde em toda parte do mundo, com as mãos limpas no centro desta. Por esta razão, a campanha anual liderada pela OMS, *Save Lives: Clean Your Hands*, lançada em 2009, visa manter o esforço global, apoiando os profissionais de saúde a promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada, contribuindo para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS,2014; WHO,2017).

Dados da Direção Geral da Saúde, do inquérito de prevalência de infeção de 2012, revelam-nos que em Portugal a taxa global de prevalência de infeção é de 10,6%, comparativamente com a União Europeia que é de 6,1%.

Deste modo em Portugal esta problemática assumiu recentemente o carácter de Programa Prioritário de Saúde, tendo sido criado em 2013 o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), sendo as IACS consideradas um indicador relevante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados (DGS, 2013). A PPCIRA centra a sua intervenção entre outras na redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, bem como na taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos, na vigilância contínua da infeção hospitalar, no consumo de antibióticos e na incidência de microrganismos multirresistentes (DGS, 2013).

Em 2009 foi implementada a Campanha de Higiene das Mãos com vista a combater esta problemática, que se fundiu em 2014 numa campanha mais alargada, denominada: *Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (CPBCI)*, atualmente designada como *Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI*.

As Precauções Básicas de Controlo da Infeção, são recomendações de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde, devendo ser aplicadas a todos os utentes, tendo com objetivo principal prevenir a transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 refere que o sistema de saúde é responsável por “promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto” (DGS,

2012, p.2). As IACS são um dos eventos adversos mais frequentes nos doentes internados em hospitais, constituem uma ameaça séria à segurança dos doentes, aumentam a morbidade e a mortalidade, prolongam a estadia nos hospitais e o aparecimento potencial de incapacidades. Para além de constituírem uma ameaça à segurança do doente, as IACS têm ainda um elevado impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

Num esforço conjunto em 2016 a Direção-Geral da Saúde (DGS) através do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas (PPCIRA) celebrou um acordo específico com a Fundação Calouste Gulbenkian na área da infeção hospitalar, com especial enfoque para o Projeto *O Desafio Stop Infeção Hospitalar*.

Este programa, foi iniciado em 2015, envolveu 19 hospitais de 12 Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, tendo como compromisso mobilizar as instituições, os profissionais, e a sociedade, pretendendo num período de 3 anos reduzir em 50 % a incidência das principais infeções hospitalares, nomeadamente: infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a cateter vascular central (CVC); infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacterémia secundária a algaliação), pneumonias associadas à intubação em unidades de cuidados intensivos (UCI); e infeções do local cirúrgico, e consequentemente a diminuição da mortalidade, da morbidade, dos tempos de internamento e dos custos globais em saúde. Permitindo desta forma, o aumento da segurança e da confiança dos doentes nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e a promoção da melhoria contínua da qualidade em saúde em geral. (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

No projeto *O Desafio Stop Infeção Hospitalar*, a metodologia baseia-se num processo de melhoria contínua que visa a adoção de boas práticas baseadas na melhor evidência técnico-científica disponível (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

O desenvolvimento do processo beneficia de uma abordagem em equipa multidisciplinar, permite analisar as práticas desenvolvidas, implementar práticas de cuidados relativos à prevenção da infeção, sensibilizando os profissionais de saúde para a necessidade de mudança dessas mesmas práticas. Utilizando estratégias orientadas para o conhecimento (educação, implementação de feixes de intervenção) e estratégias viradas para o comportamento (como estratégias facilitadoras para

remoção de bloqueios e resistências à mudança, estratégias diretivas), sendo que a participação dos profissionais é crucial para o sucesso da intervenção (DGS,2015).

Em suma, têm por base a adoção sistemática de boas práticas (baseadas na melhor evidência científica), através da divulgação e implementação de feixes de intervenções (Bundles) como um conjunto coeso de medidas, em que todas têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido, tendo também em conta a unidade de tempo e de espaço, no sentido em que todas as intervenções ocorrem num tempo e num local ou área específicos. Bem como a monitorização contínua, e a redefinição dos processos de forma a garantir a prestação de cuidados de excelência com a máxima segurança (Almeida, et al.,2016).

Esta iniciativa, que visa reduzir a taxa de infeções em hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS), conta com a parceria do *Institute for Healthcare Improvement*, uma organização americana com um vasto conhecimento prático na definição, implementação e avaliação de programas de melhoria da qualidade em saúde (Almeida, et al. 2016). Tendo como objetivo global, a incorporação desta metodologia no PPCIRA, promovendo o seu desenvolvimento gradual à escala nacional, a partir de 2018.

Entre as IACS, destaca-se a Infeção de Local Cirúrgico(ILC), que está relacionada com o procedimento cirúrgico que é a terceira IACS mais frequente em Portugal.

Tem sido demonstrado que a ILC integra até 20% de todas as infeções hospitalares e que pelo menos 5% dos doentes submetidos a um procedimento cirúrgico desenvolvem uma infeção do local cirúrgico, na maioria das ILCs, a incisão é contaminada por microrganismos do próprio doente durante a intervenção cirúrgica (NICE, 2008). Cada ILC é responsável por 7-11 dias extras de internamento e por um aumento de risco de mortalidade em 2-11 vezes (DGS 2013).

Segundo os dados do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do hospital onde exerço funções, taxa de prevalência de infeção hospital é de 12,53%, a ILC é também a terceira IACS mais frequente, com uma taxa de prevalência de infeção de 15,4%, verificando-se uma taxa mais elevada nos Serviços Cirúrgicos (15,8%) ,do que nos Serviços Médicos (11,2%), dados do Inquérito de Prevalência de Infeção (IPI) efetuado em 2012.

A infeção do local cirúrgico é um problema que preocupa os profissionais a instituição, nomeadamente no serviço de Neurocirurgia, daí que estejam a ser desenvolvidos esforços e criadas sinergias que permitam minimizar e prevenir este problema. Neste sentido, desde 2015 que está em desenvolvimento um estudo em parceria com a Unidade de Investigação Desenvolvimento em Engenharia Mecânica e Industrial (UIDEMI) e a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, cuja finalidade é caracterizar, reduzir e prevenir de forma sustentada a Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) no serviço de Neurocirurgia.

Nesta relação academia-prática clínica articulam-se, estudantes e profissionais que desenvolvem projetos de investigação-ação que visam a melhoria sustentada da prática clínica, de acordo com a mais atual evidência científica, e se enquadra o projeto que se descreve neste relatório.

Tivemos a oportunidade integrada no estudo acima referido, de realizar um estágio com a finalidade de implementar o “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico na pessoa idosa, tendo por base a norma DGS nº 020/2015, no intuito de assegurar que todos os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência de uma forma consistente, DGS (2013). A maioria das ILC é evitável, sendo fundamental a implementação de medidas no pré, intra e pós-operatório com o objetivo de reduzir o risco de infeção, NICE (2008).

Assim, este projeto visa desenvolver competências de especialista e mestre na área da enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa e nomeadamente contribuir para a prevenção de Infeção de Local Cirúrgico na pessoa idosa e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde ao idoso, baseando a intervenção de enfermagem na evidência científica, que oferece orientações para evitar/ minimizar este problema.

Neste sentido, é crucial o estabelecimento de uma relação ética, de parceria, entre o enfermeiro e a pessoa idosa, evitando complicações, que poderão comprometer o seu estado de saúde, a sua funcionalidade e o seu bem-estar emocional (Gomes,2013). Assim o enfermeiro deverá construir uma ação conjunta, que visa capacitar a pessoa para assumir o controlo do Cuidado de Si, em que a pessoa idosa deve ser implicada na prevenção da infeção, ajudando-a a promover o seu projeto de saúde e de vida em qualquer que seja a circunstância, respeitando o seu ritmo e tempo, garantindo a existência de um ambiente seguro (Gomes,2013).

A capacitação e consciencialização dos enfermeiros para a aplicação dos critérios e normas de boas práticas na prevenção da infeção de local cirúrgico, irão contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, quer para a manutenção de medidas básicas criando assim um ambiente terapêutico seguro para todos, promovendo desta forma uma prática baseada na evidencia científica, e na satisfação das necessidades da pessoa, de forma a garantir a excelência dos cuidados de enfermagem, que podem resultar numa diminuição da infeção. Neste sentido considerámos importante desenvolver um projeto que contribuísse para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa na prevenção da infeção de local cirúrgico e ao mesmo tempo, ir ao encontro do sentir, da preocupação da equipa de enfermagem, colmatando assim uma necessidade do Serviço de Neurocirurgia.

A escolha de implementar o feixe de intervenções relativos à ILC teve por base o fato do contexto do Hospital onde foi desenvolvido este projeto não estar ainda integrado no programa Stop Infeção, nem estarem a ser aplicada a norma definida pela DGS para a prevenção da ILC, parecendo-nos importante sermos proativos nesta problemática, por outro lado o facto do projeto estar a ser desenvolvido num serviço cirúrgico e ainda ao nível do hospital onde se desenvolveu este projeto a ultima caracterização infeção obtida de 2012 ter mostrado taxas de ILC de 15,4%. A relevância do projeto advém do fato de se pretender contribuir para prevenir o crescente número de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), nomeadamente ILC, o que obriga a que os profissionais de saúde adotem medidas para a sua prevenção e controlo.

Apesar de nos considerarmos como enfermeiras de cuidados gerais , em estádios de desenvolvimento mais avançados de acordo com Benner (2001), verificamos que no que diz respeito aos cuidados especializados à pessoa idosa, encontramos-nos nos níveis iniciais, pelo que consideramos então pertinente o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado á pessoa idosa, nomeadamente na prevenção da infeção de local cirúrgico na pessoa idosa, através de um estágio que se realizou entre 26 setembro de 2016 e 10 fevereiro de 2017, em quatro locais distintos. Sendo o período mais longo do estágio (11 semanas) no Serviço Neurocirurgia acima referido, num hospital central. No período de 26 setembro a 21 outubro 2015 em contexto dos Cuidados de Saúde Primários

(CSP), integrando durante 4 semanas uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do distrito de Setúbal. Em contexto hospitalar para além do Serviço Neurocirurgia, efetuamos estágio no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) durante duas semanas e outras duas semanas no Serviço Bloco Operatório. O planeamento do estágio foi previamente delineado na Unidade Curricular “Opção II”.

Para a realização deste projeto, optámos pela metodologia de trabalho de projeto, com vista a implementação de intervenções para a resolução de um problema da prática clínica, no nosso contexto de trabalho, em que simultaneamente fosse possível a articulação entre a teoria e a prática, que é esperado neste percurso académico (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Delineamos os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências como enfermeira especialista para intervenção em parceria à pessoa idosa na prevenção da infeção de local cirúrgico visando a promoção do Cuidado de Si; e contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de Enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa.

Este relatório encontra-se estruturado em capítulos. Na introdução apresentamos a justificação /pertinência do projeto e os objetivos gerais. No primeiro capítulo a revisão da literatura que contextualiza a temática e orientou a prática de cuidados. O segundo capítulo refere-se a metodologia utilizada para a realização do estágio. No terceiro capítulo descrevemos as atividades realizadas, os resultados obtidos para o desenvolvimento de competências. No quarto capítulo apresentamos as reflexões sobre as competências desenvolvidas, as limitações do projeto, contribuições e as perspetivas de continuidade do projeto. Por último a conclusão, onde fazemos a síntese global do projeto, e a reflexão sobre o percurso desenvolvido.

A elaboração de todo o trabalho, assim como as referências bibliográficas, seguiu a norma da American Psychological Association (APA).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo apresentamos a revisão da literatura que sustentou o projeto de estágio e deu suporte às intervenções implementadas.

1.1. A pessoa idosa e a infecção de local cirúrgico

O envelhecimento da população é encarado como um dos maiores triunfos da humanidade, mas representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas (WHO,2005).

O aumento crescente do número de idosos, é uma realidade universal, Portugal prevê para 2050 mais de 3 milhões de idosos. As melhores condições socioeconómicas e dos cuidados de saúde, são fatores que têm contribuído para tal.

Contudo associado ao envelhecimento é expectável o aumento das doenças crónicas e com elas a dependência, a vulnerabilidade e fragilidade da pessoa, o que leva a pessoa idosa a ser uma grande consumidora de cuidados de saúde, exigindo dessa forma por parte da enfermagem uma resposta adequada nos diferentes níveis de cuidados, de forma a prevenir complicações promovendo qualidade de vida e minimizando custos económicos e sociais (Ribeiro&Paúl,2011).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, durante o maior tempo possível, constitui assim um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com repercussões no desenvolvimento económico dos países. Os domínios da Saúde e da qualidade de vida são complementares, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (DGS, 2006). Em quase todos os países a maioria das pessoas idosas são um recurso vital para a família e para a comunidade, pois muitas delas continuam a trabalhar quer no mercado de trabalho formal quer no informal (WHO,2005).

A saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, é definida como a capacidade que ele tem de gerir a sua própria vida ou cuidar de dele mesmo. Sendo determinada pelo funcionamento de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas (Moraes, Marino& Santos,2010).

Sabemos que muitas doenças não são fatais, mas podem causar incapacidade, com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, portanto, perda de autonomia e independência que acarretam (DGS,2006).

O conceito de fragilidade, está bastante associado à pessoa idosa, devido à diminuição progressiva da sua reserva funcional, decorrente do processo de envelhecimento. A fragilidade apesar de ser definida de várias formas, parece ser consensualmente entendida como uma síndrome caracterizada por uma menor capacidade adaptativa aos eventos agressores, resultando numa maior vulnerabilidade a efeitos adversos, como quedas, hospitalizações, recuperações prolongadas, incapacidade e morte (Davin, Paraponaris & Verger,2009; Lourenço,2008).

Devido à diminuição da sua reserva funcional, os idosos acabam por estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de complicações durante a hospitalização. estando assim mais suscetíveis às infeções associadas aos cuidados de saúde (Perry 2012).

A iatrogenia é uma das síndromes geriátricas que representa um dano decorrente de tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde para uma doença, e o facto de o sistema de saúde não estar preparado para dar uma resposta adequada aos problemas de saúde do idoso (Moraes et al. 2010).

Dados do Inquérito de Prevalência de 2012, revelam-nos que a faixa etária que apresenta a percentagem mais elevada de prevalência da infeção hospitalar é a dos 65-85 mais anos (12,6%-13,8%), devido às alterações provocadas pelo processo de envelhecimento, à coexistência de doenças crónicas e à fragilidade do seu sistema imunitário (DGS,2013).

A pessoa idosa, comparativamente com os adultos mais jovens, tem um risco de infeção mais elevado, devido às múltiplas patologias associadas, bem como as alterações do sistema imunológico relacionado com a idade na fagocitose, na migração celular e na produção de anticorpos, as alterações fisiológicas, as alterações cognitivas, que ocorrem com o envelhecimento, bem como o processo de desnutrição, aliados ao aumento das técnicas invasivas, por vezes á inadequada terapêutica antibiótica e imunossupressora, e aos múltiplos e prolongados internamentos (Lecourt,2010).

As doenças ou condições de saúde podem causar incapacidades e o óbito devendo ser prontamente reconhecidas na pessoa idosa e manuseadas de forma adequada, evitando-se, assim, a iatrogenia.

Não sendo um problema novo, as IACS assumem cada vez mais importância em todo o mundo, constando da lista de prioridades da OMS Patient Safety, por serem um dos efeitos adversos da prestação de cuidados de saúde potencialmente evitáveis.

Existem estudos que revelam que pelo menos 20% das IACS poderiam ser evitadas (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Entre as IACS, a infecção de local cirúrgico (ILC), é aquela que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisão ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias de pós-operatório ou até um ano no caso de colocação de próteses, implante/transplante.

É uma importante causa de morbidade e mortalidade na pessoa idosa e com o envelhecimento da população e o esperado aumento dos procedimentos cirúrgicos na pessoa idosa, as estratégias de prevenção, tratamento assumem grande importância (Bagdasarian, et al.2013).

O risco de ILC na pessoa idosa depende de um conjunto múltiplo de fatores, tais como os fatores intrínsecos relacionados com as múltiplas patologias crônicas como a diabetes, obesidade, desnutrição, tabagismo, a infecção pré-existente e a imunossupressão (DGS,2013). Para além das múltiplas comorbidades (neoplasias, insuficiência cardíaca congestiva, artrite, doença pulmonar crônica obstrutiva, entre outras), o estado funcional (a sua incapacidade de deambular, de tomar banho, de se vestir), o internamento hospitalar dias antes da intervenção cirúrgica e os fatores socioeconómicos também são variáveis que predispõem á infecção do local cirúrgico (Kaye, Sloane, Sexton, Scmader ,2006). O fato da pessoa idosa possuir um seguro privado, permite maior acesso aos serviços de saúde, ou aos sistemas de apoio da comunidade (Bagdasarian, et al.2013).

Para além dos fatores intrínsecos ao doente, vários são os fatores extrínsecos que estão relacionados com o risco de ILC, nomeadamente fatores cirúrgicos, relacionados com a preparação pré-operatória, profilaxia antibiótica, duração do ato cirúrgico, técnica asséptica, cuidados pós-operatórios (DGS,2013). A classificação da ferida cirúrgica, os tipos de procedimento cirúrgico também foram estatisticamente

associados á infecção, (Ercole, Franco, Macieira, Wenceslau, Resende &Chianca (2011).

Como os idosos representam uma população vulnerável, a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde nesta população é particularmente importante, torna-se necessário atuar nos fatores de risco, fazendo diagnósticos precoces, promovendo a adesão terapêutica e reabilitando a pessoa com limitações funcionais, através de uma intervenção integrada e continuada.

O enfermeiro tem um papel fundamental na gestão do ambiente centrado na pessoa para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, desenvolvendo esforços no sentido de minimizar o impacto negativo, respeitando a sua individualidade, autonomia e o seu projeto de vida (O.E.,2010).

A segurança do doente é entendida como a ausência de danos evitáveis ao doente durante o processo de cuidados de Saúde (WHO 2009). O enfermeiro deve procurar atender à satisfação das necessidades humanas, à máxima independência na realização das atividades da vida, estimulando o autocuidado na pessoa idosa, bem como prevenir complicações para a sua saúde, como é o caso da problemática em estudo, indo ao encontro dos conceitos fundamentais abordados por Dorothea Orem (2001).

A Enfermagem tem se preocupado cada vez mais com a melhoria na qualidade dos cuidados prestados, baseada na evidencia científica em que as teorias de enfermagem permitem compreender um fenômeno, as situações em que o indivíduo se encontra, utilizando maior competência, responsabilidade, conduzindo à autonomia de julgamento e decisões a implementar, orientando as praticas, o ensino e a investigação que forma a garantir a excelência dos cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

É fundamental que cuidados e tratamentos possam ir ao encontro das necessidades e preferência da pessoa idosa e com ou em risco de ILC deve ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre os seus cuidados se saúde, em parceria com os seus profissionais de saúde (Gomes,2016). Uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa idosa é essencial, devendo-lhe ser dada toda a informação e apoio que necessitam (NICE,2008).

Numa abordagem em parceria, está implícito a partilha da informação, o envolvimento, bem como a responsabilização da pessoa idosa e do enfermeiro no

processo de cuidados (Gomes,2016). A identificação com a pessoa idosa, do que para ela possa ser um problema, e quais as suas intenções, permite em conjunto elaborar um plano de cuidados, que permitirá a manutenção dos mesmos após o regresso a casa (Collière,2003). Se não tiver capacidade para tal, os profissionais devem assegurar os cuidados ou capacitar a família para tal (Gomes,2016).

Nesse sentido o enfermeiro deve fazer uma avaliação integrativa da pessoa idosa no sentido de promover O Cuidado de Si. A pessoa idosa deve ser colocada no centro das intervenções de enfermagem, o enfermeiro deve integrar a pessoa idosa no processo de cuidados, deve implica-la na prevenção da infeção, para que esta possa ter um papel ativo, participativo e esclarecido nas tomadas de decisões relacionadas com o seu projeto de vida e saúde em qualquer que seja a circunstancia, respeitando o seu ritmo e tempo, garantindo assim a existência de um ambiente seguro (Gomes,2013,2016).

O cuidado centrado na pessoa idosa é fundamental, o enfermeiro deve ter em atenção os seus desejos, necessidades, vontades, valores e crenças, só desta forma estará próxima dela e poderá compreender a sua forma de ser e estar na vida e a poderá orientar no seu processo de decisão (McCormack, 2003).

Dai a importância de ver a pessoa idosa como um parceiro de cuidados, para além de um ser de necessidades, assumindo que ela é uma pessoa com identidade própria, com os seus direitos e quereres (Gomes,2013,2016). Desta forma os enfermeiros estarão atentos ao sentido da vida para a pessoa, estarão preocupados em realizar os seus sonhos e promover a sua autonomia quer a nível da ação, quer a nível da decisão, independente da sua condição (Gomes,2013,2016). Desta forma o enfermeiro demonstra que a pessoa idosa é um ser de ação, decisão e cuidado (Gomes,2007).

Na construção do processo de parceria, o resultado da intervenção do enfermeiro com a pessoa idosa dependente e vulnerável é O Cuidado de Si, quando esta possui capacidade de autonomia, ou seja, a construção de uma ação conjunta que visa ajudar a pessoa idosa a lidar com a prevenção da infeção, nomeadamente a ILC, no contexto do seu projeto de vida (Gomes,2013,2016).

Quando a pessoa idosa não tem capacidade de autonomia, de decisão, a intervenção passa pela construção de uma ação em que o enfermeiro assegura o cuidado de si, cuidado do outro, ou capacitando a família para o fazer

(Gomes,2013,2016). Para tal é importante o enfermeiro conhecer a identidade da pessoa, quer seja através da família, ou de outras pessoas significativas, ou mesmo no conhecimento prévio que já detinha da pessoa, para que as suas intervenções sejam segundo os princípios da eficácia terapêutica e profissional permitindo que a família adquira competências para cuidar da pessoa idosa doente.

A construção do processo de parceria com a pessoa idosa, caracteriza-se por 5 fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e por ultimo, assumir ou assegurar o cuidado de si (Gomes,2013,2016). Estas fases segundo a autora, são interdependentes, mas estão inter-relacionadas, ocorrendo em simultâneo, podendo a qualquer altura retroceder no processo de acordo a avaliação e as necessidades identificadas.

A primeira fase, revelar-se, destaca a importância do “dar-se a conhecer” mutuo. O enfermeiro mobiliza as suas capacidades de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa para a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida (Gomes,2013,2016). Desta forma convida a um relacionamento de confiança, promove afetividade, disponibilidade, respeito, demonstrando capacidade para compreender o acontecimento de doença, identificando com ela os conhecimentos e os recursos que ela tem para fazer face prevenção da infeção.

A segunda fase da construção do processo de parceria é o envolver-se, que se caracteriza pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação entre ambos (enfermeiro/pessoa idosa), de forma a ir ao encontro da pessoa, criar uma relação de confiança, permitindo identificar a singularidade da mesma, reconhecendo as suas necessidades e potencialidades, mobilizando esse conhecimento em prol da relação e da intervenção conjunta com a pessoa idosa na prevenção da ILC (Gomes,2013,2016).

A terceira fase do processo de parceria é o capacitar ou possibilitar, que se caracteriza pela construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de transformar capacidades potenciais em reais para que a pessoa idosa possa assumir o controlo de si (Gomes,2013,2016).

Possibilitar, pressupõem um processo informado, esclarecido, ponderado e negociado, onde o enfermeiro recorre ao conhecimento que já tinha da pessoa idosa, ou obteve através da família, mantendo a sua identidade, assumindo a responsabilidade do cuidado que o outro deveria ter consigo se tivesse autonomia

para a prevenção da infecção, ou capacitando a família ou o cuidador familiar para assegurar os cuidados que o Outro deveria ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia, antecipando complicações e promovendo o conforto e bem-estar (Gomes, 2013,2016).

Comprometer-se é a quarta fase da construção do processo de parceria, em que são desenvolvidos esforços, intervenções que visam a transição progressiva das capacidades potenciais para reais da pessoa idosa, proporcionando que o idoso possa prosseguir o seu projeto de vida e saúde, dando reforço positivo, estimulando, escutando e mostrando disponibilidade para ajudar a ultrapassar as dificuldades (Gomes, 2013,2016).

A quinta fase da construção do processo de parceria é o "Assumir o controle do cuidado de Si próprio ou Assegurar o cuidado do Outro" que significa que a pessoa idosa possui informação, consegue decidir sobre a sua trajetória de vida, consegue tomar decisões, gerir a sua situação de doença tendo controle sobre o seu projeto de vida e saúde, ou que o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado e garante que a família adquira competências para ajudar a cuidar da pessoa idosa, mantendo-se ele como recurso(Gomes,2013,2016).

É fundamental que exista uma harmonia entre o enfermeiro e a pessoa idosa, uma autêntica relação de confiança mútua, permitindo à enfermeira centrar-se na necessidade que foi expressa pela pessoa idosa, utilizando estratégias, que irão ajudar a pessoa, a utilizar os seus recursos internos para se adaptar às alterações provocadas pela doença, a participar nas tomadas de decisões, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida.

Esta é sem dúvida uma das nossas responsabilidades como enfermeira especialista nos cuidados às pessoas idosas "porque as pessoas vivem de acordo com as suas prioridades e prosseguem o que é importante para elas" (Gomes,2013).

1.2. Medidas de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Vários são os fatores conhecidos como responsáveis pelo aumento da frequência de infecções do local cirúrgico, podem ser agrupados em fatores relacionados com o doente, os fatores intrínsecos, que são incontornáveis e resultam do aumento da longevidade, devido em grande medida aos desenvolvimentos a nível da biomedicina e da medicina tecnológica. A idade avançada e a coexistência de múltiplas formas de morbilidade, condicionam a resposta imunitária do hospedeiro, torna-o mais suscetível ao desenvolvimento da infecção, nomeadamente as que se associam aos cuidados de saúde. Em relação aos fatores intrinsecamente relacionados com a prevalência e local das infecções, estes não estão só relacionados com as infraestruturas e materiais, mas também com fatores organizacionais (Almeida, et al.2016).

A consciencialização dos diversos fatores de risco pelos profissionais é importante, porque os idosos podem beneficiar de intervenções no peri-operatório que irão promover a diminuição do risco de infecção do local cirúrgico, Kaye et al. (2006), mostrou-nos que 88% dos doentes que desenvolveram infecção do local cirúrgico apresentavam um fator de risco e que 44% dos doentes apresentavam dois ou mais fatores de risco para o desenvolvimento de ILC.

Neste sentido vários autores têm destacado a importância da relação dos profissionais de saúde com o doente, bem como a existência de programas efetivos de prevenção de infecções, bem como a monitorização desses programas (Almeida, et al.2016).

Os enfermeiros especialistas tem competências específicas de coordenar a implementação e manutenção de medidas básicas criando um ambiente terapêutico seguro para todos os elementos que fazem parte da equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros,2010). Cabe-lhes comprometer os diversos elementos, entre eles a pessoa idosa, para a mudança de comportamentos, atitudes e integra-los em processos de mudança, trabalhando conjuntamente com eles.

É fundamental que os profissionais tenham em conta que as IACS têm um grande impacto social, assumem uma grande incidência na pessoa idosa, ocasionando o aumento da morbilidade e mortalidade.

Nesse sentido a nível nacional vários são os programas de prevenção e controlo de infeção que constituem uma componente estruturante da qualidade em saúde no contexto da segurança da pessoa idosa. O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), baseia-se em três pilares essenciais: prevenção e controlo da IACS, prevenção e controlo das resistências aos antimicrobianos e vigilância epidemiológica (DGS,2016).

Para a operacionalização dos dois primeiros pilares foram definidos objetivos de redução da resistência e de promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção. A vigilância epidemiológica através da notificação obrigatória e dos estudos epidemiológicos específicos permite medir o sucesso das restantes intervenções (Almeida et al.,2016). Cada instituição deve conhecer o risco de infeção a fim de adotar as medidas necessárias para o reduzir, implementando medidas preventivas diferentes das atuais, de forma a contribuir para a redução da ILC e para a diminuição da morbilidade e mortalidade (Coskun&Aytaç,2007). Para tal é necessário efetuar vigilância epidemiológica, sendo por isso necessário a adesão do médico, à notificação da infeção.

Em Portugal os indicadores de 2015 mostram-nos que a adesão à vigilância epidemiológica (VE) é significativa e crescente por parte dos serviços e instituições, estando implementada em todo o País, embora ainda exista margem para melhoria.

Os resultados demonstram-nos que em 85% dos hospitais é efetuada a VE de pelo menos uma das IACS e que a adesão VE da Infeção de local cirúrgico é de 67%.

O programa, anteriormente designado por HELICS-Cirurgia (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance), conta com a participação de Portugal desde 2003, estando atualmente integrado no ECDC.

A adesão ao programa nos últimos anos tem vindo a aumentar, permitindo um maior conhecimento da realidade portuguesa. Os países europeus que implementaram redes de VE obtiveram reduções de infeção entre os 25% e os 74%, ao fim de quatro a oito anos. De referir que os doentes que adquirem uma ILC têm 60% mais probabilidades de serem transferidos para uma unidade de cuidados intensivos, cinco vezes mais probabilidades de serem reinternados e duas vezes mais probabilidades de morte associada à infeção (DGS,2016).

Num número significativo de intervenções cirúrgicas as ILC são evitáveis, uma vez que o risco pode ser minimizado com a adoção de boas práticas no período peri-operatório. O cumprimento de algumas medidas básicas como a adequada preparação pré-operatória, técnica cirúrgica asséptica, profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios irão contribuir para a prevenção da ILC, DGS (2013).

Sendo fundamental que as medidas de prevenção de infeção sejam implementadas pela equipa multidisciplinar, pois, para que ocorram mudanças sustentáveis nos procedimentos e comportamentos é essencial o empenho de todos (WHO,2009).

Nos últimos anos têm surgido várias estratégias das quais se destacam a das Bundles of Care proposta pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). O conceito “Care bundle” é uma abordagem multimodal, como nos refere Pina et al. (2010).

Em Portugal designam-se por feixes de intervenção e consistem num conjunto de intervenções ou boas práticas, geralmente três a cinco, baseadas na melhor evidência. Quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um resultado superior ao da mera adição do efeito de cada uma das intervenções, individualmente. Têm como objetivo assegurar que todos os doentes recebem os cuidados recomendados, baseados em evidência e de forma contínua, para que haja maior impacto na prevenção e um melhor resultado, traduzido pela redução das Infecções associadas aos cuidados de saúde (Crolla, Laan, Veen, Hendriks, Schendel, Kluytmans ,2012; Slegt et al ,2013).

A implementação dos feixes de intervenção em Portugal, passou a ser imprescindível em 2015, após normalização dos procedimentos publicada pela Direção-Geral da Saúde em normas de orientação clínica (Almeida, et al. 2016).

A Direção Geral da Saúde (2016) recomenda que na implementação dos feixes de intervenção (bundles) uma especial atenção ao carácter multidisciplinar, agregador e motivacional da equipa de trabalho e que se deve monitorizar os resultados da aplicação dos feixes de intervenção, nomeadamente a adesão dos profissionais à aplicação das medidas do feixe e melhorias nos indicadores.

O “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico é constituído por um algoritmo clínico composto por cinco intervenções, nomeadamente, (Anexo I):

1- Realizar banho com Cloro-hexidina $\geq 2\%$, no dia anterior á cirurgia e, no dia da cirurgia, com menos 2 horas de antecedência;

Antes de preparar a pele de um doente para um procedimento cirúrgico, deve-se proceder-se à sua descontaminação major (WHO,2009). Para tal, o banho pré-operatório é uma boa pratica de cuidados porque garante que a pele está o mais limpa possível e reduz a carga bacteriana, especialmente no local da incisão(WHO,2016).

Apesar do banho pré-operatório com antissépticos não ter mostrado ainda que reduz a incidência de ILC, sabemos que 80% das bactérias em infeções do local cirúrgico têm origem na pele do doente, sendo este procedimento bem aceite para reduzir a microflora da pele. Embora raro pode ocorrer hipersensibilidade do doente e reações alérgica ao gluconato de clorexidina e deve existir um protocolo de enfermagem para uniformizar os procedimentos (Graling & Vasaly,2013).

2- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores a incisão cirúrgica, sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24horas de acordo com a norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”

A administração de antibiótico profilático após a incisão cirúrgica, é considerada ineficaz para redução do risco ILC, comparativamente se a sua administração ocorrer antes da incisão cirúrgica. Para que o antibiótico profilático seja eficaz devem existir concentrações de antibiótico adequadas nos tecidos no momento da incisão e durante todo o procedimento cirúrgico. Desta forma irá impedir a proliferação bacteriana, e assim diminuir o risco e incidência de ILC.

Devendo ser administrado nos 60 minutos (120 minutos, no caso de vancomicina) que antecedem a cirurgia e deve estar completo antes da incisão cirúrgica (DGS ,2013).

Embora existam diretrizes para a administração do antibiótico profilático em dose única, a adesão é baixa, a evidência publicada demonstre que a utilização dos antimicrobianos após o encerramento da ferida operatória é desnecessária, que não existe benefício nas doses adicionais, sendo que o uso desnecessário e prolongado de antibióticos profiláticos está associado ao aumento das resistências aos antimicrobianos e ao aumento de custos em saúde (Hohmann et al. 2011; Oh, Goh, Azim, Tee, Phung ,2013).

Apenas se deve repetir cada duas vezes a semivida do antibiótico, em doentes com função renal normal em cirurgias mais prolongadas ou se houver perda excessiva de sangue durante o procedimento cirúrgico (WHO,2016).

3- Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar maquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;

A remoção do cabelo /pelos do local da incisão cirúrgica, só deve ser efetuada quando for estreitamente necessária(para facilitar uma exposição adequada ou marcação pré-operatória da pele), caso seja ,ela deve ser restrita ao local da incisão, realizada imediatamente antes da intervenção cirurgia, fora da sala operatória porque minimiza a dispersão dos cabelos soltos e o potencial de contaminação dos campos cirúrgicos e /ou ferida cirúrgica e deve-se utilizar maquina elétrica, porque a lâmina provoca microfissuras na pele que servem como focos para a multiplicação bacteriana(WHO,2009, 2016).

4- Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5\%$);

A manutenção da normotermia tem um benefício significativo na redução do risco de ILC, os dispositivos de aquecimento devem ser utilizados para evitar a hipotermia do doente na sala operatória e durante o procedimento cirúrgico, de forma quer a reduzir o risco de infeção da área cirúrgica quer o de outras complicações associadas à cirurgia. A hipotermia aumenta a incidência de eventos adversos miocárdios, aumenta significativamente o sangramento intraoperatório e a necessidade de transfusão, resultando no aumento da morbimortalidade cirúrgica. (WHO, 2016). Sendo uma intervenção que os profissionais devem incorporar na sua pratica dos cuidados ao doente, (Fettes, Mulvaine& Doren,2013).

5- Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24horas seguintes.

Os níveis de glicose no sangue aumentam durante e após a cirurgia devido ao estresse cirúrgico. A cirurgia provoca uma resposta ao estresse que resulta na liberação das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e na inibição da secreção de insulina. O que tornam os pacientes cirúrgicos em alto risco de hiperglicemia, mesmo os não-diabéticos (WHO, 2016).

A hiperglicemia está associada a um risco aumentado de ILC, consequentemente a um risco aumentado de morbidade, mortalidade, maiores custos de cuidados de saúde tanto em doentes diabéticos como não diabéticos e má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio (SPA,2008). A hipoglicemia no pré-operatório e as diversas variações da glicemia predispoem a uma maior incidência de mortes intra-hospitalares, sendo a estabilização e prevenção da hipoglicemia importante para redução da mortalidade hospitalar (Jeon, Furuya, Berman & Larson,2012).

Neste sentido o controlo da glicémia peri-operatório tem um impacto positivo na morbidade, mortalidade peri-operatória, tempo de internamento e reduz o risco de infeção nos doentes diabéticos e não diabéticos submetidos a procedimentos cirúrgicos (WHO,2016).

Tendo como objetivo promover a segurança do doente, a qualidade dos cuidados, devemos divulgar e otimizar as varias orientações de boas praticas para a prevenção de infeção de local cirúrgico. Para tal é necessário corrigir os problemas estruturais e funcionais que tendem a dificultar ou impedir a implantação de boas práticas, adequando os procedimentos e encontrando novas formas, mais eficazes, de os implementar, verificar se estas são cumpridas, implementar medidas preventivas e realizar a VE, desta forma iremos contribuir para reduzir o risco de Infeção de local cirúrgico (DGS,2013).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo, pretende-se desenvolver a metodologia utilizada na realização do projeto que nos permitiu a prossecução dos objetivos traçados na fase de projeto, o desenvolvimento de competências com enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção da infeção de local cirúrgico.

O enfermeiro no desenvolvimento de competências de especialista fica habilitado para prestar cuidados à pessoa na área da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, que lhe permite através do julgamento crítico e da tomada de decisão, dar resposta às dificuldades das pessoas tendo em conta as suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde em qualquer ambiente de cuidados de saúde, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2011).

Na área da pessoa idosa, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências que permitam cuidar destas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL,2015).

O enfermeiro enquanto mestre em enfermagem deve desenvolver competências no que concerne à capacidade de análise sobre o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, nas dimensões ética, política, histórica, social e económica, e no desenvolvimento de projetos que promovam a reflexão, questionamento de práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação (ESEL,2014). Ele deve também ser capaz de comunicar os conhecimentos, raciocínios e as suas conclusões a elas subjacentes, quer seja a especialistas ou não, de uma forma clara, sem ambiguidades e deve desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior).

Cada vez mais é esperado dos enfermeiros uma prática baseada na evidência, ou seja, a utilização de evidências científicas, produzida por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para a tomada de decisão, a fim de selecionarem a intervenção mais adequada para cada situação específica de cuidado, com a finalidade de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A prática baseada na evidência em enfermagem envolve a definição de um problema, a verificação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e a apreciação dos resultados. Ela representa o elo entre a pesquisa e a prática, como ferramenta para a capacitação no processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que permite a aquisição e validação de conhecimentos. Para tal é necessário o retorno dos resultados dos estudos à prática assistencial e que os temas de pesquisa sejam resultantes da necessidade desta, de forma objetiva e aplicada ao seu contexto de trabalho (Pedrolo, Danski, Mingorance, Lazzari, Méier, Crozeta, 2009).

O trabalho desenvolvido enquadra-se na metodologia de projeto, que assenta numa investigação de um problema real, e na conseqüente construção e implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, encontrando-se o seu nível de desenvolvimento muito próximo da investigação-ação. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Estas metodologias pressupõem iniciativa e participação de todos os envolvidos na mudança pretendida, baseia-se não só na investigação de um problema, mas também, na intervenção e estabelece uma relação de dinâmica entre a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010). O projeto contempla 5 fases de desenvolvimento: Diagnóstico da situação, planeamento das atividades e estratégias, execução, avaliação e divulgação de resultados. (Ruivo et al., 2010). De que de seguida iremos desenvolver cada um desses pontos.

Diagnóstico da situação, nesta fase procura-se identificar o problema existente, é um processo contínuo onde se verifica uma recolha de dados de forma objetiva e qualitativa que conduzirá à definição das necessidades sentidas e das atividades a desenvolver, sendo fulcral que seja efetuado rapidamente para possibilitar uma ação em tempo útil que permita a implementação de medidas pertinentes e resolúveis;

A identificação do problema existente na prática, a definição de objetivos para a resolução do problema, a definição das estratégias e atividades a desenvolver, os indicadores de avaliação e os recursos necessário, foram etapas iniciadas no segundo semestre, através do projeto de estágio.

Na reflexão com a equipa de enfermagem do Serviço de Neurocirurgia, verificámos que os cuidados se organizavam para dar resposta às necessidades de

saúde da pessoa idosa, relativamente à ILC não tinham em conta as normas de boas práticas e das medidas preventivas, nomeadamente do algoritmo clínico para a prevenção da ILC e inexistência de articulação com o Bloco Operatório nos diversos procedimentos (profilaxia antibiótica, tricotomia, normotermia, glicémia capilar).

Podemos também constatar a existência de pouco envolvimento da pessoa idosa nos cuidados, em que a sua individualidade, as suas capacidades e potencialidades na promoção da sua autonomia para a prevenção da ILC não eram valorizadas pela equipa.

Ao longo do estágio do terceiro semestre foi aprofundado o diagnóstico da situação, através do uso e otimização de instrumentos de colheita de dados qualitativos e quantitativos.

A escolha do instrumento de colheita de dados, depende do contexto, da população, entre outros fatores. Neste trabalho foram utilizadas a análise documental, observação das práticas, questionário e escalas de avaliação multidimensional do idoso.

De forma a **avaliar os conhecimentos** e as práticas da equipa de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia, aplicamos um questionário elaborado por nós, com o objetivo identificar os conhecimentos destes profissionais relativamente às intervenções recomendadas pela norma nº 020/2015 da DGS, e as necessidades formativas dos mesmos (Apêndice I).

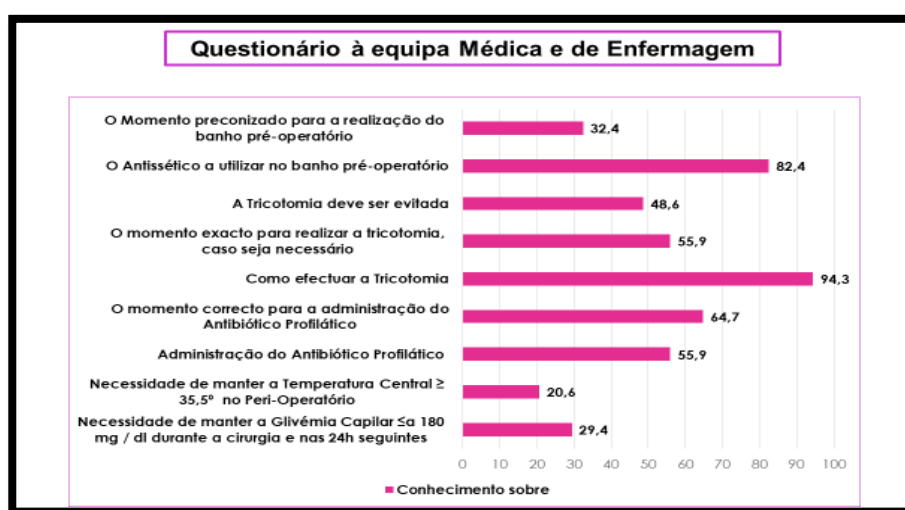
O questionário foi alargado à equipa médica e anestesista do serviço visto que a aplicação da norma não dependia apenas da intervenção de enfermagem. Pretendíamos também identificar os seus conhecimentos e as suas necessidades formativas sobre a temática.

O questionário era composto por questões fechadas, de escolha múltipla. Segundo Fortin (2009) o questionário é um meio rápido de obter informações de natureza impessoal e com elevada fidelidade. Após ter sido efetuado um pré-teste do questionário, este foi entregue pessoalmente aos diversos elementos, sensibilizando-os para a importância da reflexão, garantindo-lhes confidencialidade dos dados, tendo sido obtido o consentimento livre e esclarecido dos mesmos. Após uma 1 semana estes foram recolhidos no Serviço de Neurocirurgia e procedeu-se a sua análise.

A amostra seleccionada foi de 35 enfermeiros, 13 médicos e 1 anestesista correspondente à totalidade da equipa multidisciplinar do Serviço Neurocirurgia. Destes 68% enfermeiros responderam ao questionário, 76% médicos e 100% dos anestesistas.

Da amostra obtivemos os resultados apresentados no gráfico 1.

Gráfico 1: Conhecimentos da equipa médica e de enfermagem sobre as recomendações baseadas na evidência para a prevenção de Infeção de Local Cirúrgico



Após análise dos resultados constatamos que era necessário e fundamental complementar o diagnóstico de situação, para tal planeamos e fizemos observação das práticas dos profissionais envolvidos e auditoria aos registos clínicos.

De salientar que o desenvolvimento deste projeto ocorre no Serviço de Neurocirurgia, mas tivemos de ter em atenção que a implementação do mesmo atravessa dois contextos o internamento do Serviço de Neurocirurgia (Enfermaria, Unidade Cuidados Intermédios e Intensivos) e Serviço Bloco Operatório, requerendo para tal um envolvimento multidisciplinar.

A **observação das práticas** com base nos itens do algoritmo clínico da norma da DGS nº 020/2015 e a auditoria aos registos clínicos dos doentes através da aplicação da grelha de auditoria da norma da DGS, permitiram identificar o que era realizado e registado pela equipa para a prevenção da ILC.

Nomeadamente, nas interações entre a equipa e a pessoa idosa que iria ser submetida a uma intervenção cirúrgica, bem como na identificação das intervenções desenvolvidas, avaliando as necessidades e o estado da arte no contexto das práticas, para a prevenção da ILC.

Assim com base nos itens do algoritmo clínico da norma nº 020/2015 da DGS que pretendíamos implementar no serviço fizemos observação das práticas e identificamos que:

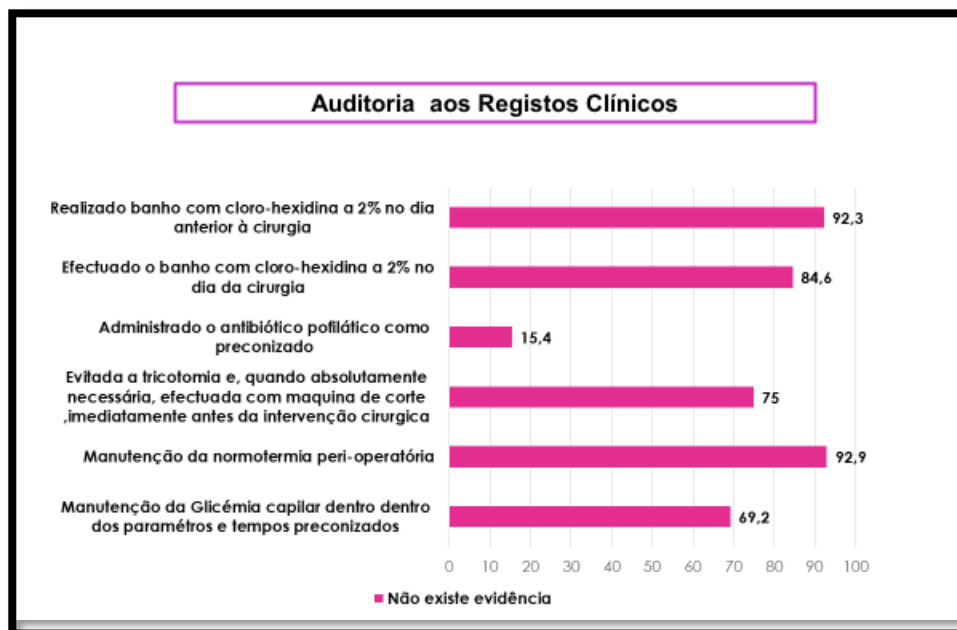
Nem sempre o banho pré-operatório era efetuado nos momentos preconizados, nem como recomendado, relacionado com a admissão da pessoa idosa no serviço e com o fornecimento do antisséptico, quer na véspera, para ser efetuado no domicílio, quer no próprio dia da intervenção cirúrgica, sendo também motivado por uma norma de procedimento desatualizada no serviço e que não existia menção á realização do banho pré-operatório pelo enfermeiro responsável pela admissão do doente no Bloco operatório.

Podemos também observar que a administração do antibiótico para a profilaxia antibiótica como preconizada era cumprida; que a tricotomia era realizada no Bloco Operatório; que não era prática corrente a monitoração da temperatura aos doentes no intraoperatório, que não existia protocolo, nem sistema de monitorização de temperatura dos tecidos profundos em todas as salas operatórias; e que a monitorização da glicémia capilar era efetuada apenas em doentes diabéticos em ambos os serviços, não existia protocolo de procedimento e no Bloco Operatório, nem glucómetros em todas as salas operatórias (Apêndice II).

Efetuar uma **auditoria aos registos clínicos** revelou-se uma estratégia necessária e fundamental para completar o diagnóstico da situação, e dessa forma compreender o que é registado pela equipa multidisciplinar.

Podemos constatar que dos treze processos consultados, não existia evidência de registo na maioria dos itens do algoritmo, como se mostra no gráfico 2.

Gráfico 2: Monitorização das medidas preventivas de infeção de local cirúrgico



Verificou-se também a inexistência de diagnóstico de enfermagem parametrizado no processo clínico e de um campo específico na folha de verificação cirúrgica para se efetuar o respetivo registo relativamente ao procedimento do banho pré-operatório, sendo que os dados se encontravam registados em notas gerais de enfermagem, tornando mais difícil o processo de verificação dos mesmos.

Identificamos a inexistência da prescrição clínica do antibiótico profilático no pré-operatório, quer no Sistema Gestão Integrado do Circuito Medicamento (SGICM) no Sclenic, quer na Ficha Anestésica.

Podemos constatar que no bloco operatório existia uma preocupação em manter a temperatura corporal, utilizando um cobertor descartável ligado a um aquecedor elétrico, mas não a monitorização da mesma de forma invasiva ou não.

E ainda, a inexistência de parametrização do foco de atenção Metabolismo Energético ou de diagnóstico de enfermagem relativamente à monitorização da Glicémia Capilar no Sclenic (perfil de enfermagem).

A análise dos dados recolhidos permitiu identificar as intervenções preconizadas para a prevenção da ILC, as que eram aplicadas nos cuidados à pessoa idosa, bem com a informação mais valorizada pela equipa, sobre a pessoa idosa

submetida a uma intervenção cirúrgica e sobre os cuidados prestados para a prevenção da ILC.

Por sua vez as escalas de avaliação utilizadas para a avaliação multidimensional da pessoa idosa permitiram efetuar o diagnóstico funcional, identificando os problemas que esta apresenta, para que possa ser instituído um plano de cuidados com respostas mais completas e adequadas a cada situação identificada.

Planeamento das atividades, nesta fase procede-se ao planeamento das atividades, determinam-se as estratégias a desenvolver e os meios necessários para a sua realização ou implementação, assim como, os indicadores que permitiram a avaliação, mediante o problema identificado e os objetivos definidos;

Nesta fase foram definidos os objetivos gerais e específicos, que segundo Ruivo et al. (2010) deve ter em conta a resolução do problema identificado, o resultado que se pretende alcançar, determinando-se assim o objetivo geral e os específicos, devendo estes serem precisos, perceptíveis, exequíveis e mensuráveis, sendo importante para tal que o problema identificado esteja descrito de forma sucinta de forma a delimitar o problema que o projeto visa resolver.

Pelo que definimos os seguintes objetivos gerais e específicos, a planificação das atividades, que aqui são apresentados sob forma de tabela, seguidos das atividades, estratégias desenvolvidas e os respetivos indicadores de avaliação. As atividades delineadas anteriormente e os indicadores de avaliação, foram adaptados a cada campo de estágio, bem como aos recursos disponíveis.

Quadro 1- Objetivos gerais, objetivos específicos e atividades planejadas para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre.

Objetivo Geral 1

Desenvolver competências como enfermeira especialista para intervir em parceria com a pessoa idosa na prevenção da infecção do local cirúrgico que promova o cuidado de si

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa, suas necessidades, especificidades de cuidados na área das IACS, contextualizando a problemática da prevenção de Infecção de Local Cirúrgico	<p> Revisão da literatura sobre as IACS, ILC, prevenção da ILC, as necessidades específicas no cuidado à pessoa idosa na prevenção de infecção do local cirúrgico, (bases de dados, internet, biblioteca);</p> <p>*Revisão Scoping sobre as necessidades, especificidade da pessoa idosa na área das IACS, na prevenção de infecção do local cirúrgico;</p>	<p>*Avaliação do desenvolvimento de conhecimentos adquiridos (avaliações formativas e final);</p> <p>*Elaboração de Protocolo de Scoping</p> <p>*Avaliação dos resultados do protocolo;</p> <p>*Reflexão sobre as aprendizagens adquiridas;</p>
*Desenvolver competências para a prevenção de infecção de local cirúrgico.	<p>*Realização de estágio de observação das atividades da equipa multidisciplinar, na aplicação dos “Feixes de Intervenções” de prevenção de ILC, no GCL- PPCIRA do Hospital Nº Sra. Conceição, Barreiro, durante 1 semana;</p> <p>*Realização de estagio no Serviço Neurocirurgia de 24/10/2016 a 10/2/2017 e na UCC de 26/9/2016 a 21/10/2016;</p>	<p>*Estágio já realizado entre 14/06/2016 a 22/06/2016;</p> <p>*Reflexão sobre as aprendizagens adquiridas no campo de estágio;</p>
*Intervir em parceria com a pessoa idosa, utilizando instrumentos de avaliação de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa na prevenção de ILC, que promovam o Cuidado de Si no Serviço Neurocirurgia e na UCC	<p>*Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com ILC, promovendo o Cuidado de Si, baseado na:</p> <p>-Construção de um instrumento de colheita de dados com indicadores que permitam desenvolver um trabalho em parceria, e posteriormente a realização de colheita de dados;</p> <p>- Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa (instrumentos de avaliação);</p> <p>*Identificação dos contributos da intervenção em parceria com a pessoa idosa na promoção do cuidado de Si com infecção do local cirúrgico;</p> <p>*Análise da articulação entre a U.CC e o hospital, nas suas atividades/ intervenções Vs implicações no cuidado à pessoa idosa com ILC.</p>	<p>*Avaliação do desenvolvimento de conhecimentos /competências adquiridas pelos orientadores (avaliações formativas e final)</p> <p>*Elaboração de planos de intervenção com a pessoa idosa de acordo com o resultado do instrumento de colheita de dados e da avaliação geriátrica;</p> <p>*Adesão da pessoa idosa ao plano de cuidados elaborado;</p> <p>* Elaboração de um estudo de caso;</p> <p>*Reflexão de aprendizagem sobre a prestação de cuidados centrada na pessoa, intervindo de acordo com as suas necessidades, potencialidades e projeto de vida;</p> <p>*Reflexão sobre a organização, articulação entre as unidades de saúde e suas implicações no cuidado à pessoa idosa com ILC.</p>

Objetivo Geral 2

Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
*Divulgar o projeto à equipa de enfermagem do Serviço Neurocirurgia	<p>*Realização de reunião formal com a Enfª Diretora, Enfª Chefe do Serviço de Neurocirurgia do serviço para apresentação, análise e discussão do projeto;</p> <p>*Realização de reunião formal com Diretor do serviço de Neurocirurgia, membros dinamizadores do serviço (médico e enfermeiro) da PPCIRA e Enfª Chefe do serviço para apresentação do projeto e a sua pertinência;</p> <p>* Dinamização do projeto e envolvimento da equipa multidisciplinar para:</p> <ul style="list-style-type: none">-Análise, e seleção de estratégias /tempo para implementar o projeto;-Formação um grupo de trabalho e delinear as funções /atividades de cada elemento do grupo;	<p>*Reunião efetuada no dia 12/05/2016 – Projeto aprovado;</p> <p>*Identificar com a equipa a pertinência do tema, as suas dúvidas e sugestões;</p> <p>* Aferir com a equipa o seu envolvimento e motivação.</p>
*Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa de enfermagem para a prevenção ILC no Serviço Neurocirurgia	<p>*Identificação dos conhecimentos e das praticas da equipa de enfermagem acerca da prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa, através:</p> <ul style="list-style-type: none">-Elaboração E aplicação de um questionário aos enfermeiros no início do estágio, para avaliação dos conhecimentos e das práticas em relação ao algoritmo clínico” Feixe de intervenções” de prevenção de ILC;- Aplicação de uma grelha de observação dos registos de enfermagem no início do estágio, nomeadamente sobre algoritmo clinico “feixe de intervenções” de prevenção de ILC	<p>*Taxa de adesão ao preenchimento do questionário;</p> <p>* Relatório da análise dos resultados dos questionários;</p> <p>*Taxa de observação dos registos de enfermagem;</p> <p>* Relatórios das auditorias aos registos de enfermagem.</p>
*Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa no Serviço de Neurocirurgia	<p>*Realização de estágio no período de 2 semanas no GCL- PPCIRA dum hospital Central, para observação/participação/ implementação das atividades preconizadas para prevenção da ILC, nomeadamente na implementação da norma da DGS “Feixe de Intervenções” de Prevenção de ILC na pessoa idosa;</p> <p>*Realização de reunião formal junto da equipa de enfermagem para:</p> <ul style="list-style-type: none">-Apresentar os resultados do questionário efetuado-Apresentar os resultados da observação dos registos de enfermagem-Divulgar e promover junto da equipa de enfermagem a norma da DGS sobre os “Feixe de intervenções” de Prevenção de ILC, na pessoa idosa, a importância do seu cumprimento e as estratégias definidas para a sua implementação;*Construção de um poster onde conste o algoritmo clinico, para afixar no serviço;*Aplicação da grelha de observação dos registos de enfermagem no final do estágio, nomeadamente em relação algoritmo clinico “feixe de intervenções” de prevenção de ILC;* Divulgação junto da equipa de enfermagem os resultados da auditoria realizada às praticas e aos registos de enfermagem, após a implementação das intervenções sistematizadas de enfermagem para a	<p>*Reflexão sobre a atividade, as aprendizagens adquiridas, a articulação entre os serviços e suas implicações na prevenção da ILC;</p> <p>*Reflexão dos resultados obtidos através do questionário e da grelha de observação dos registos de enfermagem;</p> <p>* Taxa de adesão dos enfermeiros <50%, planejar nova reunião;</p> <p>*Efetuar ata sobre: Taxa de adesão dos enfermeiros, as estratégias definidas, a motivação, o envolvimento, dúvidas, e sugestões apresentadas dos elementos da equipa de enfermagem;</p> <p>*Existência de poster no Serviço</p> <p>*Comparação dos resultados obtidos entre a 1ª e a 2ª auditoria aos registos de enfermagem, nas intervenções sistematizadas na prevenção de ILC;</p> <p>-Relatório final do projeto.</p>

prevenção de ILC, efetuados no final do estágio;

*Divulgação dos resultados do projeto na equipa de enfermagem.

*Elaboração de relatório final.

***Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa no Serviço Bloco Operatório**

*Realização de estágio no período de 2 semana no Bloco operatório num hospital central, para identificação/participação das atividades preconizadas para prevenção da ILC, nomeadamente na implementação da norma da DGS “Feixe de Intervenções” de Prevenção de ILC na pessoa idosa com a colaboração do GCL- PPCIRA do hospital;

* Realização de reunião formal com Diretor do serviço de Bloco Operatório, membros dinamizadores do serviço (médico e enfermeiro) da PPCIRA e Enf^a Chefe do serviço para apresentação do projeto e a sua pertinência conjuntamente com o GCL-PPCIRA;

*Dinamização do projeto aos elementos da equipa de enfermagem;

*Identificação da organização e a articulação entre o S. Neurocirurgia e o S. Bloco Operatório

*Realização de reunião formal junto da equipa de enfermagem para:

-Divulgar e promover junto da equipa de enfermagem a norma da DGS sobre os “Feixe de intervenções” de Prevenção de ILC na pessoa idosa, a importância do seu cumprimento e as estratégias definidas para a sua implementação;

*Reflexão sobre as aprendizagens adquiridas, as práticas efetuadas e as suas implicações na prevenção de Infeção de local cirúrgico;

*Elaborar ata sobre as estratégias definidas, as sugestões e duvidas apresentadas;

*Identificar com a equipa a pertinência do tema, as suas duvidas e sugestões;

*Aferir com a equipa o seu envolvimento e motivação;

*Análise da prática clínica efetuada entre os serviços;

*Taxa de adesão dos enfermeiros à formação;

Execução das atividades planeadas, esta fase consiste em por em prática tudo o que foi planeado, sendo realizadas as atividades definidas, articulando os diversos recursos humanos e matérias necessários;

Avaliação, é um processo contínuo e rigoroso, porque implica uma comparação estreita entre os objetivos inicialmente definidos e os concretizados;

Divulgação dos resultados; é uma fase importante porque dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho desenvolvido para a resolução de um determinado problema, existem varias formas de divulgar o projeto, tais como reuniões, apresentação em congressos, poster, artigos científicos, entre outros, mas é importante o seu registo, através da realização de um relatório final para a divulgação dos resultados junto dos parceiros envolvidos.

Questões éticas

Para a realização deste estágio e implementação do projeto em particular, foram asseguradas as autorizações necessárias para a sua realização, pela Direção de

Enfermagem, pelas Srs. Enfermeiras Chefes, pelos Diretores Clínicos dos diversos serviços, pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do hospital.

No desenvolvimento deste projeto, asseguramos os direitos fundamentais das pessoas idosas submetidas a cirurgia neurocirúrgica, respeitando o código deontológico da sua área de especialidade (O.E., 2010).

Os participantes foram devidamente informados da sua situação e da utilização dos instrumentos de avaliação e de recolha de dados, assegurando o anonimato e confidencialidade, tendo o cuidado de informar sobre a temática envolvida, seus objetivos e no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitando a sua autodeterminação (a sua escolha, a sua capacidade de decisão), a sua privacidade, intervindo apenas com o seu consentimento, assegurando assim a sua liberdade de escolha e participação, assim como, o direito de revogação.

Na implementação do projeto, como já referido anteriormente, para identificar as necessidades de formação da equipa multidisciplinar, foi inicialmente aplicado um questionário e foram realizadas observações às práticas e auditoria aos registos clínicos, sendo estas últimas um instrumento valioso numa segunda fase, para avaliar a implementação das intervenções na prevenção da ILC. Os profissionais que participaram no projeto, foram informados sobre os objetivos do projeto, da sua finalidade e do direito de decidir acerca da sua participação, garantindo desta forma o respeito pela liberdade de escolha e pela autodeterminação, sendo-lhe solicitado o consentimento informado. Afiançando a sua confidencialidade da identidade nos questionários, na observação das práticas e nos registos de enfermagem.

A direção e coordenação do serviço teve sempre conhecimento de todas as atividades, dos documentos elaborados e utilizados na implementação do projeto, procedendo sempre à sua revisão quando necessário. Ficando no serviço numa pasta informatizada todo o trabalho desenvolvido para a implementação do projeto no serviço, para consulta de qualquer profissional.

No capítulo seguinte encontram-se descritas as atividades realizadas para a implementação do projeto e as aprendizagens que permitiram desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos anteriormente definidos.

3. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O Conhecimento é essencial e não deve ser apenas empírico, mas também deve ser baseado sobre o como e o porquê da prática. A necessidade de formação ao longo do nosso percurso profissional surge para se adquirir competências para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo colmatar possíveis lacunas na resolução dos problemas que nos surgem das práticas dos cuidados. Sendo o nosso foco no desenvolvimento de competências na área médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, que nos possibilitassem cuidar das pessoas idosas em contextos distintos, intra e extra-hospitalar.

No estágio que realizámos de 26 de setembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017, propusemo-nos desenvolver competências de enfermeira mestre e especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2011).

Para o desenvolvimento do projeto delineámos objetivos gerais na unidade curricular “Opção II”, que funcionaram como orientação neste percurso, sendo que as atividades realizadas de acordo com cada objetivo, assim como todo o processo de aprendizagem, proporcionaram o desenvolvimento das competências preconizadas para o enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, encontrando-se descritos seguidamente.

3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários

É imprescindível para o enfermeiro especialista o conhecimento da pessoa idosa e os contextos que a influenciam, porque a sua intervenção assenta na máxima compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter a vida da pessoa, procurando sempre os meios mais adaptados para o conseguir. Tendo como finalidade a prestação de cuidados, com vista a mobilizar e suplementar todas as capacidades da pessoa de forma a compensar as suas limitações, ao longo da sua trajetória vida (Collière, 1989).

O estágio iniciou-se no mês de setembro de 2016, numa unidade de cuidados na comunidade (UCC), integrando uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), com uma duração de 4 semanas.

A realização deste estágio possibilitou-nos compreender a dinâmica de funcionamento da UCC e ECCI, a articulação entre a pessoa idosa, a família e os diferentes profissionais de saúde, tendo com o objetivo um cuidado centrado na pessoa idosa e na promoção da sua autonomia. Constatamos a importância e as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na capacitação da pessoa idosa e família para assumir o cuidado de si e do outro, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Podemos constatar que as relações existentes eram sempre individualizadas, adequadas a cada situação encontrada, existia sempre a preocupação de falar com a pessoa idosa e família, adequando o discurso, estabelecendo compromissos, orientando sempre para o cuidado e promoção da autonomia, o que nos possibilitou identificar estes aspetos como promotores de um processo de parceria.

Neste sentido, esta experiência de estágio contribuiu para o desenvolvimento de uma reflexão crítica e questionamento das práticas e ao nível das competências no cuidado à pessoa idosa em situação de doença em contexto domiciliário e percebemos a importância da intervenção em parceria nestes contextos de modo a ir ao encontro das reais necessidades das pessoas.

Para a nossa aprendizagem foi importante, **aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, as suas necessidades de cuidados, nomeadamente na prevenção da infeção de local cirúrgico.** A realização de uma avaliação global da pessoa idosa e família, que nos proporcionasse a identificação dos seus problemas, necessidades e recursos para fazer face às dificuldades e estabelecer um plano de cuidados com ambos foi igualmente essencial. Para isso contribuiu a revisão da literatura que efetuamos sobre o processo de envelhecimento, a avaliação multidimensional da pessoa idosa e o aprofundamento do modelo de parceria de Gomes (2013).

O recurso à literatura existente foi uma constante para a implementação do presente projeto, como forma de responder às exigências dos objetivos propostos nos variados contextos de aprendizagem. A revisão Scoping foi uma atividade desenvolvida ao longo do estágio, por forma a clarificar conceitos e fundamentar a

prática de enfermagem, no sentido de divulgar a evidência científica atual, junto da equipa de enfermagem, promovendo práticas de cuidados seguros, adequadas à pessoa idosa (Apêndice III).

Como enfermeiras especialista para **intervir em parceria com a pessoa idosa de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa na prevenção da infeção de local cirúrgico que promovam o cuidado de si**, podemos perceber que a utilização de instrumentos para a avaliação multidimensional da pessoa idosa são essenciais, visto ser um processo diagnóstico para a avaliar a saúde da pessoa idosa, nomeadamente a funcionalidade e a incapacidade desta, que segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, que segundo Moraes(2012), são os componentes da saúde fundamentais para a pessoa funcionar na comunidade (Apêndice IV).

A avaliação multidimensional da pessoa idosa, permite-nos conhecer a sua individualidade, mas também possibilita que a pessoa idosa veja que nós estamos verdadeiramente interessados nos seus problemas, nas suas necessidades, nas suas preocupações, possibilitando assim que se estabeleça uma relação de confiança verdadeira entre ambos.

Quando questionamos sobre alguns dos itens das escalas de avaliação, a pessoa idosa partilha connosco algo que provavelmente não teríamos acesso doutra maneira, possibilita que possamos compreender melhor a sua história de vida, o que a preocupa, o que lhe causa sofrimento, o que traz tristeza e constrói-se uma relação de confiança, que é facilitadora do contexto de mudança, fundamentando a nossa tomada de decisão quer individualmente e/ou na equipa multidisciplinar, facilitando a elaboração de um plano de cuidados individualizado e personalizado para aquela pessoa idosa. (Moraes, 2012).

O plano de cuidados é fundamental, para definir intervenções que ajudem a maximizar a independência, a autonomia da pessoa idosa e prevenir complicações inerentes. Nas diversas visitas domiciliárias que realizámos podemos constatar que todos os cuidados estavam centrados na pessoa idosa, na individualização dos cuidados, indo de encontro ao conhecimento da pessoa, dos valores da mesma através da relação que era estabelecida com ela, demonstrando disponibilidade, respeito pelo espaço, pelo tempo necessário, o fundamento para a construção de uma relação de confiança com a pessoa idosa (Gomes,2013).

Constatámos que a enfermeira orientadora não tinha pressa, estava ali para a pessoa, sem tempo definido. O foco era conhecer a pessoa, os seus antecedentes, indo de encontro aos seus valores, cultura, situação de saúde e à sua história da doença, bem como às suas expectativas, ao seu projeto de vida, ajudando-a a utilizar os seus recursos internos de forma a esta se adaptar às alterações provocadas pela doença.

Igualmente importante era a preocupação em proporcionar a participação da pessoa nas tomadas de decisões, respeitando-as, dando-lhes tempo para poderem refletir, negociando sempre dentro das dificuldades até conseguir ir ao encontro da satisfação das necessidades encontradas.

Deste modo contribuía para a sua autonomia, independência, e melhoria da sua qualidade de vida, promovendo o cuidado de si à pessoa idosa, ao mesmo tempo que assegurava o seu cuidado (Gomes,2013).

O espaço domiciliário faz com que as relações entre a enfermeira e a pessoa idosa se estreitam, criando um vínculo maior entre elas, abordando questões que vão além da doença física e contemplando os problemas sociais e emocionais, proporcionando maior conforto, liberdade, segurança à pessoa idosa, por ser o seu próprio espaço e claro com regras e normas próprias de cada membro da família. Esta foi uma grande aprendizagem neste contexto uma vez que comparativamente ao ambiente hospitalar não conseguimos ter essa perceção e a importância das nossas intervenções em ir ao encontro do que são as regras de cada pessoa e família são muitas vezes descuradas.

Em contexto hospitalar por vezes, algumas dimensões no contexto de vida da pessoa não são tão valorizadas, levando a uma perda da individualidade da pessoa, uma diminuição da autonomia, uma vez que os costumes e hábitos da pessoa não são respeitados e as rotinas que são impostas pela organização da instituição imperam. Os enfermeiros dos Cuidados Saúde Primários (CSP), estão sem dúvida numa posição privilegiada em relação aos demais profissionais de saúde, no que concerne ao conhecer a pessoa idosa e sua família, algo que como enfermeiras especialistas teremos que considerar para que possamos construir uma parceria com a pessoa idosa e família, permitindo promover o Cuidado de Si.

Percebemos ainda a importância de construir uma interação com a pessoa idosa e o cuidador familiar, no processo de transição saúde-doença, baseadas “no encontro

e nas respostas a um outro concreto”, na resposta às suas necessidades, dentro do campo de competências dos enfermeiros, num exercício constante de tomada de decisão (Benner, 2001.p12). Dai a necessidade de ver a pessoa idosa como um parceiro em que a parceria assenta no respeito pela sua individualidade e pressupõem para tal uma ação conjunta entre a pessoa idosa e o cuidador sejam integradas no processo de tomada de decisão (Gomes, 2013, 2016).

Quando a pessoa idosa não consegue assegurar o controlo do cuidado de si próprio, percebemos que os enfermeiros devem o mais atempadamente capacitar os cuidadores familiares de conhecimentos, capacidades e informações sobre recursos da comunidade que lhe permitam ajudar o seu familiar nos cuidados necessários, nomeadamente na gestão do regime terapêutico e na prevenção de complicações (Petronilho, 2007).

Nesta equipa a inclusão e participação dos cuidadores familiares é tida como imprescindível, porque em algumas famílias são eles que estão 24h sob 24h com a pessoa idosa, cabe-nos a nós enfermeiros a educação e o treino face à readaptação funcional da pessoa idosa de forma que o cuidador familiar adquira capacidade para assegurar o cuidado do outro e desta forma (Gomes,2013).

A elaboração de um **estudo de caso** em contexto de Cuidados Saúde Primários (CSP) foi um instrumento na nossa aprendizagem como enfermeiras especialistas (Apêndice V). Permitiu aprofundar o conhecimento sobre a pessoa idosa, nomeadamente utilizando um guião para colheita de dados por nós elaborado com base no modelo de parceria de Gomes, de acordo com os princípios inerentes a cada fase da construção do processo para a promoção do cuidado de si e da nossa prática de cuidados, permitiu desta forma a individualização do mesmo (Apêndice VI).

É um instrumento essencial para o conhecimento da pessoa idosa e seus familiares, tendo em conta os seus recursos, as suas capacidades e potencialidades, com o objetivo de elaborar um plano de cuidados estruturado em parceria com estes, capacitando-os a assumir o cuidado de si ou assegurando o cuidado do outro na prevenção da ILC.

O estudo de caso, também possibilitou ,desenvolver a capacidade de observação, análise e avaliação multidimensional à pessoa idosa no domicílio, também ficámos mais despertas para as dificuldades que a pessoa idosa e o cuidador familiar apresentam no dia a dia, nomeadamente na permanente vigilância e

atividades de vida diária existindo muitas vezes necessidade de recorrer à colaboração de outros elementos da equipa de saúde, como por exemplo, o médico, a assistente social, instituições de apoio ou até encaminhar para o hospital, sendo áreas como enfermeira especialista a auto desenvolver.

As visitas domiciliárias facilitaram o contacto direto com os utentes e suas famílias, ao entrarmos nas suas casas diariamente permite-nos conhecer a pessoa, também através da informação que a própria casa nos oferece, alguma da história de vida daquela pessoa, “o seu mundo”. Percebemos que todas as formas de comunicação, facilitaram uma avaliação mais adequada das suas necessidades de cuidados, melhoram a nossa intervenção junta daquela pessoa idosa, no contexto onde está inserida e tendo em atenção os seus projetos de vida.

A salubridade e o espaço físico na habitação também foi algo que nos alertou para a necessidade de uma maior intervenção da técnica do serviço social, bem como da importância da articulação com os diversos serviços comunitários existentes e que são por vezes desconhecidos da família. Várias são as famílias carenciadas que encontramos, desde a necessidade de aquisição de uma cama articulada, do apoio alimentar, de higiene do meio, à necessidade de um dos elementos do agregado familiar disponibilizar o seu quarto e dormir na sala num colchão porque não possuem condições económicas, todas estas situações são um enorme desafio para os enfermeiros, na negociação, no encontro de estratégias para ultrapassar estas situações de forma a antecipar complicações e sem esquecer o conforto e bem-estar da pessoa idosa.

Algo que também nos parece importante refletir com a qual não estávamos á espera, é o facto de muitas pessoas idosas dependentes nas suas atividades de vida e a necessitarem de cuidados complexos permanecerem em suas casas ou dos seus filhos completamente sozinhos, contando apenas por alguns períodos do dia, com as visitas das ajudantes de lar das instituições de apoio, que lhes vão assegurar a vigilância e as AVD`s necessárias e acordadas mediante as suas disponibilidades económicas. Consideramos que esta situação também gera algum sentimento de impotência para os enfermeiros da UCC, que apesar de se avaliarem as condições habitacionais, o contexto familiar e social e se articularem com os parceiros comunitários, terem uma assistente social na equipa, pouco mais conseguem oferecer.

Ao identificar precocemente as necessidades da pessoa idosa /família, o enfermeiro promove a capacitação e a sua recuperação em parceria, atendendo as condições próprias da pessoa idosa. Dai ser importante o “de se desenvolver o *empowerment* nos idosos”, ou seja, um processo de aprendizagem conjunta que visa a identificação das capacidades da pessoa idosa para a tomada de decisões sobre assuntos que lhe dizem respeito, para cuidarem de si próprias e para se responsabilizarem nas mudanças dos contextos que afetam as suas vidas (Gomes,2013).

Relativamente ao controlo, prevenção de complicações podemos constatar que nas diversas vistas domiciliárias realizadas existia uma preocupação da equipa de enfermagem da UCC quer em identificar sinais e sintomas de infeção, quer em supervisionar a pele e o local da incisão cirúrgica. A avaliação do estado nutricional era também uma preocupação.

Eram efetuados ensinios quer á pessoa idosa, quer ao cuidador, sobre os sinais e sintomas de infeção, sobre a observação diária da pele e do local em redor á incisão cirúrgica bem como da importância para hidratação, ingestão proteica e calórica de forma a maximizar a cicatrização e reduzir o risco de complicações. Sempre que necessário articulavam-se com o médico de medicina geral e familiar responsáveis.

Em contexto comunitário, os enfermeiros passam mais tempo com as mesmas pessoas, tendo por isso a oportunidade de visualizar sinais de alerta e muitas vezes são os primeiros a detetar e a determinar mudanças no seu estado (Benner, 2005).

A implementação e manutenção de medidas standards de prevenção e controlo de infeção é uma preocupação da equipa, a higiene das mãos é efetuada na maioria das situações com a utilização de SABA. Na UCC no caso do conhecimento prévio de infeção por um agente multirresistente, para além da utilização de equipamento de proteção individual, existia uma preocupação com os resíduos hospitalares(RH) perigosos do grupo III, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano, despacho nº242-96 de 13 de agosto.

Durante o estágio na UCC fomos partilhando com a equipa as dificuldades com que se debatiam, entre elas a dificuldade existente entre a integração e a continuidade de cuidados nos doentes com microrganismos multirresistentes em ambulatório em conjunto com o hospital (Apêndice VII). Percebemos que existe uma lacuna na

notificação do microrganismo em ambos os sentidos, motivada por deficits de conhecimento e de registos.

O que nos levou a questionar como podemos no nosso desenvolvimento como enfermeiras especialistas intervir junto da equipa de enfermagem no sentido de as despertares para as particularidades da pessoa idosa, e para a prevenção e controlo de infeção. Procedemos então á realização de uma sessão de formação no dia 19 outubro de 2016 em que esteve presente 4 enfermeiros da equipa de enfermagem, pelo facto dos restantes estarem a efetuar as visitas domiciliárias, incluindo o enfermeiro orientador do campo de estagio e coordenador na UCC.

Nesta formação incidimos sobre a continuidade de cuidados em parceria com a pessoa idosa na promoção do cuidado de si com a contextualização do Modelo de Parceria de Gomes, em contexto domiciliário na prevenção da infeção, incidindo nas precauções básicas, na notificação dos microrganismos multirresistentes, na importância da informação prévia, de forma a ser possível implementar, na admissão do doente, políticas de controlo de infeção que minimizem o risco de infeção cruzada (Apêndice VIII).

Esta atividade permitiu-nos o desenvolvimento de competências ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da identificação das necessidades formativas na equipa de enfermagem, através da reflexão critica e do questionamento das praticas ao nível do cuidado á pessoa idosa e no controlo e prevenção da infeção ,procedendo como elemento facilitador da aprendizagem, demonstrando os ganhos em saúde para a pessoa idosa e competências ao nível da melhoria continua da qualidade, através da investigação da literatura para aprofundar os conhecimentos sobre a intervenção à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

A realização de reuniões de orientação tutorial ao longo do estágio contribui muito para o desenvolvimento pessoal e aprendizagem, existiu sempre disponibilidade, encorajamento para ultrapassar as diversas etapas, varias foram as questões formuladas, a ocorrência de dúvidas, as emoções sentidas , mas sempre nos encaminhando para a obtenção de estratégias para ultrapassar as dificuldades e emoções apresentadas, levando-nos sempre após estes momentos formativos á reflexão, potenciando por conseguinte ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Salientamos ainda que foram sempre considerados os princípios éticos, valores e normas deontológicas, respeitando o princípio da igualdade e da justiça, na prestação de cuidados às pessoas idosas e famílias. Tendo sido solicitado o seu consentimento informado e esclarecido, dando-lhes a garantia da liberdade de escolha, o direito de revogação da sua participação a qualquer momento, bem como a confidencialidade e anonimato dos seus dados pessoais ao abrigo da Lei de Proteção de Dados (1998), às pessoas idosas, famílias e aos diversos profissionais que participaram ao longo do projeto.

Esta importância da intervenção de enfermagem e a variedade de experiências vivenciadas, contribuíram para o alcançar dos objetivos propostos e para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente na responsabilidade profissional, ética e legal, demonstrando respeito pela pessoa idosa/família, pela sua situação de saúde, pelas suas condições de vida e habitação, garantindo a confidencialidade, envolvendo-a na tomada de decisão, na gestão dos cuidados através da aplicação do modelo de parceria. A intervenção em parceria promoveu uma melhoria na qualidade dos cuidados à pessoa idosa/família, contribuindo para a sua autonomia, possibilitando prosseguir o seu projeto de vida.

3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar

Ao longo deste estágio que decorreu de 24 de outubro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017, para além de desenvolver competências clínicas, implícitas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, fazia parte dos nossos objetivos a implementação de um projeto de mudança da prática dos cuidados, que pudesse promover o desenvolvimento da equipa de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa.

Este estágio permitiu aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, mobilizando-os e efetuando novas aprendizagens, através da permanente pesquisa bibliográfica, que foi essencial para uma tomada de decisão fundamentada. A reflexão acerca da prática de cuidados de enfermagem foi também uma constante no nosso dia a dia, contribuindo para uma mudança de comportamentos, nomeadamente na

prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, atendendo às suas especificidades, aos seus projetos de vida, encarando-a como um ser único, inserido numa família, também ela alvo dos nossos cuidados.

Assim durante a realização deste estágio tivemos também como um dos objetivos específicos: **intervir em parceria com a pessoa idosa, utilizando instrumentos de avaliação de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa na prevenção de infeção de local cirúrgico, que promovam o cuidado de si, no Serviço de Neurocirurgia**, o modelo de intervenção em parceria orientou a nossa prática de cuidados nomeadamente no planeamento das intervenções direcionadas e estruturadas na prevenção de ILC à pessoa idosa.

O conceito de Parceria é entendido como um processo dinâmico, negociado em conjunto por doentes e enfermeiros no respeito pelos saberes de cada um. Este processo implica que seja dado à pessoa o direito e a responsabilidade de fazer escolhas, envolver-se na tomada de decisão em liberdade, no respeito pela sua autonomia e liberdade (Gomes, 2013,2016).

A interiorização deste conceito mostrou-nos ser fundamental para conseguir conhecer a pessoa de forma holística e intervir tendo em conta o projeto de vida e saúde da pessoa e família de forma a promover o Cuidado de Si.

Como estratégia de autoaprendizagem elaborámos um estudo de caso que possibilitou aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa e família, com recurso a instrumentos para a avaliação multidimensional destas, que promoveram momentos de reflexão individual. Estes instrumentos ajudaram-nos a conhecer a singularidade da pessoa idosa e do seu contexto, identificar os seus problemas, as suas necessidades que doutra forma passariam despercebidos (Apêndice IX).

Com o objetivo de adquirir e **aprofundar conhecimentos na área das IACS e contextualizar a problemática da prevenção de infeção de local cirúrgico**, de forma a basear as tomadas de decisão e a prática clínica na melhor evidência científica, realizamos uma revisão, tendo por assento os princípios da revisão scoping, que teve como base a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (Apêndice III).

A pesquisa foi baseada na questão: ***quais as intervenções para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa, em contexto hospitalar?***

O desenrolamento desta atividade permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências como enfermeira especialista e mestre na área dos cuidados à pessoa idosa na prevenção da ILC, sustentou as intervenções e contribuiu para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem. Tal como nos refere Fortin (2203), a construção de um projeto de intervenção necessita de ser baseado na evidência científica, com o intuito da melhoria das práticas.

Podemos constatar que a literatura nos encaminha para a adoção sistemática de boas práticas, baseadas na evidência científica, com estratégias orientadas para o conhecimento e comportamento, na monitorização contínua e na redefinição dos processos de forma a garantir a prestação de cuidados de excelência com a máxima segurança.

Esta atividade possibilitou-nos o desenvolvimento de competências na área da investigação, e no domínio da melhoria contínua da qualidade, tendo nos permitido obter novos conhecimentos para fundamentação da prática de cuidados, para a implementação de estratégias adequadas na prevenção da ILC na pessoa idosa, e os respetivos cuidados de enfermagem.

Com o intuito de **desenvolver competências para a prevenção de infeção de infeção de local cirúrgico**, no segundo semestre, foi realizado um estágio no GCL-PPCIRA do Hospital N.º Sra. da Conceição, por ser um local especializado na área do controlo e prevenção da Infeção.

Neste hospital encontra-se a ser implementado o programa *Desafio Stop Infeção Hospitalar*, que pretende num período de 3 anos reduzir em 50% a incidência das principais infeções hospitalares, através da adoção de boas práticas baseadas na melhor evidência técnico-científica disponível, mediante a divulgação e implementação de feixes de intervenções.

Desta forma foi possível contar com a colaboração de uma enfermeira perita na área, que nos deu a conhecer todas as fases que se encontravam a desenvolver para futuramente implementar o *Feixe de intervenções* de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico em todo o hospital.

Podemos constatar as diversas dificuldades encontradas que vão desde a formação de uma equipa multidisciplinar motivada para ser líder no processo, à motivação dos profissionais dos serviços envolventes para a mudança de práticas, às

normas necessárias a implementar, até aos recursos materiais para dar resposta ao projeto.

Neste âmbito procuramos adquirir competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pelo desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; no domínio da gestão dos cuidados pela observação de situações relacionadas com a prevenção e controlo da infeção em que foram otimizadas as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados, observando a disponibilização da assessoria à equipa multidisciplinar e técnicas de negociação, pertinentes para a segurança do doente .

De forma a **intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção de ILC na pessoa idosa no Serviço de Neurocirurgia**, realizamos um estágio no GCL-PPCIRA da instituição hospitalar onde foi implementado o projeto.

O estágio teve a duração de 2 semanas decorreu entre 31 de outubro a 11 de novembro de 2016. O mesmo teve o intuito de aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção, observar e participar, nas atividades preconizadas para a prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, nomeadamente na implementação da norma da DGS nº 020/2015,15/12/201: *Feixe de Intervenções* de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.

Neste estágio pudemos ver o funcionamento da equipa multidisciplinar, mas tendo nos focado essencialmente no papel desempenhado pela enfermagem. O enfermeiro responsável pelo controlo de infeção, concebe diariamente atividades inerentes à implementação de todas as ações necessárias para a prevenção e o controlo da infeção, elaborando planos de prevenção e controlo, formando, sensibilizando e aconselhando todos os profissionais dos diversos serviços do hospital nesta área. Realiza ainda auditorias aos cuidados para avaliar o cumprimento das boas práticas, efetua vigilância epidemiológica, divulga os resultados dos trabalhos realizados pelo grupo a todo o hospital, tendo como objetivo a melhoria dos cuidados prestados, a prevenção e o controlo da infeção cruzada.

Consideramos assim, que os enfermeiros têm um papel fundamental no GCL-PPCIRA, a política do grupo do hospital assenta em varias vertentes, com incidência em três grandes vertentes: vigilância epidemiológica (exigindo um trabalho diário em

conjunto com o laboratório de microbiologia do hospital); a elaboração e monitorização de normas e recomendações de boas práticas e a formação dos profissionais de saúde (Apêndice X).

Durante este período de estágio percebemos que fazia parte do plano de ação do grupo para 2017 entre outras atividades, a implementação da norma da DGS “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, e que até ao momento não tinha sido levado a cabo nenhuma atividade de promoção /divulgação da norma ou avaliação do grau de execução da mesma. Porém, houve grande receptividade, colaboração para este projeto, estabelecendo-se u nível de parceria que fosse além do Serviço de Neurocirurgia e pudesse vir a ser profícuo e transversal na implementação para todos os serviços cirúrgicos e Bloco Operatório.

Participamos então, de forma ativa na articulação com diversos elementos dos serviços do hospital para se otimizar os cinco itens do algoritmo clinico da norma, que de seguida descreveremos forma como a operacionalizámos.

1º- Efetuamos conjuntamente com a médica coordenadora do GCL-PPCIRA e a farmacêutica responsável do grupo uma reunião para abordar, discutir e decidir qual o antisséptico a ser utilizado no banho-pré-cirúrgico e como realizar a prescrição antibiótica profilática cirúrgica. Percebemos que no hospital existia a cloro-hexidina a 4% com sabão de 500ml, e Kits individuais de cloro- hexidina a 4%, mas que nem todos os serviços cirúrgicos utilizavam, efetuando o banho apenas com agua e sabão neutro.

Foi então acordado que se iria disponibilizar a compra de Kits Individuais de cloro-hexidina a 4%, para todos os Serviços Cirúrgicos do hospital para substituir os frascos de 500ml de cloro-hexidina a 4% com sabão. Estes habitualmente encontravam-se nas casas de banho dos doentes, possuíam um doseador, o que não permitia ao enfermeiro saber a quantidade exata que cada doente utilizava, bem como, se encontravam á mercê de qualquer doente, quer ele fosse ser submetido a intervenção cirúrgica ou não.

2º- A prescrição do antibiótico profilático é da responsabilidade do cirurgião e deve estar integrada no processo clinico, nomeadamente na prescrição terapêutica.

No Sistema Gestão Integrado do Circuito Medicamento (SGICM), estava inserido para cada especialidade cirúrgica uma prescrição pré-definida denominada *Profilaxia*

Cirúrgica. Quando selecionada, possuía o antimicrobiano de primeira escolha para a cirurgia limpa e para a maioria das cirurgias limpas-contaminadas, bem como a dose e horários, mediante a norma da DGS 031/2013- Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto.

Embora os serviços tenham participado neste procedimento, com o objetivo de melhorar a efetividade e eficiência da prescrição, ainda existe alguma relutância na sua aplicação por alguns clínicos. Esta situação pode aumentar o erro terapêutico, nomeadamente na escolha do antimicrobiano, na calendarização do mesmo, podendo ficar a prescrição ativa por mais de 24h.

Neste sentido o GCL-PPIRA do hospital reviu a norma de procedimento geral sobre a Profilaxia Antibiótica Cirúrgica, onde complementa a prescrição do antimicrobiano no SGICM, de forma a minimizar a possibilidade de ocorrência do erro.

3º- A tricotomia é um procedimento que deve ser efetuado se absolutamente necessário antes da intervenção cirúrgica. Habitualmente é efetuada nos serviços de internamento, mediante as normas existentes em cada serviço, o que não corresponde ao que está preconizado pela norma 020/2015 da DGS.

No caso do Serviço de Neurocirurgia este problema não se coloca, porque existe uma norma de procedimento - Cuidados Pré-operatórios a doentes Neurocirúrgicos. Sempre que necessária ela é efetuada imediatamente antes da incisão cirúrgica na sala operatória.

4º- A responsabilidade da avaliação da temperatura central intraoperatória cabe ao anestesista, bem como a decisão de ser uma medição invasiva ou não-invasiva.

Após discussão com o coordenador do GCL-PPCIRA, ficou acordado a programação de uma reunião com os responsáveis do Serviço Bloco Operatório (enfermagem e anestesia) para discutirmos este assunto.

5º- Uma vez que não existia protocolos no hospital sobre a manutenção da glicémia capilar com valores ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas para dar resposta quer aos doentes diabéticos, quer aos não diabéticos, agendamos uma reunião com o Diretor do Serviço de Endocrinologia para esclarecimento da situação, conjuntamente com a medica coordenadora GCL-PPCIRA.

Da reunião efetuada ficou acordado que seria elaborado um protocolo de procedimento para dar resposta a esta situação e posteriormente ser implementado no departamento cirúrgico do hospital.

Durante as duas semanas, foi-nos também possível consultar e analisar as *guidelines* do GCL-PPCIRA relativas à prevenção das IACS, nomeadamente à infeção do local cirúrgico e discuti-las com os enfermeiros do grupo e a médica coordenadora.

Neste contexto colaborámos com o grupo na reformulação da norma de procedimento geral existente que era 2013 - Medidas de Prevenção e Controlo das Infeções da Ferida Operatória, onde se incluíram os itens do algoritmo clínico da norma da DGS que mencionamos anteriormente (Apêndice XI). Tendo sido posteriormente reencaminhada para a comissão da qualidade, com o objetivo de verificar a sua conformidade de acordo com o Manual de Acreditação.

Consideramos pertinente a reformulação desta norma como forma de contribuir para a difusão das boas práticas na prevenção e controlo da ILC, permitindo-nos o desenvolvimento de competências comuns de enfermeira especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais, nomeadamente no trabalho de equipa, uma vez que a mesma foi desenvolvida com a colaboração da equipa multidisciplinar do GCL-PPCIRA e orientadora da escola.

Os contactos com as realidades de prestação de cuidados à pessoa idosa, assim como as diversas reuniões com os peritos na área de prevenção e controlo de infeção, permitiram-nos a aquisição de saberes relativos não só à temática em si, mas também às estratégias a serem implementadas em contexto de estágio, fomentando a um pensamento crítico sobre a teoria e a prática dos cuidados diferenciados.

Assim, tornou-se pertinente promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a promoção da prevenção da infeção do local cirúrgico.

3.3. Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa

Consideramos importante **divulgar o projeto à equipa de enfermagem do Serviço de Neurocirurgia**, para que os enfermeiros se envolvessem e o sentissem como importante na sua prática de cuidados. Tivemos como objetivo desenvolver uma intervenção para resolver um problema identificado na fase de diagnóstico e depois aprofundado na fase de implementação, no contexto de trabalho e sentimos por parte da equipa motivação e interesse, fator importante e facilitador para o desenvolvimento do projeto.

Dada a interferência que este projeto tinha diretamente com os cuidados no intraoperatório realizamos também um estágio de observação das práticas no Serviço Bloco Operatório de 21 de novembro a 2 de dezembro de 2016, que contribuiu para o diagnóstico da situação (Apêndice XII).

Este estágio teve como objetivo **perceber o papel do enfermeiro especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa no Serviço de Bloco Operatório**, nomeadamente na implementação da norma da DGS “Feixe de intervenções” de prevenção de ILC.

Assim com base nos itens do algoritmo clínico da norma da DGS nº020/2015, que pretendíamos implementar no serviço fizemos observação das práticas de forma aleatória aos doentes internados no serviço com idade ≥ 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica, em dois contextos distintos (Bloco operatório e Serviço Neurocirurgia).

Para completar o diagnóstico da situação efetuamos uma auditoria aos registos clínicos. Estes são indispensáveis e importantes para a continuidade de cuidados. São o reflexo das intervenções dos enfermeiros e respetivos resultados, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e visibilidade da profissão de enfermagem (Martins, Pinto, Lourenço, Pimentel, Fonseca, André, Almeida, Mendes, Santos, 2008; OE, 2012).

Ao efetuarmos esta auditoria pretendíamos compreender o que era registado pela equipa multidisciplinar, avaliando assim as necessidades e o estado da arte no

contexto de práticas. Para tal foi utilizado o instrumento de auditoria clinica disponível na norma nº20/2015 da DGS (Apêndice XIII).

De realçar que no Bloco Operatório os registos eram efetuados ainda em suporte papel, o que nos levou a consultar diversos instrumentos tais como: ficha de anestesia, folha de registo de enfermagem-anestesia, folha de registo de enfermagem-circulação e instrumentação para conseguirmos dar resposta a esta atividade.

A realização destas atividades possibilitou o desenvolvimento de competências da melhoria contínua da qualidade, através da análise da observação das práticas com base no algoritmo clínico, bem como, da análise documental dos registos de enfermagem com base na grelha de auditoria clínica. Possibilitou também o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, através do diagnóstico das necessidades de formação da equipa para a prevenção da ILC à pessoa idosa.

Consideramos que esta fase de diagnóstico de situação se encontrava concluída, passamos para a fase de implementação do projeto. No sentido de desenhar um plano de intervenção estratégico, impunham-se algumas atividades prévias que ajudassem na construção da mesma, dado a transversalidade da problemática.

A identificação das áreas a melhorar fez-nos entender qual o percurso a seguir para **contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa**, entre outras atividades ,além do estágio com GCL-PPCIRA e do estágio no Bloco operatório, para o desenvolvimento deste projeto foi muito importante as diversas reuniões efetuadas, delas resultaram propostas e resultados efetivos com vista à prevenção da ILC e a implementação da norma da DGS *Feixes de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*, que iremos descrever de seguida.

Da reunião efetuada com a Direção do BO (Enf^a Chefe, Diretora do Serviço) e coordenadora da GCL-PPCIRA, ficou explicito que seria muito importante que os profissionais de saúde sentissem que esta era uma preocupação institucional e para tal a divulgação da norma procedimento geral - *Medidas de Prevenção e Controlo das Infeções da Ferida Operatória*, era fundamental, bem como a divulgação da norma da DGS aos anestesistas e enfermeiros do Bloco Operatório.

Neste sentido o desenvolvimento de competências na equipa do Bloco Operatório, passou pela apresentação do projeto, dos resultados obtidos da observação das práticas e da auditoria aos registos clínicos, numa sessão de formação conjunta no dia 10 de fevereiro de 2017 envolvendo a coordenadora do GCL-PPCIRA e anestesista responsável da formação (Apêndice XIV).

Desta formação que envolveu a Direção do Serviço (Diretor Anestesia, Diretora Bloco Operatório e Enf^a Chefe) participaram enfermeiros e anestesistas e podemos constatar o interesse manifestado pela equipa na colaboração e envolvimento para a implementação do projeto no seu serviço e nas sugestões dadas para a implementação da norma. Estas, tendo em conta os dados do diagnóstico centraram-se em:

- ✓ Elaboração de Norma de procedimento / Política sobre a Monitorização da Temperatura Intraoperatória (monitorização da temperatura central a todos os doentes)
- ✓ Elaboração de Norma de procedimento / Política sobre a Monitorização da Glicémia Capilar (*monitorização e correção da glicémia capilar a doentes diabéticos e não diabéticos*)
- ✓ Aquisição de sistemas de monitorização de temperatura para todas as salas operatórias
- ✓ Aquisição de glucómetros para todas as salas operatórias
- ✓ Incluir o registo banho pré-operatório na Folha de Verificação Cirúrgica
- ✓ Tricotomia - definir onde e quem realiza, podendo ser obviado ou coadjuvado por protocolo.

Decorreu também uma reunião conjunta entre o Diretor do Serviço de Endocrinologia e coordenadora da GGCL-PPCIRA. Nesta reunião foi exposto a necessidade de uniformizar institucionalmente a monitorização da glicémia capilar a doentes diabéticos e não diabéticos que iam ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, ficando assente que se iria dar resposta, por via de um protocolo sobre monitorização e controle da glicémia no pré, intra e pós-operatório. Atualmente o protocolo encontra-se em fase de elaboração.

Outro aspeto fundamental que se percebeu necessitar de melhoria foi os registos de enfermagem relativamente ao foco de intervenção infeção do local cirúrgico.

Assim, após reflexão com a equipa de enfermagem do Serviço de Neurocirurgia, com os orientadores do projeto e o elemento responsável pela parametrização institucional, foi identificada uma lacuna no registo aos cuidados de enfermagem realizados no banho pré-operatório e na monitorização da glicémia capilar de acordo com o feixe de intervenções.

Neste sentido foi efetuada uma reunião com o grupo de parametrização do Sclinic para analisar a melhor forma de proceder em sistema informático aos registos considerados necessários e inexistentes na parametrização do Serviço de Neurocirurgia, para dar resposta aos cuidados de enfermagem na prevenção de ILC.

A equipa do Serviço de Neurocirurgia, efetua os registos no SClínico, uma aplicação informática que une Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Este prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação, ou seja, permite a otimização do tempo, melhor organização do trabalho, possui uma linguagem padronizada, ajuda na tomada de decisão, permite uma maior facilidade em recuperar dados, de forma a facilitar a comunicação entre a equipa, permitindo maior segurança dos dados registados.

Foi então discutido e implementado no serviço para dar resposta ao banho pré-operatório:

- ✓ Diagnóstico de Enfermagem: *Risco de infeção*
- ✓ Intervenção de Enfermagem: **Preparar local do corpo para o pré-operatório.*

Para dar resposta à manutenção da glicémia capilar foi determinado o:

- ✓ Foco de Atenção: *Metabolismo Energético*
- ✓ Intervenção de Enfermagem: *Monitorização da Glicemia Capilar.*

Com a evolução dos sistemas de informação, o registo clínico eletrónico terá que agregar toda a informação clínica do doente para que os profissionais de saúde consigam visualizar, utilizar e partilhar o historial clínico na sua globalidade a nível nacional, facilitando assim a comunicação entre os mesmos, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento à pessoa idosa, permitindo cuidados de saúde de qualidade.

No entanto, a utilização de sistema informatizado sem a aplicação do raciocínio clínico e pensamento crítico torna as intervenções de enfermagem automáticas e repetitivas não pertinente às necessidades individualizadas do doente, interferindo assim na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados.

Outra das articulações efetuadas foi com o Serviço de Informática e Farmácia para estruturar a melhor forma de fazer a prescrição antibiótica profilática e fornecimento da Cloro-hexidina para o banho pré-operatório. A indicação da profilaxia antibiótica deve estar registada em consulta pré-anestésica no processo clínico, sendo que a responsabilidade da prescrição antibiótica é do cirurgião e a responsabilidade de assegurar a cumprimento da sua administração atempadamente do anestesista. (DGS, 2013).

Percebemos que existe pré-definido no aplicativo SGICM, uma prescrição pré-definida - *Profilaxia Cirúrgica*, com dose e horários definidos, que basta o médico selecionar para se efetuar a prescrição, de acordo com a norma institucional da antibioterapia profilática e acordado com os responsáveis do serviço. Se não utilizar esta alternativa, o médico terá que calendarizar o antibiótico profilático aquando efetua a prescrição.

Quanto ao fornecimento da Cloro-hexidina para o banho pré-operatório será repostos por níveis no serviço Kits individualizados, não sendo necessário prescrição terapêutica.

Outra das atividades por nós desenvolvidas foi a reestruturação da norma de procedimento do serviço em colaboração com a Enfermeira Chefe relativamente aos "Cuidados pré-operatórios a doentes neurocirúrgicos", pois percebemos que a mesma não integrava as orientações do feixe de intervenções. Os enfermeiros do serviço tiveram a oportunidade de analisar a norma e dar a sua opinião sobre a mesma (Apêndice XV).

Em simultâneo, após discussão com a enfermeira orientadora de estágio (Enfermeira Chefe do Serviço), Diretor clínico do Serviço e coordenadora do GCL-PPCIRA, foi também revisto com o envolvimento e colaboração de todos, o protocolo da glicémia capilar, devido ao facto de ainda não termos uma resposta do Serviço de Endocrinologia ao que tinha sido acordado. Foram efetuadas alterações ao mesmo, baseadas na evidência científica atual de modo a dar resposta ao algoritmo clínico da norma nº 020/2015 da DGS. Ficando definido no protocolo clínico "Controlo da

Glicémia capilar no pré e Pós-operatório” que o enfermeiro deve efetuar pesquisa da glicémia capilar, imediatamente antes do doente ir para o Bloco Operatório e no pós-operatório imediato de 6/6h durante 24h (Apêndice XVI).

Com o objetivo de desenvolver competências para **sistematização das intervenções para a prevenção da ILC**, realizamos sessões formativas á equipa multidisciplinar do serviço ao longo da implementação do projeto que foram particularmente marcantes. Após análise da auditoria, das observações, e confrontando os resultados do questionário em que identificamos as necessidades de formação, percebemos a necessidade de efetuar formação à equipa. A educação dos profissionais de saúde é considerada uma das estratégias eficazes na prevenção e controlo de infeção (WHO, 2012b). Mas esta deve ser planeada, pois como referem Rodrigues & Ferrão (2006), sendo a ação de formação um momento formativo no qual se pretende adquirir e ou aprofundar as competências dos intervenientes deverá ser planeada de uma forma adequada, para garantir que se sejam atingidos os seus objetivos (apêndice XVII).

Assim, efetuamos três sessões de formação. Na primeira sessão tivemos como objetivo apresentar e contextualizar o projeto assim como, promover a reflexão, o debate na equipa em relação ao que já se realizava corretamente e o que era possível melhorar a nível das práticas dos diversos profissionais com a intenção de prevenir a Infeção de local cirúrgico na pessoa idosa.

Obtivemos a presença marcante dos elementos da equipa médica do serviço, da coordenadora do GCL-PPCIRA, e cinco dos enfermeiros do serviço. Foram apresentados os resultados obtidos dos diversos instrumentos utilizados para efetuar o diagnóstico de situação, a norma DGS nº 020/2015, e incidiu-se na responsabilidade da prescrição do antibiótico profilático no pré-operatório, e na monitorização da glicémia capilar, visto termos em maioria, a presença médica do serviço (Apêndice XVIII). Foi manifestado por todos que se tratava de algo de grande relevância e de fácil alteração no contexto das práticas, assumindo assim em grupo alteração das mesmas.

Quanto ás restantes sessões foram realizadas para permitir o maior envolvimento dos elementos das 4 equipas de enfermagem. Incidimos no banho pré-operatório e nos dois momentos preconizados, na utilização do antisséptico, na monitorização da glicémia capilar, na uniformização/ alteração dos registos no

SClínico e na apresentação das duas normas revistas anteriormente descritas (Apêndice XIX).

Desta formação e da reflexão efetuada salientou-se a premência de implementar a consulta de enfermagem pré-operatória, como objetivo de fazer ensino para os cuidados pré-operatórios incidindo no banho pré-cirúrgico com cloro-hexidina $\geq 2\%$ ao doente e a otimização da roupa necessária para garantir que todos os doentes que diariamente serão submetidos a uma intervenção cirúrgica possuem roupa suficiente para dar resposta aos dois momentos preconizados para o banho pré-cirúrgico. Ficou também combinado dar início imediato às restantes alterações preconizadas quer na norma de procedimento, quer no protocolo clínico revistos.

Proporcionar momentos de reflexão e discussão de situações no seio da equipa, demonstrou ser uma estratégia eficaz para capacitação e facilitação de aquisição de conhecimentos, incorporação de intervenções na prática de cuidados com vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na prevenção da ILC, contribuindo assim para a diminuição de ocorrência de complicações e possibilitando a pessoa idosa prosseguir o seu projeto de vida, o que possibilitou o desenvolvimento de competências de líder para a mudança.

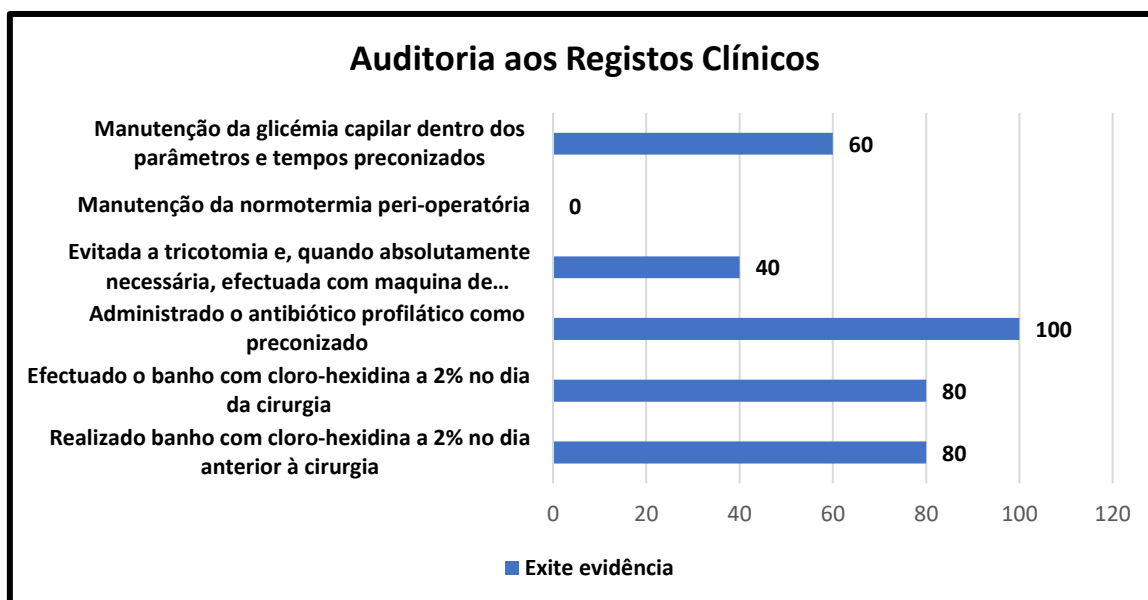
Outras das atividades desenvolvidas foi a elaboração de um poster, incidindo sobre o algoritmo clínico da norma da DGS nº 020/2015, tal como estava previsto inicialmente para colocar na sala de trabalho de enfermagem (Apêndice XX).

A fase de avaliação do projeto para o desenvolvimento de competências na equipa do Serviço de Neurocirurgia, decorreu no período de 6 a 10 de fevereiro de 2017. O nosso objetivo foi mostrar as mudanças ocorridas nas práticas dos cuidados na prevenção da ILC na pessoa idosa, bem com perspetivar possibilidades de continuidade para o futuro, pelo que foram efetuadas observação das práticas e novas auditorias clínicas a 5 processos tendo em conta cada item do algoritmo clínico.

Podemos observar que o banho pré-operatório é efetuado no dia da cirurgia com Cloro-hexidina a 2%, que é cumprida a administração do antibiótico para a profilaxia antibiótica como preconizada; que a tricotomia é realizada no Bloco Operatório; a monitorização da glicémia capilar é efetuada como preconizado. Contudo ainda não é prática corrente a monitorização da temperatura aos doentes no intraoperatório.

Dos 5 processos clínicos auditados mediante a grelha da norma DGS nº 020/2015 podemos constatar que houve melhoria global conforme grafico 3.

Gráfico 3: Monitorização das medidas preventivas de infeção de local cirúrgico (fevereiro 2017)



Foi para nós importante perceber que a mudança na prática de cuidados é um processo contínuo, que necessita de tempo para que os diversos profissionais se possam apropriar dos conhecimentos, articula-los e aplicá-los na prática dos cuidados. Cada profissional tem o seu tempo e o seu processo reflexivo por isso foi acordado colaborar com o serviço na avaliação da mudança de praticas à pessoa idosa na prevenção da infeção do local cirúrgico.

O desenvolvimento das atividades ajudou-nos a desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, em diferentes domínios, nomeadamente das aprendizagens profissionais agindo com dinamizadora na construção e implementação do projeto, na análise da praticas, na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na prevenção de ILC e competências de mestre, ao desenvolver processos de inovação das práticas de cuidados e questionar as mesmas.

Pensámos também ser fundamental dar a conhecer a pertinência do projeto e o caminho desenvolvido para a resolução dos problemas da prática clínica. Neste sentido, participamos a convite da Unidade de Cuidados Intensivos do hospital no dia

1 de março de 2017, num ciclo de conferências, onde realizamos uma sessão de formação à equipa de enfermagem, com o intuito de dar a conhecer o projeto desenvolvido e contribuir para a reflexão sobre práticas atuais na prevenção da infeção do local cirúrgico (Apêndice XXI).

Apresentamos este projeto no Congresso Internacional de Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem, do grupo de Investigadores do NURSID - CINTESIS/ESEP, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem do Porto, em julho de 2017.

Também nos candidatamo-nos à 8.ª edição do Angelini University Award 2016/2017, cujo o concurso tem por objetivo contribuir para a dinamização da inovação e criatividade em áreas de conhecimento no âmbito do combate a Resistências a Antibióticos, tendo sido apurados como um dos 16 semifinalistas.

A continuação do aprofundamento, da consolidação da implementação do feixe de intervenções para a prevenção de infeção de local cirúrgico, é também outra área a desenvolver simultaneamente. A articulação com a ESEL em projetos de investigação poderá ser uma ajuda pela aglutinação de diferentes competências, na continuação de projetos promotores de mudanças de prática à pessoa idosa na prevenção de infeção de local cirúrgico.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJECTO

Neste capítulo refletimos sobre as competências desenvolvidas como enfermeira especialista ao nível dos vários domínios e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa. Salientamos igualmente as principais implicações para a prática e as limitações do projeto.

O estágio possibilitou-nos o desenvolvimento de competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, através da mobilização dos conhecimentos ético-deontológicos, na tomada de decisão nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa. Sendo assegurando o respeito pela pessoa idosa, pela equipa multidisciplinar, pelo anonimato e pela confidencialidade dos dados das pessoas idosas e famílias.

Inserido no estágio foi desenvolvido o projeto, sendo assegurado aos participantes a liberdade de escolha e participação, assim como, o direito de revogação. Foram solicitados à equipa multidisciplinar o seu consentimento informado e esclarecido.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade** desenvolvemos competências na dinamização, motivação e implementação do projeto com uma metodologia de melhoria da qualidade, com vista a melhorar os cuidados à pessoa idosa que irá ser submetida a uma intervenção cirúrgica de forma a prevenir a ICL.

Esta metodologia permite-nos fazer o diagnóstico de situação, identificando e percebendo qual o problema e as causas. Permitiu envolver os profissionais, dando-lhe espaço de expressão, de forma a poderem discutir estratégias, planear e executar intervenções e futuramente avaliar resultados.

Através da mobilização do modelo de parceria, envolveu-se o doente e família no processo da prática de cuidados, fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, segurança e ganhos em saúde para a pessoa idosa.

Os tempos de reflexão na equipa sobre a intervenção e registo, ajudou na promoção de práticas possibilitando um conhecimento mais profundo da pessoa idosa e favoreçam a construção de um processo de parceria, promotor do cuidado de si.

A criação de um ambiente terapêutico e seguro, foi outra das competências desenvolvidas ao longo do estágio, na implementação de intervenções com vista a prevenção da ILC. Realizámos um questionário aos profissionais do serviço, observamos as práticas e efetuamos auditorias aos registos clínicos. A análise dos resultados, identificou oportunidades de melhoria, em que a revisão de procedimentos e a implementação de outros, bem como na divulgação dos resultados e nas experiências avaliadas, contribuíram para prevenir as IACS, nomeadamente da ILC.

A participação noutros campos de estágio no Hospital contribuiu para dar início a este projeto, mas também a sua implementação no Serviço de Neurocirurgia, fomentou a sua importância para ser desenvolvido e implementado noutros serviços do hospital, visto este ser um projeto de interesse institucional na área da qualidade.

As competências **no domínio da gestão de cuidados** foram desenvolvidas através da liderança do projeto, e da implementação de uma intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa que é submetida a uma intervenção neurocirúrgica e à sua família, que teve como objetivo capacitar a equipa multidisciplinar de novos conhecimentos, otimizar a sua intervenção, melhorar a qualidade dos cuidados prestados ,contribuindo quer para a prevenção da ILC, quer para a autonomia da pessoa idosa ,prosseguindo assim com o seu projeto de vida e saúde.

Por fim, **no domínio das aprendizagens profissionais** as orientações tutoriais da docente e da enfermeira orientadora do local de estágio ajudaram-nos no autoconhecimento, na identificação das áreas de maior relevância que necessitavam de aprofundamento, de forma a fundamentar a prática clínica.

Por sua vez, a utilização de métodos de investigação e a análise e aplicação prática do melhor conhecimento disponível sobre a temática em estudo, permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira mestre. A atuação enquanto líder na equipa de enfermagem para a mudança das práticas profissionais, de acordo com a melhor evidência científica disponível, possibilitou a otimização da intervenção de enfermagem e melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa na prevenção da ILC.

Ao longo do estágio, também desenvolvemos competências na dinamização e facilitação das aprendizagens na equipa multidisciplinar, quer no serviço de

Neurocirurgia, quer no Bloco Operatório aos enfermeiros e anestesistas, bem como participamos na troca de conhecimentos e experiências profissionais no Serviço de UCI do hospital.

Ao iniciar este estágio, estava consciente da possibilidade de surgirem algumas limitações, tais como a inexperiência na realização de um estágio desta natureza e o facto de ser efetuado num serviço fora do nosso local de trabalho. Mas se eram dificuldades inicialmente identificadas, tornou-se logo de imediato um enorme desafio.

O facto de não conhecermos a equipa multidisciplinar, a dinâmica de funcionamento, as dificuldades ao nível da prática de cuidados era uma desvantagem, tal como o facto de não saber como iríamos ser aceites pela equipa, mas acabou por se revelar vantajoso porque não foi necessário gerir os diferentes papéis (Enfermeira prestadora de cuidados no serviço / estudante), existindo uma dedicação á execução do projeto de estágio com a equipa multidisciplinar num processo de análise e reflexão, determinante para a mudança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Todo o interesse e empenho da equipa foi para nós um incentivo para o desenvolvimento de competências de forma a corresponder às expectativas. Os resultados obtidos no projeto, mas sobretudo as sugestões para a sua continuidade, revelam uma forte e sincera motivação em melhorar a intervenção no serviço.

A equipa multidisciplinar contribuiu também ao longo do percurso, através da sua disponibilidade e incentivo, para a realização do projeto. A realização do estágio no GCL-PPCIRA e no B.O. ajudou-nos na compreensão das dificuldades dos profissionais e afirmou a pertinência de estabelecer pontes entre os diferentes serviços, áreas de cuidados.

A disponibilidade demonstrada pela enfermeira orientadora e pela professora orientadora ajudaram-nos imenso no processo autorreflexivo necessário à nossa aprendizagem.

Apesar do projeto estar dirigido para a especificidade da pessoa idosa, o conhecimento da temática e as alterações introduzidas poderão beneficiar todas as pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica.

As principais limitações do projeto tiveram que ver sobretudo com a duração do estágio e o envolvimento dos diversos profissionais (enfermeiros/ anestesistas/ neurocirurgiões). A mudança na prática de cuidados necessita de tempo para que os

diversos profissionais consigam apreender novos conhecimentos, articular e mobilizá-los no seu cotidiano. Percebi que cada profissional tem o seu ritmo e processo reflexivo, e por tal tive necessidade de estar atenta e colaborar a individualmente, mas sobretudo na dinâmica de grupo.

A avaliação da mudança das praticas é essencial e nesse sentido a articulação com a UI&ESEL em projetos de investigação é fundamental para a continuação de projetos promotores de mudanças de práticas à pessoa idosa no serviço.

5. CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo natural que não tem que ser visto como sinal de perda ou incapacidade. O prolongamento da vida pode trazer o aumento das doenças crônicas e incapacidades decorrentes do próprio envelhecimento, o que implica uma nova organização e uma nova forma de ver os cuidados de saúde. O processo de envelhecimento torna a pessoa idosa mais vulnerável às infecções, o que associado às síndromes geriátricas, à fragilidade do seu sistema imunitário, às doenças crônicas e à polimedicação, realça a importância da problemática em estudo.

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema crescente à escala mundial. As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos em saúde. Devido à diminuição da sua reserva funcional, os idosos acabam por estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de complicações durante a hospitalização, estando assim mais suscetíveis às IACS. Entre as IACS temos a infecção do local cirúrgico (ILC).

O risco de ILC na pessoa idosa é multifatorial. É fundamental que o enfermeiro especialista deva ter presente uma relação de confiança com a pessoa idosa, com a equipa multidisciplinar e ser reconhecido como competente na sua área de atuação, utilizando um modelo de boas práticas. Deve ser responsável pela educação junto dos seus pares, e restantes elementos da equipa multidisciplinar, despertando-os para os fatores de risco, sinais e sintomas, bem como as complicações inerentes, contribuindo assim para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa idosa.

Para mim enquanto futura enfermeira especialista promover o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida da pessoa são princípios orientadores para a nossa prática, através da identificação, prescrição implementação e avaliação das intervenções efetuadas, irei contribuir para evitar problemas ou minimizar efeitos indesejáveis (OE,2012).

O enfermeiro deve possuir conhecimentos acerca do processo de envelhecimento, porque cuidar da pessoa idosa implica a mobilização e articulação desse conhecimento, com o intuito de antever problemas e complicações. A avaliação multidimensional da pessoa idosa é fundamental para a singularidade do processo de

cuidados á pessoa idosa, o enfermeiro deve estar atento às necessidades da pessoa idosa, as suas potencialidades e aos projetos de vida, ao saber avaliar a pessoa idosa em todas as suas dimensões, irá estabelecer intervenções potenciadoras do cuidado centrado na pessoa idosa. O modelo de parceria de Gomes (2013) ajudou a operacionalizar o processo de cuidados centrados na pessoa idosa na prevenção da infeção de local cirúrgico. A construção do processo de parceria é essencial para ver a pessoa como ser de projeto e de cuidado.

A implementação deste projeto para prevenção da ILC na pessoa idosa, indo ao encontro de problemáticas atuais e sensíveis aos cuidados de enfermagem, trouxe mudanças no serviço, tendo em conta a melhoria evidenciada das práticas da equipa multidisciplinar, agora mais capaz de dar resposta às necessidades da pessoa que irá ser submetida a uma intervenção cirúrgica. Existiu uma grande recetividade para este projeto, o que nos levou a sentir confiantes na continuidade do mesmo, visto ter-se estabelecido um nível de parceria que fosse além do Serviço de Neurocirurgia, que fosse transversal na implementação no Bloco operatório e a todos os serviços cirúrgicos do hospital.

Analisando todo o percurso efetuado neste ensino clínico, considero que atingi os objetivos propostos, tendo cumprido atempadamente as atividades planeadas, que foram sem dúvida fundamentais para a continuidade do nosso desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre nos domínios da responsabilidade profissional, ética, legal, da melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, para cuidar da pessoa idosa.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, A., M., Wanyoro, A., K., Mwangi, J., Juma, F., Mugoya, I., K., Scott, J., A., G. (2013) Changing Use of Surgical Antibiotic Prophylaxis in Thika Hospital, Kenya: A Quality Improvement Intervention with an Interrupted Time Series Design. *PLOS ONE*.8(11) - 1-6.
- Allegranzi, B., Storr, J., Dziekan, G., Leotsakos, A., Donaldson, L., Pittet, D. (2007). The First Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. *J Hosp Infect*. Acedido em 05/04/2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17540254>
- Almeida, G., Alves, J., Mendes, J., J., Perelman, J., Lobão, M., J., Sousa, P. (2016). Infecções associadas a cuidados de saúde. Contributo da Indústria de meios de diagnóstico in vitro para o seu controlo. Acedido em 2/04/2017. Disponível em: <http://www.stopinfecaohospitalar.com/index.php/noticias/23-relatorio-do-projeto-infecoes-associadas-a-cuidados-de-saude-contributo-da-industria-de-meios-de-diagnostico-in-vitro-para-o-seu-control>
- Bagdasarian N., Schmader, K. E., Kaye, K. (2013). The Epidemiology and Clinical Impact of Surgical Site Infections in the Older Adult. *Current Translational Geriatrics and Gerontology Reports*, 2, 159-166. Acedido: 21/05/2016. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s13670-013-0048-3>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. silveira, trad.). (2ªed.) Loures: Lusociência (Soigner...Le premier art de la vie, 2ème éd. Paris, Masson,2001)
- Collière, M-F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Coskun, D., Aytaç, J. (2007). Evaluation of nosocomial infections following cardiovascular surgery. *Anadolu Kardiyol Derg*. 7,164-168
- Crolla, R., M., P., H., Laan, L., V., Veen, E., J., Hendriks, Y., Schendel, C., Kluytmans, J. (2012) Reduction of Surgical Site Infections after Implementation of a Bundle of Care. *PLOS ONE*. 7(9),1- 6.

- Davin, B. Paraponaris, A.& Verger.P. (2009) Socioeconomic determinants of the need for personal assistance reported by community-dwelling elderly: empirical evidence from a French national health survey. *Journal of Socio-Economics* 38(1), 138-146
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Caracterização Geral e Criação dos Agrupamentos de Centro de Saúde. *Diário da República*, 1ª Série – N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008.1182-1189. Acedido em 7/10/2016. Disponível em:
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Decreto-Lei nº 74/2006. Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Mestrado. *Diário da República*, 1ª Série -A N.º 60 — 24 de março de 2006. 2242-2257. Acedido em 20/ 05/2017. Disponível em:
https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf
- Despacho nº 242/96. Normas de Gestão e Classificação dos Resíduos hospitalares. *Diário da República*, 2ª Série – N.º 187-13 de agosto de 1996.11380-11381. Acedido em 10/10/2016. Disponível em:
http://iasaude.pt/UPS/legislacao/242_96.pdf
- Despacho nº 2757/2017, de 3 de abril (2017). Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas, celebra um acordo específico com a Fundação Calouste Gulbenkian na área da infeção hospitalar. *Diário da República*, 2ª Série, N.º66 (03/04/2017) .6153-6154. Acedido em 20/4/2017. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/106805723>
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Prevalência da Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Prevenção da Infeção do local Cirúrgico*. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos antimicrobianos: Orientações Programáticas*. Acedido em

8.05.2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direção Geral da Saúde (2014). *Portugal idade maior em números– 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa. Ministério da Saúde

Direção-Geral da Saúde (2015). *Bundles: a new language and a new methodology*. Acedido em 20.04.2017. Disponível em [file:///C:/Users/sandr/Downloads/i021929%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/sandr/Downloads/i021929%20(4).pdf)

Direção Geral da Saúde (2015). "Feixe de intervenção" de Prevenção de Infecção de local cirúrgico. Lisboa: DGS

Direção-Geral da Saúde (2016). *PORTUGAL Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. Acedido 5/04/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Ercole, F., F., Franco, L., M., Macieira, T., G., R., Wenceslau, L., C., C., Resende, H., I., N., Chianca, T., C., M. (2001). Risk of surgical site infection in patients undergoing orthopedic surgery. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*.19(6),1362-1368.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa. Acedido 12/05/2016. Disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2015). Documento orientador Opção II/Estágio. Acedido em 12/05/2016.

Faedal, M.S.; Perroca. M.G. (2017). Conformidade da prescrição de enfermagem às necessidades de cuidados: concepção de enfermeiros. *Revista Brasileira Enfermagem REBEn*.70(2):418-24. Acedido a 10-04-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0400.pdf

Fettes, S., Mulvaine, M., Doren, E.V. (2013). Effect of Preoperative Forced-Air Warming on Postoperative Temperature and Postanesthesia Care Unit Length of Stay, *AORN Journal* .97 (3), 323-328.

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. Acedido a 10-04-2017. Disponível em:

<http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures: Lusodidata;
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Stop infeção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian*. Lisboa. Ministério da Saúde
- GERMI (s.d). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Gomes, I. D. (2013). *Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. 77-113
- Gomes, I. D. (2013). *Promover o cuidado de si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicilio*. In M. A.O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da Investigação à prática (pp.77-113). Loures: Lusociência
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrucken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Graling, P., R., Vasaly, F., W. (2013). Effectiveness of 2% CHG Cloth Bathing for Reducing Surgical Site Infections. *AORN Journal*. 97.5,547-551.
- Hohmann, C., Eickhoff, C., Radziwill, R., Schulz, M. (2011). Adherence to guidelines for antibiotic prophylaxis in surgery patients in German hospitals: a multicentre evaluation involving pharmacy interns, *Infection*. 40, 131-137.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013). *Revista de Estudos Demográficos*. nº 51-52. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido em 20/04/2017. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=212165714&PUBLICACOESmodo=2
- Jain.M. at.el. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care*.15. 235-239

- Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D., Berwick, D.M. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care*. 15. 235-239
- Jeon, C., Y., Furuya, E., Y., Mitchell F. Berman, M., F., Larson, E., L., The Role of Pre-Operative and Post-Operative Glucose Control in Surgical-Site Infections and Mortality. *PLOS ONE*. 7(9),1-7.
- Kaye, K., S., Sloane, R., Sexton, D.J. & Schmader, K., A. (2006). Risk Factors for Surgical Site Infections in Older People, *JAGS*. 54 (3), 391-396.
- Lecourt, H (2010). Infecção em cuidados de saúde – Perspectiva actual. *Cadernos de Saúde*, 3, 17-23
- Lei nº 67/98 de 26 de outubro (1998). Lei da Proteção de Dados Pessoais (Transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). Acedido em 24/10/2016. Disponível em: https://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei_6798.htm
- Lourenço, R. A. (2008). A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Ano 7, 21-28.
- Martins, A., Pinto, A.A., Lourenço, C.M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M.J., Almeida, M.PP., Mendes, O.S., Santos, R.M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 12 (2), 52-61. Acedido em 22-04-2017. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf
- Martins, S. S. (2011). *O Enfermeiro na Vanguarda do Controlo da Infecção*. Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional da R. A. dos Açores. Acedido em: 10/11/2016. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigos_publicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOControlodaInfec%C3%A7%C3%A3o.aspx
- McCormack, B. (2003). A conceptual Framework for person- centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209. Acedido a 12/06/2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=307cdcc9-501b-43dc-bd16-74a470498bd1%40sessionmgr105&hid=106>

- Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Moraes, E., N., Marino, M., C., A., Santos, R., R. (2010). Principais Síndromes Geriátricas. *Med Minas Gerais*,20(1) 54-66. Acedido em: 10/06/2016.Disponível: <http://pt.slideshare.net/carlosbrasilpsf/sndromes-geritricas-artigo-de-reviso>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Surgical Site Infection: Prevention and Treatment*. London: NICE,2008. Acedido em: 29/6/2013
Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74/chapter/introduction>
- OE (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. DR, II Série, nº35 (18-2-2011) 8648-8653.
- OE (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros
- OE (2017). Estrutura de Sistemas de Informação em Enfermagem. *Análise dos resultados do inquérito sobre sistemas de informação em enfermagem*. Acedido em 20/4/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sie/Documents/Resultados_InqueritoSIE_Fevereiro2017.pdf
- Oh, A., L., Goh, L., M., Azim, N., A., N., Tee, C., S., Phung, C., W.S. (2014). Antibiotic usage in surgical prophylaxis: a prospective surveillance of surgical wards at a tertiary hospital in Malaysia. *J Infect Dev Ctries*. 8(2),193-201
- OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros, Conselho Diretivo (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Nova York: MCGraw-Hill Book Company
- Pedrolo, E., Danski, M., T., R., Mingorance, P., Lazzari, L., S., M., Méier, M., J., Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* Acedida em :3/05/2017. Disponível em :
https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%A2ncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf
- Perry, M. (2012). How the signs and symptoms of common infections vary with age. *Practice Nursing*, 23(4), 176-182
- Petronilho, Fernando Alberto Soares - Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda
- Rodrigues, M. & Ferrão, L. (2006). Formação Pedagógica de Formadores (7ª Edição). Lisboa: Lidel.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Acedido em: 8/06/2015. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Slegt, J., V., D., Laan, L., V., Veen, E., J., Hendriks, Y., Romme, J., Kluytmans, J. (2013). Implementation of a Bundle of Care to Reduce Surgical Site Infections in Patients Undergoing Vascular Surgery. *PLOS ONE*. 8(8), 1-7.
- Sossai, L.C.F., Pinto, I.C. (2010). A visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades X Potencialidades. *Ciência Cuidado e Saúde*. 9(3), 569-576
- Sousa, P. (2006). Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.

- The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewer`s Manual:2015 edition/Supplement. Acedido a 20/5/2016. Disponivel em:
[http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência
- WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. Suíça: WHO Library.
- WHO (2012b). *A crescente ameaça da resistência antimicrobiana: Opções de ação*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido em 15.01.2017.
Disponível:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75389/3/OMS_IER_PSP_2012.2_por.pdf?ua=1
- WHO (2017). *Clean Care is Safer Care. Background to Clean Care is Safer Care*. Acedido em :04/05/2017. Disponivel em:
<http://www.who.int/gpsc/background/en/>

ANEXOS e APÊNDICES

**ANEXO I -Norma DGS Nº 020/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de
Infeção de Local Cirurgico**



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



EM DISCUSSÃO PÚBLICA

NORMA

da Direção-Geral da Saúde

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: c=PT, ou=Ministério da
Saúde, ou=Direção-Geral da
Saúde, cn=Francisco
Henrique Moura George
Date: 2015.12.15 14:21:01 Z

NÚMERO: 020/2015
DATA: 15/12/2015

ASSUNTO: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico
PALAVRAS-CHAVE: Infeção de local cirúrgico, cirurgia, prevenção, infeção
PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

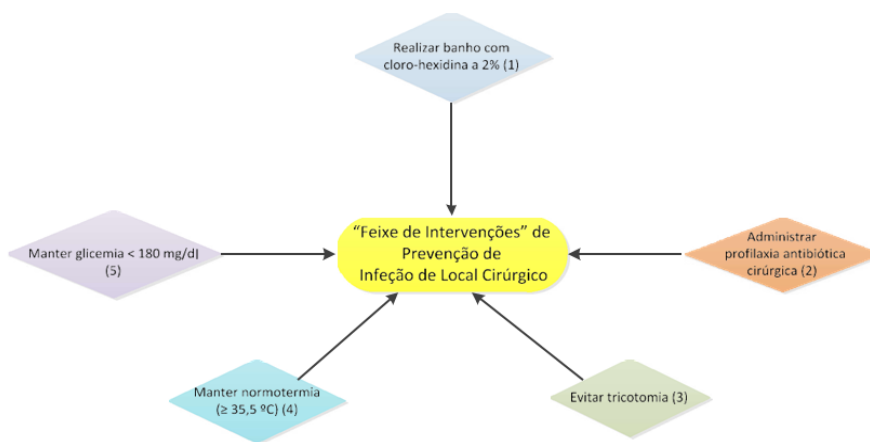
Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções:
 - a) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Categoria IB) ⁽¹⁻¹⁰⁾;
 - b) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (Categoria IA) ⁽¹⁻¹³⁾;
 - i. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica" ⁽¹¹⁾.
 - c) Evitar tricotomia (Categoria IIA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (Categoria IA) ^(1-10, 14);
 - d) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA) ^(1-10, 15-18);
 - e) Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (Categoria IA) ^(1-10, 19-24).
2. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

3. O algoritmo clínico

“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico



(5) Durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes

(4) Durante o período peri-operatório

(3) Quando tricotomia absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da cirurgia

(2) Nos 60 minutos antes da cirurgia, sempre que indicado: em dose única ou durante um máximo de 24 horas (Norma N.º 003/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”)

(1) No dia anterior e no dia da cirurgia com, pelo menos, 2 horas antes da cirurgia

4. O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma ""Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico"				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
1: Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções"				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia				
Existe evidência de que no doente é realizado banho com cloro-hexidina a 2% no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência				
Existe evidência de que no doente é administrado antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado, em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica"				
Existe evidência de que no doente é evitada tricotomia e, quando absolutamente necessária é usada máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica				
Existe evidência de que no doente é mantida normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$)				
Existe evidência de que no doente é mantida glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



EM DISCUSSÃO PÚBLICA

NORMA |

da Direção-Geral da Saúde

5. O conteúdo da presente Norma, após discussão pública e análise dos comentários recebidos, poderá vir a ser alterado pelo Departamento da Qualidade na Saúde e pela posterior validação científica da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
6. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

**APÊNDICE I. Questionário acerca das Recomendações Baseadas na Evidência
para a Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico**

Questionário acerca das recomendações baseadas na evidência para a prevenção de Infecção de Local Cirúrgico (ILC)

Parte I - Dados Sociodemográficos

◇Categoria Profissional

Médico Especialista:

- Neurocirurgia
- Anestesia

Médico Interno Complementar:

- Neurocirurgia
- Anestesia

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista e/ou Mestrado:

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

◇Local de Trabalho

- Enfermaria Neurocirurgia
- UI Neurocirurgia
- UCI Neurocirurgia
- Bloco Operatório

◇Tempo de exercício profissional

- Menos 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 15 anos
- 15 a 20 anos
- Mais de 20 anos

Parte II – Prevenção da ILC

Tendo em conta a prevenção de infeção do local cirúrgico, leia atentamente todas as questões e assinale a alínea correspondente à resposta que considera correta. No final, verifique se respondeu a todas as questões.

1. O momento do banho pré cirúrgico deve ser

- No dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia
- No dia da cirurgia
- No dia anterior à cirurgia
- No dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia com pelo menos duas horas de antecedência
- Todas incorretas

2. O banho pré cirúrgico deve ser realizado com

- Sabão Neutro
- Iodopovidona -solução dérmica
- Cloro-hexidina a 2%
- Apenas com água
- Todas incorretas

3. A tricotomia é um procedimento que na intervenção cirúrgica deve ser:

- Sempre efetuada
- Nunca efetuada
- Deve ser evitada
- É irrelevante
- Todas incorretas

4. **A tricotomia quando for necessária deve ser efetuada:**

- No dia anterior à intervenção cirúrgica
- 60 a 90 min antes da intervenção cirúrgica
- Imediatamente antes da intervenção cirúrgica, se necessário.
- No momento do banho
- Todas incorretas

5. **Deve ser realizada a tricotomia com:**

- Lamina de barbear
- Máquina de corte
- Navalha de barbear
- Bisturi
- Todas incorretas

6. **O momento da administração de antibiótico para a profilaxia antibiótica cirúrgica deve ocorrer**

- No momento da incisão cirúrgica
- Dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica
- Dentro dos 90 minutos anteriores à incisão cirúrgica
- Após a incisão cirúrgica
- Todas incorretas

7. **O antibiótico para a profilaxia antibiótica cirúrgica deve ser administrado**

- Em dose única ou durante um máximo de 48h
- Em dose única ou durante um máximo de 24h
- Durante um máximo de 48h
- Durante todo o internamento
- Todas incorretas

8. O doente no peri-operatório deve manter uma temperatura de:

- Temperatura Periférica $\geq 35,5^{\circ}$
- Temperatura Central $\geq 35,5^{\circ}$
- Temperatura Central $\geq 36,5^{\circ}$
- Não é relevante
- Todas incorretas

9. A Glicemia no doente deve:

- Ser mantida ≤ 180 mg / dl durante a cirurgia e nas 24h seguintes
- Ser mantida ≥ 180 mg / dl durante a cirurgia e nas 24h seguintes
- Ser mantida ≤ 180 mg / dl durante a cirurgia e nas 48h seguintes
- Não é relevante
- Todas incorretas

Obrigado pela sua colaboração

**APÊNDICE II. Resultados das Observações das Práticas na Prevenção de
Infeção de Local Cirúrgico**

Resultados das Observações das Práticas na Prevenção da Infecção de Local cirúrgico

Foram efetuadas observações das práticas dos profissionais de forma aleatória aos doentes idosos internados no serviço que foram submetidos a intervenção cirúrgica, em dois contextos distintos no Serviço de Neurocirurgia e no Bloco Operatório. Decorreu durante um período de 2 semanas, que corresponderam a 6 dias de auditoria.

Nesse período, encontravam-se internados no Serviço de Neurocirurgia submetidos a uma intervenção cirúrgica, 13 idosos, e apenas estes foram alvo do estudo. A idade dos doentes idosos foi entre 66 e 87 anos.

A observação das práticas foram efetuadas com base nos 5 itens do algoritmo clínico da norma DGS nº 020/2015 “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Neste sentido de acordo com cada item do algoritmo clínico identificamos que:

- 1) *Realizar Banho com cloro-hexidina a 2%, no dia anterior á cirurgia e, no dia da cirurgia, com menos 2 horas de antecedência***

O banho pré-operatório está condicionado em duas realidades: Doentes internados na véspera da cirurgia e doentes que são internados poucas horas antes da intervenção cirúrgica. Considerando estas duas situações podemos dizer da observação que fizemos que:

- Existe no Serviço de Neurocirurgia, uma norma de procedimento com protocolo pré-operatório que embora contenha aspetos da norma da DGS carece de revisão para melhor explicitação.
- Relativamente á prática, o procedimento de banho pré-operatório não é sistemático, estando relacionado com o “timing” da admissão do doente no serviço. Em regra, será feita lavagem da cabeça com cloro-hexidina $\geq 2\%$, em doentes submetidos a craniotomia, mas nem sempre são cumpridos os dois momentos (véspera e dia da cirurgia) preconizados pela norma da DGS.

- Não é fornecido de forma sistemática a Cloro-hexidina $\geq 2\%$ a todos os doentes, para que possam efetuar o procedimento no domicílio (caso o doente seja admitido no serviço no próprio dia da intervenção cirúrgica), e nem é efetuado os respetivos ensinamentos pelo enfermeiro. Embora já exista no serviço doses unitárias e o respetivo folheto com as orientações para ser entregue ao doente sobre o banho pré-cirúrgico.
- Não é transmitido pelo Enfermeiro Responsável do doente, nem é questionado pelo Enfermeiro de acolhimento ou de Anestesia se foi efetuado o Banho Pré-operatório nos dois momentos preconizados.

2) *Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores a incisão cirúrgica, sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma nº 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”*

- É cumprida a administração do antibiótico para a profilaxia antibiótica como preconizada. Sendo administrado pelo enfermeiro anestesista, por indicação do anestesista.

3) *Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica*

- No Serviço Neurocirurgia nunca é realizada tricotomia pré-operatória, sendo realizada no Bloco Operatório pelo Neurocirurgião.

4) *Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5\%$)*

Não é prática corrente a monitoração da temperatura aos doentes no intraoperatório

- Não existe protocolo de monitorização da temperatura no Serviço Bloco Operatório
- Não existe em todas as salas operatórias, um sistema de monitorização de temperatura dos tecidos profundos

5) Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes

- A monitorização da glicémia capilar é efetuada apenas em doentes diabéticos ou sob corticoterapia, quer no Serviço Neurocirurgia, quer no intraoperatório (Serviço Bloco Operatório)
- Não existe protocolo específico de Monitorizar Glicémia capilar pré-operatória, intraoperatória ou pós-operatória em doentes não diabéticos
- No Serviço Bloco Operatório, não existe glucómetros em todas as salas operatórias

SCOPING REVIEW

Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa

O envelhecimento assume cada vez mais importância em Portugal e no Mundo.

O aumento da esperança média de vida traduz-se no risco de aquisição de doenças crónicas, degenerativas, dependência e vulnerabilidade. Este fenómeno tem reflexo na mudança das principais causas de morbilidade e mortalidade da população, com fortes implicações na utilização de cuidados e serviços de saúde por esta faixa etária, o que tem implicações no aumento crescente do número de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) nos sistemas de saúde pela vulnerabilidade associada ao envelhecimento.

Entre as IACS, a infecção do local cirúrgico é a terceira IACS mais frequente, com uma taxa de prevalência de 18% em Portugal.

O aumento do risco do desenvolvimento de infecção de local cirúrgico na pessoa idosa deve-se ao facto das múltiplas patologias associadas, bem como as alterações do sistema imunológico, podendo retardar a sua recuperação, aumentando o tempo de internamento e o risco de desenvolver outras complicações.

Estando em desenvolvimento no Serviço de Neurocirurgia um projeto que pretende prevenir as infeções do local cirúrgico á pessoa idosa, como enfermeiras especialistas, torna-se pertinente alargar o nosso conhecimento sobre esta temática.

Surgiu então a necessidade de realizar uma revisão da literatura segundo a metodologia The Joanna Briggs Institute (2015) tendo por base método de Scoping Review, com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre a prevenção de infecção de local cirúrgico na pessoa idosa, com vista a introduzir melhorias na prática dos cuidados do Serviço Neurocirurgia e conseqüentemente a diminuição do desenvolvimento do risco de ILC.

Como ponto de partida, foi formulada uma questão norteadora, em formato designado por PCC, sendo “P” população, “C” contexto e “C” conceito:

Quais as intervenções para a prevenção de infecção de local cirúrgico (Conceito) na pessoa idosa (População), em contexto hospitalar (Contexto)?

Procedimentos da Pesquisa

Através da literatura existente tivemos como objetivo identificar de que forma os profissionais intervêm no contexto da prática. Procedeu-se então a uma pesquisa de artigos científicos no motor de busca EBSCO host web nas seguintes bases de dados: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text.

Na pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: surgical site, aged or aged 80 and over, elderly, old people, older people, infection, hospital, prevention.

Sendo articulados com os operadores booleanos “and” e “or”, nomeadamente: surgical site AND aged or aged 80 and over OR elderly OR old people OR older people AND infection AND hospital AND prevention.

As palavras foram procuradas em texto integral (full text), resultando em 141 artigos no total (MEDLINE =128 e CINAHL =13).

Os critérios de inclusão incidiam em artigos com foco na problemática da infeção do local cirúrgico na pessoa idosa, que fossem em texto completo com metodologia qualitativa e/ou quantitativa que abordassem a intervenção específica para a prevenção da infeção de local cirúrgico.

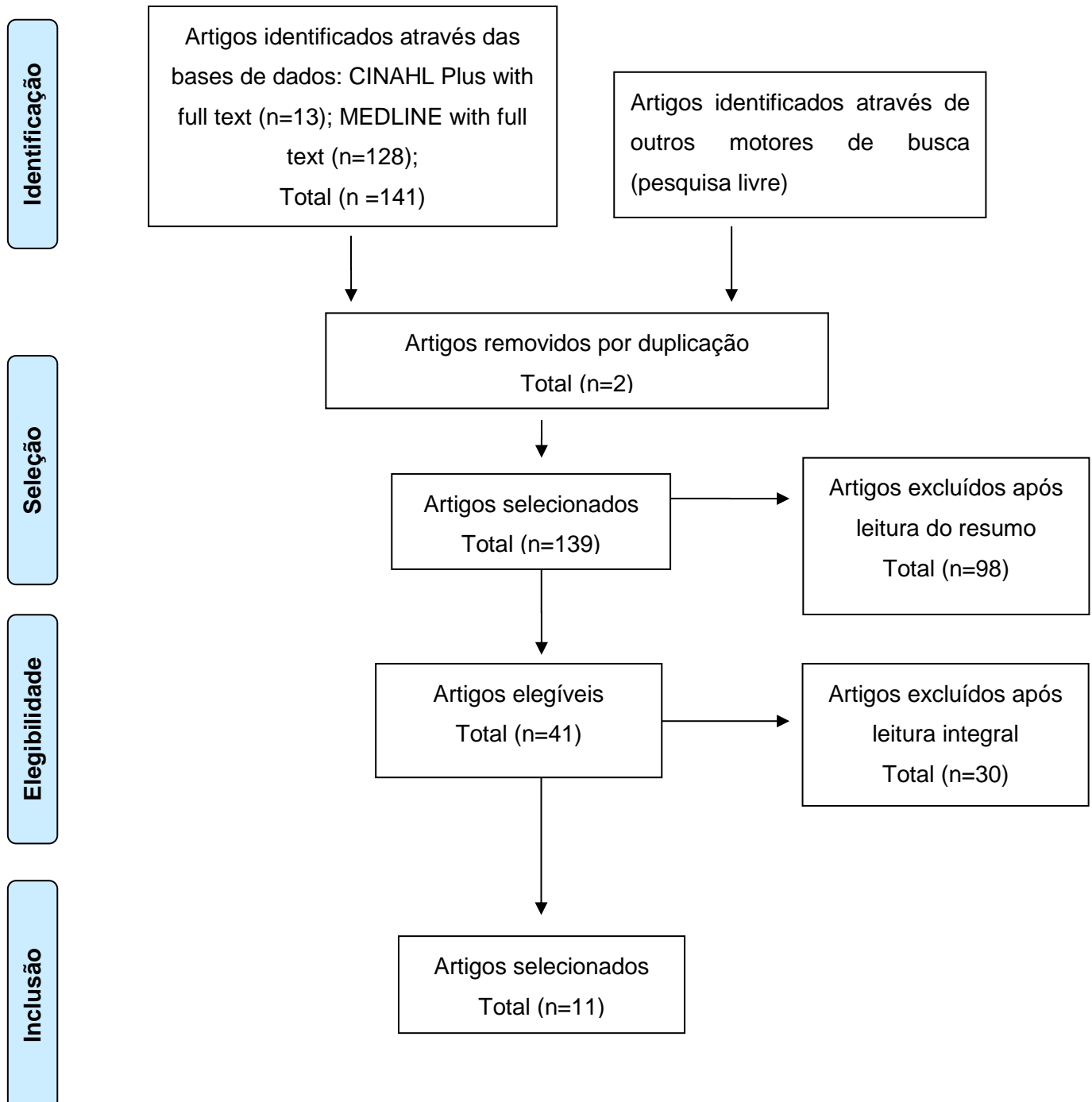
Os critérios de exclusão relacionavam-se com artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados ou sem correlação com o objeto de estudo.

Posteriormente procedeu-se a uma análise dos 141 artigos finais, focada no conteúdo presente em títulos e resumos e, sempre que necessário no texto integral, onde se incluíram aqueles que cumpriam os critérios de inclusão referidos. Onze artigos (MEDLINE = 6 e CINAHL =5) resultaram da filtração, que constituíram a matéria final para análise.

O percurso metodológico e a respetiva seleção de artigos encontram-se exemplificado na figura 1.



FIG. 1 Diagrama de Fluxo Prisma para Processo de Revisão Scoping



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. (2009).²⁰ Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med.;151(4):264-9.

For more information, visit www.prisma-statement.org

Apresentação e Análise dos Resultados

Para uma melhor visualização, elaboramos uma tabela onde se apresenta os objetivos e os principais resultados que ressaltam de cada artigo analisado.

Artigo 1	
Título do artigo	Effect of Preoperative Forced-Air Warming on Postoperative Temperature and Postanesthesia Care Unit Length of Stay
Autores	Fettes et al.
Ano	2013
Objetivos ou finalidade do estudo	Avaliar a eficácia do aquecimento no pré-operatório, o efeito que tem sobre as temperaturas no pós-operatório do doente e as complicações inerentes.
Principais Resultados / Considerações	O pré-aquecimento antes da cirurgia não tem efeito sobre as temperaturas no pós-operatório. Não afecta a temperatura do doente á chegada ao recobro cirúrgico. O aquecimento interfere sobre as complicações do doente a longo prazo, tais como infeções pós-operatórias. Por isso ser importante um adequado aquecimento do doente para evitar possíveis complicações.

Artigo 2	
Título do artigo	Adherence to guidelines for antibiotic prophylaxis in surgery patients in German hospitals: a multicentre evaluation involving pharmacy interns
Autores	Hohmann et al.
Ano	2011
Objetivos ou finalidade do estudo	Avaliar a viabilidade na participação dos estagiários de farmácia na monitorização das diretrizes para a profilaxia antibiótica dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica.
Principais Resultados / Considerações	<p>As infeções do local cirúrgico estão associadas a uma alta morbidade, mortalidade e aumento dos custos em saúde. É uma complicação comum da intervenção cirúrgica, com uma taxa de incidência 2-20%.</p> <p>O estudo revelou que a muitos dos doentes não é administrado o antibiótico profilático adequado, apesar de existir diretrizes nesse sentido. Que existe uma baixa adesão ás diretrizes em muito dos hospitais. E que vários doentes foram submetidos a profilaxia antibiótica prolongada no pós-operatório. A maioria da evidência publicada demonstra que a utilização dos antimicrobianos profiláticos após o encerramento da ferida operatória é desnecessária, não existe benefício de doses adicionais.</p> <p>Varias são as estratégias que poderão se implementar para reduzir o numero de profilaxia prolongada: Normas de procedimento, educação, formação, implementação de listas de verificação que incidem na administração do antibiótico profilático. E os estagiários de farmácia devidamente envolvidos podem entre outras coisas, desempenhar um papel importante na gestão da antibioterapia profilática, monitorizando a adesão com as orientações existente.</p>

Artigo 3	
Título do artigo	Risk of surgical site infection in patients undergoing orthopedic surgery
Autores	Ercole et al.
Ano	2011
Objetivos ou finalidade do estudo	Identificar os fatores de risco associados as infeções do local cirúrgico em doentes cirúrgicos ortopédicos.
Principais Resultados / Considerações	<p>A classificação da ferida cirúrgica, as condições clinicas do doente, o tempo cirúrgico, e o tipo de procedimento ortopédico foram estatisticamente associados à infeção.</p> <p>O tempo de internamento do doente no pré-operatório neste estudo não revelou qualquer associação com a ILC. Embora existam autores que refiram que está associado ao aumento ILC.</p> <p>Este estudo mostrou que o facto de se usar implantes não mostrou associação ILC, comparativamente com outro estudo brasileiro, porque as infeções podem ocorrer numa fase mais tardia, após o doente ter alta hospitalar.</p> <p>A grande maioria das infeções superficiais são tratadas em ambulatório e o cirurgião não as notifica. Desta forma na instituição não consta estes dados na Vigilância epidemiológica efetuada.</p>

Artigo 4	
Título do artigo	Risk Factors for Surgical Site Infections in Older People
Autores	Kaye et al.
Ano	2006
Objetivos ou finalidade do estudo	<p>Identificar fatores de risco para a ILC na pessoa idosa e testar hipóteses sobre variáveis específicas e o risco de infeção.</p> <p>Implementar intervenções para prevenir ILC na pessoa idosa de alto risco.</p>
Principais Resultados / Considerações	<p>O estudo revelou que existem várias variáveis que predispõem a ILC na pessoa idosa, nomeadamente: As comorbidade (sendo as mais comuns, obesidade, diabetes, artrite, Neoplasia e insuficiência cardíaca congestiva); O estado funcional (a incapacidade de deambular, de tomar banho, de se vestir independentemente); A Classificação da ferida cirúrgica (a contaminada ou suja); os fatores socioeconómicos (ter um seguro de saúde foi associado a baixo risco ILC).</p> <p>Os idosos podem beneficiar de intervenções no peri-operatório e assim reduzir o risco de ILC, visto que 88% dos casos de ILC apresentaram uma destas variáveis e 44% apresentaram duas ou mais variáveis de risco de infeção.</p>

Artigo 5

Título do artigo	Evaluation of nosocomial infections following cardiovascular surgery
Autores	Coskun&Aytaç
Ano	2007
Objetivos ou finalidade do estudo	Avaliar as infeções nosocomiais após cirurgia cardiovascular, e partilhar a experiência de sete anos da comissão de controlo de infeção num centro médico privado.
Principais Resultados / Considerações	<p>Este estudo revelou que a prevalência da infeção foi a do local cirúrgico com 42% e o trato urinário com 22%, nos doentes submetidos a cirurgia cardiovascular.</p> <p>As infeções nosocomiais são responsáveis por mortalidade e morbilidade graves, e a identificação dos fatores de risco é fundamental para se tomarem medidas preventivas diferentes das atuais.</p> <p>As taxas de infeções hospitalares são influenciáveis pelo: Tipo de hospital, tipo de vigilância, tipo de cirurgia, características dos doentes, estratégias de controlo de infeção, uso de antibiótico profilático e pelo período que é efetuado o estudo.</p> <p>A deficiência encontrada neste estudo foi a falta de um sistema de vigilância pós- alta como na maioria dos estudos, é importante que exista vigilância epidemiológica pós-alta, para tal os doentes devem ser remetidos para comissão de controlo de infeção.</p> <p>Neste estudo demonstrou-nos que é difícil educar os profissionais e convence-los a padronizar procedimentos de inicio, mas que a paciência, ter uma enfermeira a tempo inteiro em controlo de infeção, uma comissão de controlo da infeção em tempo inteiro, um medico com boas relações nos diversos serviços do hospital, apoio da gestão hospitalar e um programa de qualidade ajuda imenso na garantia da qualidade dos cuidados.</p>

Artigo 6

Título do artigo	Implementation of a Bundle of Care to Reduce Surgical Site Infections in Patients Undergoing Vascular Surgery
Autores	Slegt et al.
Ano	2013
Objetivos ou finalidade do estudo	Implementar um conjunto de cuidados (bundle) na cirurgia vascular e mensurar os efeitos sobre as taxas de ILC.
Principais Resultados / Considerações	<p>A implementação das bundles neste estudo foi associado a uma forte e significativa redução ILC em doentes após cirurgia vascular, que são complicações graves no doente submetido a cirurgia.</p> <p>São medidas baseadas na evidencia científica, que não exigem intervenções complicadas, não são dispendiosas ou potencialmente e são uma ferramenta importante para melhorar a segurança do doente e reduzir a ILC nos doentes submetidos a cirurgia vascular.</p> <p>Consistiu em quatro medidas que devem ser implementadas em conformidade de pelo menos 90%. Os elementos do feixe foram: normotermia peri operatória, tricotomia antes da cirurgia, utilização de profilaxia antibiótica peri operatória e disciplina na sala cirúrgica com vista a segurança do doente.</p>

Artigo 7

Título do artigo	The Role of Pre-Operative and Post-Operative Glucose Control in Surgical- Site Infections and Mortality
Autores	Jeon et al.
Ano	2012
Objetivos ou finalidade do estudo	Identificar como os níveis de glicemia pré e pós-operatórios e a sua variabilidade estão associados ao risco de ILC ou morte.
Principais Resultados / Considerações	<p>Este estudo revelou que as mortes intra-hospitalares ocorreram mais em doentes com hipoglicemia e com maior variabilidade de glicose no pré-operatório. Nesse sentido a estabilização e prevenção da hipoglicemia é importante para reduzir a mortalidade hospitalar.</p> <p>Não foi encontrada associação entre os níveis de glicose e a ILC.</p> <p>Nos doentes que desenvolveram ILC é possível que seja reflexo da desregulação natural da glicemia que ocorre com a cirurgia, podendo estar correlacionada com procedimentos específicos que aumentam o risco de infeções. Como os níveis de glicose no pré-operatório estavam associados á mortalidade a ILC pode estar influenciada pelo viés dos sobreviventes. Por isso são necessários mais estudos para determinar a associação entre o controlo da glicemia e a ILC.</p>

Artigo 8

Título do artigo	Changing Use of Surgical Antibiotic Prophylaxis in Tika Hospital, Kenya: A Quality improvement Intervention with na interrupted Time Series Design
Autores	Aiken et al.
Ano	2013
Objetivos ou finalidade do estudo	Implementar politicas para melhorar a prescrição de profilaxia antibiótica cirúrgica em hospitais africanos.
Principais Resultados / Considerações	<p>A politica hospitalar aconselha a profilaxia pré-operatória com antibióticos e desencorajava o uso no pós-operatório.</p> <p>Muitos fatores contribuíram para a implementação ser bem-sucedida: O envolvimento com os clínicos e apoio no processo de mudança.</p> <p>Após a introdução da politica, houve uma rápida adoção do uso de profilaxia antibiótica no pré-operatório e uma diminuição substancial no uso de antibióticos no pós-operatório.</p> <p>Registaram-se reduções dos custos associados ao uso de antibiótico, ao numero de injeções intravenosas e ao tempo de administração.</p> <p>A implementação da politica trás benefícios para o doente e para a instituição.</p>

Artigo 9

Título do artigo	Reduction of Surgical Site Infections after Implementation of a Bundle of Care
Autores	Crolla et al.
Ano	2012
Objetivos ou finalidade do estudo	Implementar um pacote de cuidados (bundle) e medir os efeitos sobre a taxa ILC
Principais Resultados / Considerações	<p>O estudo revelou-nos que a implementação da bundle foi associado a uma maior conformidade ao longo do tempo e a uma redução de 36% da taxa ILC.</p> <p>A bundle é uma ferramenta importante para melhorar a segurança do doente.</p> <p>Sendo essencial uma politica de tolerância zero para a adesão/ implementação do feixe de intervenções.</p> <p>As bundles para o controlo de infeção nos hospitais tornaram-se importante, os estudos vêm dizer que reduzem significativamente as IACS.</p>

Artigo 10

Título do artigo	Effectiveness of 2% CHG Cloth Bathing for Reducing Surgical Site Infections
Autores	Graling & Vasaly
Ano	2013
Objetivos ou finalidade do estudo	Conhecer a eficácia do banho com Gluconato de Clorexidina para reduzir a ILC.
Principais Resultados / Considerações	<p>Os resultados do estudo indicam uma redução da ILC no grupo de doentes que efetuou o banho com Gluconato de Clorexidina.</p> <p>Sugerem um protocolo de enfermagem para a realização do banho pré-operatório com Gluconato de Clorexidina para doentes submetidos a cirurgia geral e vascular.</p> <p>A principal consideração a fazer é o preço por pacote e que alguns doentes precisaram de ajuda do enfermeiro para realizar o banho. Mas qualquer morbidade adicional ou tempo de permanência associado a uma infeção é superior ao preço do pacote e dos cuidados de enfermagem necessários.</p>

Artigo 11

Título do artigo	Antibiotic usage in surgical prophylaxis: a prospective surveillance of surgical wards at a tertiary hospital in Malaysia
Autores	Oh et al.
Ano	2013
Objetivos ou finalidade do estudo	Avaliar a incidência e os fatores de risco de infeções pós-operatórias, com ênfase nos antibióticos profiláticos
Resultados e detalhes dos mesmos	<p>Este estudo revela-nos que a profilaxia antibiótica reduz a taxa de infeção de 9,7% para 5,8%.</p> <p>A primeira dose de antibiótico profilático é importante, uma vez que visa alcançar níveis sérico e tecidual do fármaco por um período superior à duração da cirurgia.</p> <p>A diretriz internacional não recomenda a administração de dose adicional no pós-operatório, mas de acordo com o Ministério de Saúde da Malaysia é considerado apropriado. O estudo verificou que 23% dos casos tinha sido administrado antibiótico profilático mais de 24h no pós-operatório e 60% por razões desconhecidas.</p> <p>O uso desnecessário e prolongado de antibióticos profiláticos está associado ao aumento das resistências dos antimicrobianos e ao aumento dos custos em saúde.</p> <p>A Falta de consciência, ignorância, discordância com a diretriz ou diferentes escolas de pensamento podem ser razões para a não adesão.</p> <p>Uma diretriz institucional para antibióticos pode ser mais favorável e ser melhor aceite e de concordância pelos cirurgiões. A estreita colaboração entre as equipas multidisciplinares, envolvendo o cirurgião, anestesista, enfermeiro, microbiologista, farmacêutico, e a equipa de liderança pode garantir a implementação desta diretriz.</p>

Discussão

Da análise dos artigos supra- referenciados destaca-se a importância que todos eles atribuem aos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da infecção de local cirúrgico. Devem estar bem identificados, para que os profissionais os conheçam e possam implementar medidas nas suas práticas de cuidados que visam a prevenção da infecção do local cirúrgico, nomeadamente no pré, peri e pós-operatório dos doentes.

As infeções do local cirúrgico estão associadas a uma alta morbidade, mortalidade e ao aumento dos custos em saúde, (Hohmann, Eickhoff, Radziwill & Schulz,2011).

Slegt, Laan, Veen, Hendriks, Romme, Kluytmans (2013) revela-nos que as ILC são frequentes (10,4%), sendo complicações graves no doente submetido a cirurgia.

A classificação da ferida cirúrgica, o tempo cirúrgico, os tipos de procedimento cirúrgico foram estatisticamente associados á infecção como nos refere Ercole, Franco, Macieira, Wenceslau, Resende &Chianca (2011), mas as condições clinicas do doente, as múltiplas cormobilidades, o estado funcional (a sua incapacidade de deambular, de tomar banho, de se vestir) e os fatores socioeconómicos também são variáveis que predispõem á infecção do local cirúrgico (Kaye, Sloane, Sexton, Scmader ,2006).

A consciencialização dos diversos fatores de risco pelos profissionais é importante, porque os idosos podem beneficiar de intervenções no peri-operatório que irão promover a diminuição do risco de infecção do local cirúrgico.

Kaye et al. (2006) mostrou-nos que 88% dos doentes que desenvolveram infecção do local cirúrgico apresentavam um fator de risco e que 44% dos doentes apresentavam dois ou mais fatores de risco.

Coskun&Aytaç (2007), refere-nos que as infeções nosocomiais são responsáveis por morbidade e mortalidade graves, sendo primordial que se tome medias preventivas diferentes das atuais. Medidas essas que passam ela a implementação de bundles (conjunto de intervenções), que devem ser implementadas de forma integrada e em conformidade, para que haja maior impacto na prevenção e um melhor resultado, traduzido pela redução das Infeções associadas aos cuidados de saúde, tal com nos refere Crolla, Laan, Veen, Hendriks, Schendel, Kluytmans

(2012) e Slegt et al (2013), indo também de encontro das diretrizes apresentadas pela Direção Geral de Saúde.

Em 2009 no hospital Amphia na Holanda foi implementado um conjunto de quatro medidas, nomeadamente: a normotermia pré-operatória, a tricotomia antes da cirurgia, a utilização de profilaxia antibiótica peri-operatória e a disciplina na sala cirúrgica. O cumprimento destas medidas foi avaliado a cada 3 meses, estando os resultados associada a uma maior conformidade e a uma redução de 36% da taxa de infeção de local cirúrgico em 2011, comparativamente a 2008 (Crolla et al ,2012).

Dentro destas medidas mencionadas anteriormente, Fettes, Mulvaine, Doren (2013), referem-nos que a manutenção adequada da temperatura evita possíveis complicações como a infeção no doente a longo prazo, sendo por isso uma intervenção que deve incorporar na prática dos cuidados ao doente, bem como a realização do banho pré-operatório com cloro-hexidina, que para além de ser uma dos procedimentos recomendados pela direção Geral de Saúde, Graling & Vasaly (2013) referem-nos que existe redução da infeção de local cirúrgico nos doentes que realizaram o banho com Gluconato de Clorexidina, mas realçam a importância de existir um protocolo de enfermagem para uniformizar os procedimentos.

O desenvolvimento de ILC também é influenciado pela desregulação natural da glicemia capilar que ocorre com a cirurgia, podendo estar correlacionada com procedimentos específicos. Sendo que a hipoglicemia no pré-operatório e as diversas variações da glicemia predispõem a uma maior incidência de mortes intra-hospitalares, nesse sentido a estabilização e prevenção da hipoglicemia é importante para reduzir a mortalidade hospitalar (Jeon, Furuya, Berman, Larson,2012).

Embora existam diretrizes para a administração do antibiótico profilático, a adesão é baixa como nos diz Hohmann et al. (2011), embora a evidencia publicada demonstre que a utilização dos antimicrobianos após o encerramento da ferida operatória é desnecessária, que não existe benefício nas doses adicionais. Sendo que o uso desnecessário e prolongado de antibióticos profiláticos está associado ao aumento das resistências aos antimicrobianos e ao aumento de custos em saúde, (Oh, Goh, Azim, Tee, Phung ,2013).

Podem existir diversas razões para a sua não adesão, tais como a falta de consciência, ignorância, discordância com a diretriz ou devido a escolas de pensamento diferente, como nos refere, Oh et al (2013), para tal varias estratégias podem ser implementadas para contornar este problema tais como, educação,

formação, normas de procedimento, listas de verificação que incidem sobre a administração da profilaxia antibiótica, bem como uma estreita colaboração entre as equipas multidisciplinares, envolvendo o cirurgião, anestesista, enfermeiro, microbiologista, farmacêutico, e a equipa de liderança (Hohmann et al., 2011). Um estudo efetuado por Hohmann et al (2011), demonstrou que os estagiários de farmácia podem entre outras coisas desempenhar um papel importante na gestão da antibioterapia profilática, monitorizando a adesão com as diretrizes existentes.

Aiken, Wanyoro, Mwangi, Juma, Mugoya, Scott (2013) refere que o envolvimento dos clínicos e o apoio no processo de mudança contribuem em muito para que a adesão seja bem-sucedida.

Estas medidas anteriormente descritas são baseadas na evidencia científica, não são dispendiosas, e demonstraram estar associadas a uma forte e significativa redução da infeção do local cirúrgico bem como a vigilância epidemiológica (Slegt et al., 2013).

Cada instituição deve conhecer o risco de infeção a fim de adotar as medidas necessárias para reduzir o risco, implementando medidas preventivas diferentes das atuais, de forma a contribuir para a redução da ILC e para a diminuição da mortalidade e mortalidade, Coskun&Aytaç (2007). Para tal é necessário efetuar vigilância epidemiológica, sendo por isso necessário a adesão do médico, á notificação da infeção.

No estudo efetuado num Hospital Minas Gerais no Brasil entre 2005 e 2007, a grande maioria das infeções ocorrem após alta sendo tratadas em ambulatório e o cirurgião não as notifica e não existe um sistema de vigilância pós-alta (Ercole et al., 2011).

Em Portugal a vigilância epidemiológica (VE) é o terceiro pilar estruturante do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) criado em 2013, permitindo através dos seus vários programas, perceber se estão a ser reduzidas as IACS e as Resistências aos Antimicrobianos (RAM).

Embora ainda existem margem para melhoria e promover um aumento da adesão, os resultados de 2015 mostram-nos que 85% dos hospitais fazem VE de pelo menos uma das IACS e 67% da ILC, esta situação ocorre porque as estruturas do PPCIRA não têm reunidas as condições necessárias para o sucesso do seu trabalho (DGS, 2016).

Conclusão

A infecção do local cirúrgico é uma complicação da intervenção cirúrgica, está associada a uma elevada morbidade, mortalidade, ao aumento do tempo de internamento hospitalar e conseqüentemente ao aumento dos custos diretos e indiretos em saúde.

O conhecimento sobre os diversos fatores de risco intrínsecos relacionados com o doente como a idade avançada, múltiplas comorbidades, obesidade, entre outros e os fatores extrínsecos como a duração do ato cirúrgico, profilaxia antibiótica, preparação pré-operatória, a assepsia cirúrgica, permite que a equipa multidisciplinar esteja mais desperta para adotar medidas preventivas nas suas práticas de cuidados.

As conseqüências na pessoa idosa comparativamente com outras faixas etárias tendem-se a agravar, devido á sua fragilidade, vulnerabilidade retardando a sua recuperação, aumentando o risco de desenvolver outras complicações e a morte. A DGS (2013) refere que o cumprimento de algumas medidas básicas como a adequada preparação pré-operatória, técnica cirúrgica asséptica, profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios irão contribuir para a prevenção da ILC em qualquer faixa etária.

Em 2015 a Direção Geral da Saúde, recomenda o planeamento de cuidados, baseados em “feixes de intervenções”, ou seja, um conjunto de intervenções (bundles), apoiado na evidência científica.

Estas intervenções têm de ser implementadas em conjunto para que o sucesso seja garantido, segundo a DGS (2015), contribuindo assim para melhorar a segurança do doente, tal como nos refere Crolla et al (2012) e reduzir a infecção de local cirúrgico nos doentes submetidos a cirurgia Slegt et al (2013).

Sendo o objetivo preservar a segurança dos doentes, a qualidade dos cuidados e reduzir o risco de ILC, temos que otimizar além das boas práticas de prevenção da infecção nos serviços de saúde, três períodos: o pré, intra e o pós-operatório.

Para tal é necessário corrigir os problemas estruturais e funcionais que tendem a dificultar ou impedir a implantação de boas praticas, adequando os procedimentos e encontrando novas formas, mais eficazes, de os implementar, sendo essencial

divulgar as normas de boas práticas, verificar se estas são cumpridas, implementar medidas preventivas e realizar a Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico através do programa de vigilância europeu HAI-SSI do ECDC, IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente designada de HELICS-cirurgia (DGS, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, A., M., Wanyoro, A., K., Mwangi, J., Juma, F., Mugoya, I., K., Scott, J., A., G. (2013) Changing Use of Surgical Antibiotic Prophylaxis in Thika Hospital, Kenya: A Quality Improvement Intervention with an Interrupted Time Series Design. PLOS ONE.8(11) - 1-6.
- Coskun, D., Aytaç, J. (2007). Evaluation of nosocomial infections following cardiovascular surgery. Anadolu Kardiyol Derg. 7,164-168
- Crolla, R., M., P., H., Laan, L., V., Veen, E., J., Hendriks, Y., Schendel, C., Kluytmans, J. (2012). Reduction of Surgical Site Infections after Implementation of a Bundle of Care. PLOS ONE. 7(9),1- 6.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Prevenção da Infecção do local Cirúrgico. Lisboa: DGS
- Direção Geral da Saúde (2015).” Feixe de intervenção” de Prevenção de Infecção de local cirúrgico. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saude (2016). PORTUGAL Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015.Acedido 5/04/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>
- Ercole, F., F., Franco, L., M., Macieira, T., G., R., Wenceslau, L., C., C., Resende, H., I., N., Chianca, T., C., M. (2001). Risk of surgical site infection in patients undergoing orthopedic surgery. Rev. Latino-Am. Enfermagem.19(6),1362-1368.
- Fettes, S., Mulvaine, M., Doren, E.V. (2013). Effect of Preoperative Forced-Air Warming on Postoperative Temperature and Postanesthesia Care Unit Length of Stay, AORN Journal .97 (3), 323-328.
- Graling, P., R., Vasaly, F., W. (2013). Effectiveness of 2% CHG Cloth Bathing for Reducing Surgical Site Infections. AORN Journal. 97.5,547-551.

- Hohmann, C., Eickhoff, C., Radziwill, R., Schulz, M. (2011). Adherence to guidelines for antibiotic prophylaxis in surgery patients in German hospitals: a multicentre evaluation involving pharmacy interns, *Infection*. 40, 131-137.
- Jeon, C., Y., Furuya, E., Y., Mitchell F. Berman, M., F., Larson, E., L., The Role of Pre-Operative and Post-Operative Glucose Control in Surgical-Site Infections and Mortality. *PLOS ONE*. 7(9),1-7.
- Kaye, K., S., Sloane, R., Sexton, D.J.& Schmader, K., A. (2006). Risk Factors for Surgical Site Infections in Older People, *JAGS*.54 (3),391-396.
- Oh, A., L., Goh, L., M., Azim, N., A., N., Tee, C., S., Phung, C., W.S. (2014). Antibiotic usage in surgical prophylaxis: a prospective surveillance of surgical wards at a tertiary hospital in Malaysia. *J Infect Dev Ctries*. 8(2),193-201
- Slegt, J., V., D., Laan, L., V., Veen, E., J., Hendriks, Y., Romme, J., Kluytmans, J. (2013). Implementation of a Bundle of Care to Reduce Surgical Site Infections in Patients Undergoing Vascular Surgery.*PLOS ONE*. 8(8), 1-7.
- The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewer`s Manual:2015 edition/Supplement. Acedido a 20/5/2016. Disponivel em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)

APÊNDICE IV. Instrumentos de Avaliação Multidimensional à Pessoa Idosa

Instrumentos de Avaliação Multidimensional à Pessoa Idosa

Para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, sentimos necessidade de aprofundar no início do nosso estágio os conhecimentos sobre os instrumentos disponíveis para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. A avaliação multidimensional da pessoa idosa é um processo global em que avaliamos a sua funcionalidade, ou seja, todas as funções do corpo, atividades e participação social, e a sua incapacidade, isto é, as deficiências, limitações na realização das atividades ou restrições sociais (Moraes, 2010).

Durante a nossa pesquisa, deparamo-nos para cada uma das dimensões da pessoa idosa, com uma multiplicidade de escalas de avaliação. Por esse motivo e por pensarmos ser facilitador para a nossa prática de enfermagem, procedemos à seleção e a compilação das escalas de avaliação, que consideramos ser mais pertinentes para a nossa intervenção à pessoa idosa.

A aplicação dos instrumentos de avaliação pressupõe rigor diagnóstico, e que os mesmos, tenham sido validados para a população portuguesa (Sequeira, 2010).

Neste sentido, atendendo ao rigor científico necessário no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, selecionamos os instrumentos de avaliação geriátrica disponibilizados pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, s/d).

Para a avaliação dos seguintes estados na pessoa idosa, selecionamos:

- **Estado Cognitivo** através da *Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein*;
- **Estado Afetivo** através da *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta*;
- **Estado Funcional:** Atividades Instrumentais de Vida Diária através da *Escala de Lawton & Brody*; Marcha através da *Classificação Funcional da Marcha de Holden*;
- **Estado Nutricional** através da *Mini-Nutritional Assessment*.

Fonte: GERMI (s.d). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Sentimos ainda a necessidade de recorrer a outras fontes para complementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa para além das preconizadas pelo GERMI (s/d), nomeadamente:

- **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão**, recorrendo à *Escala de Braden*;

Fonte: DGS (2011). Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.

- **Atividades Básicas de Vida Diária**, através do *Índice de Barthel*;

Fonte: Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-65

- **Risco de Queda**, utilizando a *Escala de Morse*;

Fonte: Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (2), 153-161. Acedido a 11-10-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>

- **Dor, utilizando na autoavaliação da intensidade da Dor**, através da *Escala Numérica e Qualitativa*.

Fonte: DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho 2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-65.
- Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (2), 153-161. Acedido a 10-11-2016.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>
- DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho 2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 20-10-2016. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dqcg-de-14062003.aspx>
- DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro. Acedido a 20-10-2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- DGS (2011). Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.
- GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Moraes, E., Marino, M., Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Medicina de Minas Gerais*, Vol. 20 (1), 54-66.
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica*, 23 (2), 109-115. Acedido: 21-01-2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v23n2/06.pdf>
- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Estudo de Caso

Estudo de Caso em Contexto de Cuidados de Saúde Primários

A metodologia escolhida para a reflexão sobre a aprendizagem acerca do processo de construção da parceria à pessoa idosa na prevenção da infeção em contexto domiciliário foi a elaboração de estudo de caso. Sendo que o local de estágio foi numa UCC durante o período de 4 semanas.

Durante o estágio as nossas intervenções de enfermagem foram guiadas/ orientadas através das 5 fases do Modelo de Parceria (2013), nomeadamente: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro.

REVELAR-SE

É a primeira fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa e “... caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados” (Gomes,2013, p.99).

Dar-se a conhecer à pessoa idosa

No primeiro contacto que tive com a Sra. Y e com o marido, fui apresentada pela enfermeira orientadora, em que lhes foi referido o meu nome, profissão e o estágio que estava a realizar.

De uma forma natural e calorosa fomos nos envolvendo, fui-me dando a conhecer, respondendo a algumas questões que me foram colocando, tais como a minha idade, onde resido, onde trabalho, o que proporcionou o início de uma relação de confiança mútua.

Após a escolha do estudo de caso em conjunto com a enfermeira orientadora, explicamos à Sra. Y e ao marido o que pretendíamos, quais os seus objetivos, garantindo-lhe para tal a confidencialidade e anonimato. Após a sua autorização combinamos o dia e hora da visita para a realização da entrevista.

Procurámos promover um ambiente favorecedor à interação, promovendo uma escuta ativa, respeitando o seu tempo, o seu ritmo e ambos mostraram disponibilidade e cordialidade.

Conhecer a identidade da pessoa idosa

A Sra. Y tem 86 anos de idade, gosta de ser tratada por Sra. Y biótipo humano branco. A sua nacionalidade é Portuguesa, natural de W. Reside numa cidade pertencente ao distrito Y.

Forneceu o seu contacto telefónico e do marido em caso de necessidade á equipa de saúde. Possui a quarta classe, reformada, a sua atividade profissional foi como secretária na Industria Nacional. A Sra. é casada há 60 anos, com o Sr. X.

Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa

A Sra. vive com o seu marido Sr. X que possui 80 anos. Refere que sempre tiveram uma boa relação, mas que agora se sente “um fardo” para ele, o facto de estar sempre a solicita-lo para as suas necessidades. Mas que ele é atento, e preocupado na satisfação das suas necessidades quer seja assegurado por ele, quer por terceiros.

Do casamento resultou um filho que reside a mais de 40km, casado, sem netos para sua tristeza como nos refere a Sra. Y. Possui uma relação distante com a sua nora, refere que ela é muito “senhora do seu nariz” (sic), nunca foi atenciosa, nem preocupada com eles. Em contrapartida possui uma relação próxima com o filho embora desde agosto que não o vê por motivo de doença do mesmo, não o permite conduzir e a sua nora não conduz porque não possui carta de condução.

A Sra. refere que fala diariamente com o filho por via telefónica, algo que pudemos constatar das diversas visitas que efetuamos. Não têm relação de proximidade com outros familiares, ambos são filhos únicos. Refere que os seus vizinhos são pessoas idosas de quem não têm grande proximidade. Possui poucos amigos e os de maior relacionamento residem a sul do país, local onde possui uma casa de férias, onde permanecia grandes temporadas até agosto passado.

Pelo facto do filho e da nora não apoiarem nas necessidades do quotidiano, o Sr. X providenciou apoio domiciliário através de uma associação, que asseguram os cuidados higiene por 3 momentos por dia.

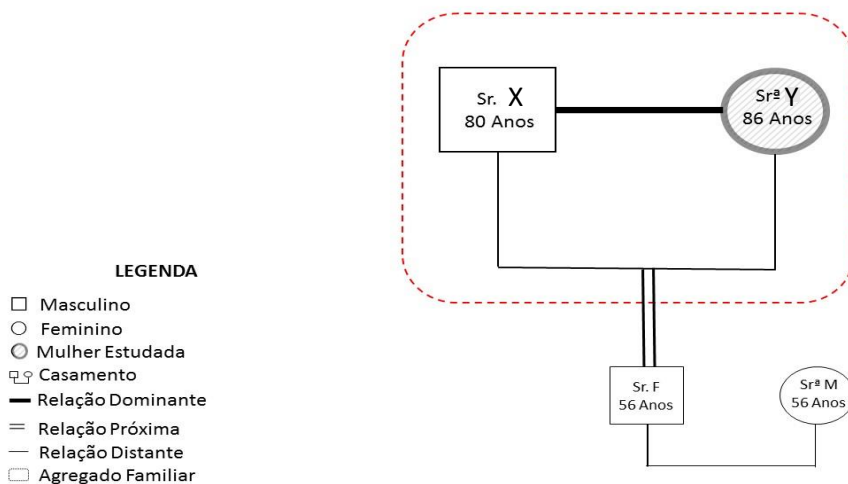
No início da manhã (primeiro momento) é efetuado o banho total ou parcial com transferência da cama para a cadeira de rodas (se a Sra. Y o quiser), mudança de fralda e transferência para o leito após o almoço (segundo momento) e ao final do dia, após o jantar é efetuada higiene parcial e substituição de fralda (o terceiro momento).

A limpeza semanal da casa é efetuada por uma empregada doméstica que já lhes dava apoio há vários anos.

A Sra. é acompanhada há vários anos na USCP pelo Dr. X, com quem possui uma boa relação e confiança.

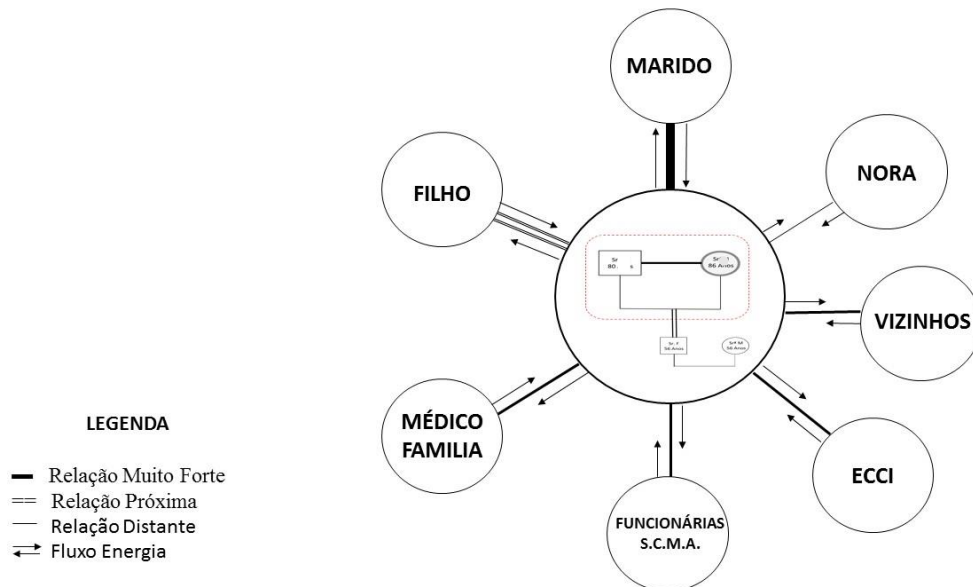
Elaboramos de forma esquemática o Genograma da família da Sra. Y, ilustrado em seguida, que permite de uma forma simples perceber a composição do agregado familiar e evidencia a dinâmica familiar e as relações entre seus membros (Pereira et al 2009).

Ilustração 1 - Genograma da Sra. Y.



Também elaboramos o ecomapa respeitante à Sra. Y, que representa as relações sociais entre a família e a comunidade, ajudando a avaliar as redes, os apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família (Pereira et al 2009).

Ilustração 2 – Ecomapa da Sra. Y.



O casal reside em casa própria, num prédio de 1º andar, sem elevador. A casa apresenta boas condições de salubridade, boa luminosidade, arejada e com boas condições de limpeza. As divisões da casa são pequenas, com muito mobiliário e objetos decorativos de grande estima para a Sra. Y tendo sido necessário adaptar o espaço físico, para melhorar a acessibilidade da cadeira de rodas.

Um obstáculo de preocupação para a mesma, é o facto de a casa de banho possuir banheira e não ter um chuveiro com acessibilidade para a cadeira de rodas, mas verifica-se por parte do marido que existe interesse em adaptar as condições da casa às necessidades da sua esposa, referindo mesmo que terá que fazer obras na casa de banho.

Na sala de estar onde a Sra. Y permanece após o levante, existe uma mesa de apoio onde diariamente é colocada uma revista, uma garrafa de água e os restantes objetos pessoais que a mesma possa necessitar durante a sua permanência na sala.

A Sra. Y gosta de ler, aprendeu arraiolos há vários anos e possui alguns tapetes feitos por ela, de que se orgulha imenso. Desde o inverno passado que acabou o último, nunca mais desenvolveu esta atividade, porque só gosta de realiza-la no inverno por causa do calor das lãs. Gosta muito de passear com o seu marido, já viajou por diversos países, donde têm imensas boas recordações bem como vários

objetos decorativos que adora partilhar connosco. Possuem uma casa de férias a sul do país, que adoram e onde permanecem durante grandes períodos, principalmente após a reforma do marido.

Atualmente, alterna períodos sentada na cadeira de rodas na sala, mas maioritariamente no quarto deitada na cama por se sentir mais confortável, refere que passa o tempo a ver televisão, e a “pensar sobre a vida” (sic), nomeadamente sobre o filho, a sua doença, sobre a sua casa de férias, quando é que irá novamente de férias, quando é que voltará a sair de casa para passear, ir ao cabeleireiro, em suma nas diversas recordações que possui da sua vida. Sendo uma grande preocupação para si, “se algum dia voltarei a andar” (sic).

A situação económica não parece ser indicadora de dificuldades, ambos referem usufruírem de reforma.

Diariamente o Sr. X (após os cuidados de higiene prestados pelas ajudantes do apoio domiciliário à sua esposa e da visita dos enfermeiros da ECCI) desloca-se ao café, compra entre outras coisas, o jornal e o almoço para ambos no restaurante junto à habitação. Podemos verificar que têm a preocupação em contacta-la telefonicamente para que ela possa escolher dentro dos pratos existentes o que lhe mais agrada. Anteriormente era a Sra. Y que cozinhava e “muito bem” segundo o marido, exceto ao fim de semana que aproveitavam para passear e almoçar num restaurante, visto a Sra. Y ser independente para todas as atividades até há cerca de 2 meses.

Conhecer a história de doença da pessoa idosa

A Sra. Y. encontrava-se como o seu marido a sul do país, onde ocorreu uma queda na via pública no dia 2/8/2016, no qual resultou uma fratura intertrancarica do fémur esquerdo multifragmentar e fratura proximal do úmero esquerdo. A mesma refere que ainda está surpreendida como tal aconteceu, visto ir de braço dado ao seu marido e não reconhece qual o fator desencadeante. O marido refere que foi no degrau do passeio, vinham a conversar, distraídos e que ele não a conseguiu agarrar, para evitar a queda.

Veio transferida de um hospital da região sul do país dia 3/8/2016, para o hospital da ARSLVT da sua área de residência, onde foi efetuada no dia 6/8/2016 redução e encavilhamento Céfalo-medular proximal estático rimado do fémur esquerdo com

cavilha PTN. Desta queda resultou também uma fratura proximal do úmero esquerdo, a qual foi decidido clinicamente por tratamento conservador.

Esteve internada no serviço de Ortopedia de 3 a 8 agosto 2016, o que para a mesma foi uma experiência desagradável, que “prefere esquecer” (sic), referiu que estava sempre deitada na mesma posição, que tocava á campainha e os profissionais demoravam imenso tempo a dar resposta ás solicitações, obrigando-a a fazer as necessidades na fralda, algo que para ela era impensável por ser sempre “uma mulher limpinha e asseada” (sic).

Apesar da evolução favorável do seu estado clinico, ambos verbalizam alguma preocupação quanto à sua evolução e independência nas AVD`s e nas AIVD`s.

Antes deste internamento era autónoma e independente, embora com múltiplas cormobilidades. Possui como antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus, HTA, fibrilhação auricular sob anticoagulantes orais, AIT (acidente isquémico temporário) 2006, fratura supracondiliana úmero esquerdo em 2003 e fratura da rotula esquerda em 2009. Não têm alergias ou hábitos aditivos.

Está polimedicada de acordo como o conceito de (Henriques,2011), ela toma 6 medicamentos em simultâneo. É autónoma na gestão da sua medicação, sendo assegurado pelo marido a sua aquisição na farmácia e a disponibilização junto de si. No domicilio realiza o seguinte regime medicamentoso:

Tabela 1- Regime medicamentoso da Sra. Y

Medicamento	Grupo Farmacológico	Via	Dose	Horário
Omeprazol	Antiácidos e anti ulcerosos / Modificadores da secreção gástrica /Inibidores da bomba de protões	Oral	20mg	1 comp 1xd (p. almoço)
Ramipril	Anti hipertensores / Modificadores do eixo renina angiotensina	Oral	5mg	1 comp 1xd (p. almoço)
Telmisartan + Hidroclorotiazid a	Anti hipertensores / Associações de anti hipertensores em dose fixa / Associações fixas de diuréticos e moduladores do eixo renina angiotensina	Oral	40mg	1 comp 1xd (p. almoço)

Lercanidipina	Anti hipertensores / Associações de anti hipertensores em dose fixa / Associações fixas de moduladores do eixo renina angiotensina e bloqueadores da entrada do cálcio / Associações fixas de IECAs e bloqueadores da entrada do cálcio	Oral	10mg	1comp 2xd (almoço e jantar)
Cipralex	Antidepressores / Inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS)	Oral	10mg	1comp 2xd (almoço e jantar)
Alprazolam	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos / Benzodiazepinas	Oral	0,5mg	1 comp (deitar)
Kombiglyze	Antidiabéticos não insulínicos	Oral	25/1000 mg	1comp 2xd (p. almoço e jantar)
Procoralan	Vasodilatadores/ Antianginosos	Oral	5mg	1comp 2xd (p. almoço e jantar)
Pradaxa	Anticoagulantes e antitrombóticos	Oral	110mg	1comp 2xd (p. almoço e jantar)
Paracetamol	Analgésicos e antipiréticos	Oral	1000mg	1comp3xd (p.alm, almoço e jantar)

Conhecer a história de infeção de local cirúrgico

Durante o internamento hospitalar foi identificada a necessidade de manutenção de cuidados de enfermagem e de reabilitação, e para tal a Sra. Y foi referenciada para uma ECCI. Por não existir vaga disponível no momento da alta clínica, a Sra. foi encaminhada para a sua unidade de saúde, onde lhe foram prestados os cuidados pós-operatórios necessários à sua ferida cirúrgica no trocânter esquerdo, bem como a uma úlcera de pressão na nádega esquerda que desenvolveu durante o período de internamento hospitalar.

A infeção do local cirúrgico pode ocorrer nos primeiros trinta dias no local da incisão cirúrgica ou próximo dela, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/ transplante (DGS, 2013).

A admissão na ECCI ocorre no dia 19/8/2016, 16 dias após a intervenção cirúrgica. Podemos constatar pelos registos de enfermagem que a ferida cirúrgica no

trocâter esquerdo se encontrava sem agrafes e sem sinais inflamatórios e que apresentava úlcera de pressão de categoria III, na região glútea esquerda, com 5 cm de comprimento, 5 cm de largura, 100% de tecido desvitalizado presente no leito da ferida, com exsudado purulento, com bordos difusos, rubor e maceração na pele circundante.

Úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea. Esta lesão é resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de torção(DGS,2011). A classificação das UP por categorias é um sistema de avaliação baseado na profundidade anatômica do tecido lesado. Na categoria III existe a perda total da espessura da pele (DGS,2011).

Na admissão foi também efetuada a avaliação da dor, através da Escala Numérica, sendo solicitado ao doente que classificasse a intensidade da sua dor de acordo com a equivalência da classificação numérica 0 a 10, sendo 0 correspondente á classificação “Sem Dor” e 10 classificada “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável), (DGS,2003). Encontra-se então registada a classificação numérica 2, indicada pela Sra.

As úlceras de pressão causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte. (Ministério da Saúde,2015).

No dia 13/10/2016 efetuamos a entrevista á Sra. Y e observarmos que apresenta local da incisão cirúrgica com bordos unidos, sem sinais inflamatórios, e classifica a dor -“sem dor” (avaliação da dor através da Escala Qualitativa).

Podemos observar que a úlcera de pressão na região glútea esquerda apresenta 7 cm de comprimento, 5 cm de largura, com 10% de tecido desvitalizado, 70% de tecido de granulação, 20% de tecido epitelial presente no leito da ferida, com exsudado hemáto- purulento, bordos definidos e delimitados, e com rubor, maceração na pele circundante. Após a realização do tratamento á ulcera de pressão, a Sra. referiu dor tipo moinha, que nesse momento a classifica como “dor ligeira” (avaliação da dor através da Escala Qualitativa), referindo que habitualmente sente alivio da dor após tomar o paracetamol 1gr, o que lhe foi administrado com sucesso.

ENVOLVER-SE

A segunda fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa é o envolver-se e “...*caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...*” (Gomes,20013, p.100).

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

Nas diversas visitas domiciliares procurou-se a construção de processo de parceria com a Sra., respeitando a sua identidade, a sua intimidade, procurando conhecer as suas necessidades e potencialidades, utilizando questões curtas, concretas de forma a facilitar a sua compreensão, e sempre que possível na presença do marido para clarificar alguma informação, de forma a planear e privilegiar o tipo de informação necessária para a tomada de decisões clínicas que fossem de encontro às suas necessidades de cuidados.

A Sra. Y encontra-se consciente, orientada espaço-temporal, tendo-se procedido à avaliação do estado mental, através da avaliação estruturada da função cognitiva (Mini -Mental State Examination de Folstein) obtendo-se uma pontuação final de 24 num total 30, indicador sem defeito cognitivo.

Ao longo das interações com a Sra., notávamos alguma tristeza pela sua dependência atual e preocupação em perspetivar a sua evolução, bem como a toma de um ansiolítico diariamente, pareceu-nos pertinente a mobilização da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, obtendo uma pontuação final de 8 num total de 15, indicador de depressão ligeira.

A nível do estado funcional, embora com indicação para treino de marcha com ajuda de andarilho (indicação descrita na nota de alta clínica do Serviço de Ortopedia do hospital), ela não o consegue, motivada quer pela fratura do úmero, em que foi sugerido pela enfermeira a utilização de um tripé, mas que esta recusa por medo de cair novamente e também por apresentar diminuição da força no membro inferior esquerdo. Foi á consulta de Fisiatria do hospital da ARSLVT, em que concordou de imediato o inicio de fisioterapia, aguarda a disponibilidade do serviço para iniciar as

sessões. Tem consulta marcada para dia 2/11/2016 para Ortopedia para avaliação da fratura do úmero e avaliação pós-cirúrgica do membro inferior esquerdo com realização previa de Rx. Desta forma, classifica-se na Escala da Marcha de Holden na categoria 1-marcha dependente Nível II.

Recorremos ao Índice de Barthel para a avaliação funcional nas atividades de vida diárias, em que obteve a pontuação de 40 pontos num total de 100, indicador de dependência grave (Anexo IV). Necessita de ajuda para a sua higiene pessoal, tomar banho e vestir-se. É incapaz de subir escadas, necessita de ajuda para a transferência e por dificuldade na marcha necessita de usar fralda.

Para a avaliação da capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diária, recorremos ao Índice de Lawton e Brody, em que apresentou uma pontuação de 2 pontos num total de 8, indicador de dependência grave. Verifica-se dependência para fazer compras, preparar as refeições, tarefas domésticas, na utilização de meios de transporte e na responsabilidade de assuntos financeiros que é assegurada pelo marido.

Pelas dependências a nível do estado funcional verifica-se a importância da avaliação do risco de queda, através da Escala de Morse, bem como do risco de úlceras de pressão através da Escala de Braden.

Relativamente á Escala de Morse, obteve 75 pontos num total de 150 pontos), indicador de um elevado risco de queda. Deve-se a uma história de queda nos últimos 3 meses, á presença de diagnóstico secundário, á necessidade de ajuda na transferência e para caminhar com andarilho.

Quanto á Escala de Braden, apresentou uma pontuação de 18 pontos, indicando baixo risco. Obtendo a pontuação mais baixa nas dimensões da fricção e forças de deslizamento, na atividade e na mobilidade. Mas na admissão na ECCI a 19/08/2016, apresentava alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com pontuação de 15 pontos (dados obtidos pelos registos de enfermagem no processo clinico).

Em relação a antropometria, refere ter cerca de 65Kg (afirma que diminui o peso nestes últimos meses) e ter cerca 1,60m. Apresenta valor de Índice de Massa Corporal (IMC)= 25,4, existindo um risco acrescido para outras situações de doença, que a Sra. já apresenta, como antecedentes pessoais (HTA, diabetes Mellitus, fibrilhação auricular). Realizou-se a triagem através do Mini Nutricional Assessment em que obteve a pontuação de 8 pontos, pela alteração da mobilidade, da diminuição moderada da ingesta e perda de peso entre um a três quilos, o que a coloca sob risco

de desnutrição. Para uma avaliação mais detalhada foi efetuada avaliação global, obtendo-se a pontuação de 20 pontos, indicador de sob risco de desnutrição, pelo facto de utilizar mais de três medicamentos por dia e por apresentar úlcera de pressão.

Refere que utiliza óculos apenas para ler, não apresenta alterações na audição, nem no tato. Refere que o seu padrão de sono não se alterou, dorme bem desde que faça o medicamento para dormir (Alprazolam).

Embora possam existir pessoas idosas com o mesmo diagnóstico, estas poderão ter a capacidade funcional absolutamente distinta uma da outra, por isso em termos de aprendizagem é-nó útil, recorrer á classificação clinico-funcional do idoso de Moraes (2012). A Sra. Y é uma pessoa idosa com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerir a sua vida com comprometimento dos sistemas funcionais principais e incapacidades, tais como incapacidade cognitiva (depressão ligeira), instabilidade postural (história de queda há 2 meses, tendo como complicação a fratura intertrancarica do fémur e do úmero esquerdo dificultando a elevação e sustentação do braço, em tarefas como pentear o cabelo, vestir-se ou despir-se, imobilidade (apresenta limitação dos movimentos inicialmente completa tendo como consequência o desenvolvimento de uma ulcera de pressão, atualmente de menor gravidade, visto apresentar imobilidade parcial) ,sendo por isso classificada de Idoso Frágil.

Conhecimento dos recursos do serviço e da pessoa idosa

No momento da admissão pela equipa da UCC, ambos referem que lhes foi explicado qual a constituição da equipa, como é que se organiza, onde se localiza e como a poderiam contactar se necessário, deixando-lhe o guia da UCC. Referem que leram atentamente, deixando-os esclarecidos, principalmente ao Sr. X uma vez que ele é o cuidador familiar, assegurando o apoio à esposa durante as 24h.

O Sr. X necessitou de assumir novos papeis na dinâmica familiar, visto que a gestão da casa e de algumas tarefas domésticas eram efetuadas por ela, como o tratamento da roupa, da loiça, das refeições, tendo para isso necessidade de se readaptar, tentando manter as suas rotinas habituais, ir comprar o jornal, ir ao café, dar “dois dedos de conversa com os amigos” (sic).

A Sra. Y era acompanhada pela equipa de saúde da USCP após alta hospitalar e por necessitar de reabilitação motora foi referenciada para a ECCI, as expectativas

de ambos eram enormes, sentiam que era o recurso principal para recuperarem o desempenho funcional que estava limitado e que dessa forma iria diminuir o tempo de convalescença. Mas ao longo das visitas domiciliares que se foram realizando, verificaram que, primeiro a fisioterapeuta estava de férias, depois ficou doente, permanecendo de atestado médico até este momento, sem substituição por outro colega. No dia 12/09/2016 a Sra. foi a uma consulta de fisioterapia no hospital onde foi intervencionada, ficando em plano terapêutico sessões de fisioterapia, mas sem data de início. Desta forma percebemos que existe uma dificuldade sentida por ambos em perspetivar a melhoria do seu estado de saúde, bem como de recuperar o seu desempenho funcional.

Cabe ao enfermeiro a preocupação de promover, tornar os seus sonhos em realidades, ele possui um papel fundamental na promoção da esperança.

Nesse sentido a seleção de intervenções individualizadas, como estimular para o levantar diário, para a realização de exercícios com os membros inferiores, o incentivar à realização de atividades e a sua importância, são fundamentais para a promoção da sua autonomia e independência. Estas intervenções de enfermagem, foram por nós acompanhadas e realizadas ao longo das diversas visitas domiciliares que efetuamos em conjunto.

Podemos identificar em ambos falta de conhecimentos sobre a técnica de transferência cama /cadeiras de rodas, prevenção de quedas, prevenção de desenvolvimento de úlceras de pressão, sinais e sintomas de infeção. Verificamos falta de motivação para os exercícios de estimulação do desempenho funcional, para o levantar diário, justificados talvez pela dor sentida e pela ligeira depressão identificada.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

A terceira fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa é capacitar ou possibilitar, que "...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir..." (Gomes,2013, p.101).

No caso de a pessoa idosa não ter condições para decidir e assumir os seus próprios cuidados, cabe ao enfermeiro "...a responsabilidade do cuidado que o Outro devia ter consigo próprio ou ajudando a capacitar a família para cuidar da pessoa

idosa, tendo em conta o cuidado que a pessoa devia ter consigo própria”. (Gomes,2013, p. 103)

A intervenção recaiu fundamentada na informação e na reflexão conjunta sobre a importância do levantar diário, bem como no incentivo à marcha de forma a promover a sua independência para que esta possa prosseguir com o seu projeto de saúde e vida.

Na primeira visita realizada foi incentivada ao levantar diário, à realização de exercícios de estimulação do desempenho funcional e transferência da cama para cadeira de rodas, reforçando a instrução e o treino, partilhando assim responsabilidade e poder conjunto. Foi negociada com a Sra. Y que na próxima visita iríamos efetuar treino de marcha, mas efetivamente não se concretizou por apenas se conseguir manter de pé com ajuda do andarilho, um curto período de tempo, por apresentar diminuição de força do membro inferior esquerdo, dor no braço esquerdo motivada pela fratura do úmero, mas também pelo receio de cair novamente. Incidiu-se na explicação da sua importância, no incentivo e motivação à marcha, no sentido de transformar as suas capacidades potenciais em reais, de forma a que esta possa assumir o cuidado de si.

Procuramos durante as visitas que decorreram, respeitar o seu ritmo, tendo em conta a sua vontade, de forma a que esta sentisse que têm liberdade para tomara as suas decisões e sobretudo que são respeitadas, que têm controlo sobre a sua vida, não impondo a realização de intervenções planeadas caso a mesma não se sentisse motivada para a sua realização, existia sempre um processo de negociação conjunta.

Sempre que a Sra. alcançava os objetivos propostos, era elogiada, era-lhe dado reforço positivo, promovendo a sua auto estima e impulsionando o seu crescimento pessoal. Mas ao contrario, nas suas dificuldades também se procurou a reflexão conjunta para compreender melhor a singularidade do seu percurso de assumir o controlo do cuidado de si.

Neste percurso de capacitação, as oportunidades de aprendizagem durante as visitas também foram momentos de aprendizagem para nós, através da observação da interação da enfermeira quer com a Sra. Y quer com o marido. Podemos verificar a relevância do planeamento da intervenção com ambos, que a enfermeira partilhou comigo, a nível da prevenção do desenvolvimento de úlceras de pressão, em que foi ensinado, instruído e treinado sobre a avaliação e cuidados com a pele nomeadamente a sua observação diária, tendo especial atenção às prominenças

ósseas, zonas expostas à humidade, às lesões cutâneas, sobre o posicionamento e mobilização, incentivando a efetuar mudanças de posição (na cama ou na cadeira) em intervalos frequentes que permitam redistribuir o peso e a pressão, a aquisição de colchão anti escara de pressão alternada ,bem como uma adequada ingestão dietética para prevenir a malnutrição, tendo especial atenção para os défices proteicos.

Em relação aos cuidados com a ulcera de pressão, foi-lhes explicado porque não podem molhar os pensos, reconhecendo os sinais e sintomas de infeção aos quais devem estar atentos, bem como nos cuidados a ter para minimizar o risco de transmissão de infeção, em que a enfermeira incidu na lavagem das mãos, na lavagem da roupa, na limpeza da habitação desta forma está a contribuir para a prevenção dos riscos para a vida humana e para o bem-estar humano.

Concomitantemente aprendemos quais os fatores mais comuns que podem contribuir para as quedas nas pessoas idosas, relacionado com a própria pessoa ou com o ambiente que a podem levar a cair ,tais o ambiente habitacional que muitas vezes possui barreiras que impede a pessoa de se movimentar em segurança dentro da própria casa, a utilização inadequada dos meios auxiliares de marcha, a dor e os desequilíbrios posturais que poderão contribuir para a mesma, sendo por isso fundamental corrigir hábitos e atitudes que possam potenciar as quedas.

COMPROMETER-SE

De acordo com o modelo de parceria, existe uma quarta fase na construção o processo de parceria com a pessoa idosa que se designa por comprometer-se,” ...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes,2013, p.103).

O plano de cuidados vai ao encontro da identificação da situação de cuidados efetuada anteriormente, tornando visível o esforço conjunto entre a enfermeira e a Sra. Y e os objetivos traçados de forma a promover o cuidado de si, ou assegurar o cuidado do outro através da intervenção do cuidador familiar, com vista a promover uma transição progressiva da capacidade potencial, para a capacidade real, a fim de poder continuar com a sua trajetória de vida (Gomes,2013).

No sentido de promover a autonomia, a independência da pessoa idosa, apresentamos em seguida o plano de cuidados com alguns dos diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, de modo a tornar visível o esforço conjunto entre a enfermeira e a Sra. Y na promoção do Cuidado de Si.

Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Compromissos Estabelecidos em Parceria	Avaliação
Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage) manifestado por ter abandonado muitas das suas atividades e interesses, sentir-se aborrecida, inútil e sem energia.	-Identificar os recursos familiares disponíveis -Prevenir o isolamento	- Promover a escuta ativa - Facilitar a expressão de emoções e dificuldades - Elogiar os esforços na mobilização - Promoção da esperança na recuperação da sua independência - Maximizar a autonomia nas AVD - Incentivar á retoma de atividades de lazer	-Disponibilidade por parte da enfermeira para a escuta ativa, encorajando a comunicação expressiva de emoções - Comprometeu-se a continuar a cuidar de si mesmo, pentear o cabelo, colocar o creme no rosto, cuidar das unhas -Ajudar o marido em pequenas tarefas domésticas -Retomar atividades de distração e lazer	-A enfermeira estabeleceu uma relação de confiança com a Sra. Y, preocupando-se com as necessidades manifestadas e em realizar os seus sonhos, usando estratégias tendo em conta a sua autonomia. -Existência de múltiplas manifestações de afeto entre ambas. -Após a higiene diária existe preocupação em cuidar do seu cabelo, colocar o seu Bâton cor de rosa. -Ajuda o marido a dobrar a roupa, algo que ela gosta e era ela que cuidava anteriormente. -Retomar os Arraiolos está nos objetivos de vida da Sra. Y. - Atualmente retomou a leitura
Elevado risco de queda, relacionado com desequilíbrio, diminuição da força do membro inferior esquerdo, dor no membro superior esquerdo e marcha dependente nível 1 com apoio	-Que a Sra. Y não apresente quedas	-Estimular o levante diário e reforçar a sua importância -Reforçar a importância da marcha por períodos, a correta utilização do andarilho e da transferência -Informar a pessoa e cuidador familiar sobre medidas preventivas da queda, tais como o uso	- Efetuar o levante diário -Comprometeu-se em deambular com auxiliar de marcha -Adotar algumas medidas para um ambiente seguro em casa -Sessões de informação sobre os efeitos secundários da medicação suscetíveis de	-A Sra. Y, tem feito levante diário -Não consegue deambular com andarilho. Refere diminuição da força no membro inferior esquerdo e dor no membro superior esquerdo.

<p>de andarilho (escala de Holden), manifestada por resultado da aplicação da escala de Morse</p>		<p>de calçado adequado para se deslocar em segurança, a manutenção dos objetos ao seu alcance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os efeitos secundários e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas que aumentam o risco de queda - Reforço positivo para a manutenção de um ambiente livre de elementos que facilitem a queda dentro de casa para que possa mobilizar-se em segurança - Avaliar periodicamente a marcha com andarilho e o risco de queda. 	<p>potencializar o risco de queda, efetuadas pela enfermeira</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada consulta de fisioterapia e agendamento tratamentos de reabilitação motora. -Desconhecimento de alguns dos fatores que influenciavam a ocorrência de queda, tais como os seus efeitos secundários medicação, a utilização de calçado improprio e roupa adequada. -Esclarecidos sobre a importância de efetuar levante acompanhado e supervisionado. - Uso de pantufas com sola de borracha antiderrapante e de roupa pouco comprida para evitar tropeçar. - Fácil alcance dos objetos de uso pessoal. - Adequada iluminação no levante noturno.
<p>Integridade da pele prejudicada relacionada com a imobilidade no leito, manifestado por ulcera de pressão de categoria III, com tecido de granulação, tecido epitelial exsudado hemató-purulento, rubor e maceração na pele circundante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a cicatrização da úlcera de pressão - Prevenir o desenvolvimento de novas úlceras de pressão 	<ul style="list-style-type: none"> -Informar ao cuidador familiar sobre os benefícios de este providenciar a aquisição de colchão anti escaras -Estimular par o levante diário e para a mudança de decúbito quando permanece em repouso no leito -Estimular exercícios com os membros inferiores sempre que está no leito -Incentivar para a importância da realização das atividades, que irá promover a sua independência 	<ul style="list-style-type: none"> -Aquisição de colchão anti escaras -Efetuar levante diário. -Executar diariamente exercícios de mobilização dos membros com colaboração do cuidador familiar -Manter a pele integra e hidratada - Trocar a fralda sempre que necessário. Ensinar o cuidador familiar sobre o procedimento -Existência de uma alimentação variada e rica em proteínas 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui colchão anti escaras para a cama - A Sra. Y têm realizado levante diariamente e foi reforçado pela enfermeira a importância de alternância de decúbito visto esta permanecer parte do tempo em decúbito lateral esquerdo. - Não efetua os exercícios diários que lhe foram ensinados a realizar por esquecimento, foi reforçado o seu benefício e pedido colaboração

		<ul style="list-style-type: none"> -Vigiar a integridade da pele diariamente, prestando especial atenção às proeminências ósseas, zonas expostas à humidade, de forma a detetar precocemente o aparecimento de zonas avermelhadas - Reforço sobre a importância de manter a pele limpa, seca e hidratada -Reforço sobre a necessidade da troca de fralda sempre que necessário de forma e reduzir o contacto da pele com a humidade (provocada pela urina, fezes e ou exsudado da ulcera de pressão) -Encorajar para a necessidade de reforçar a ingestão de proteínas, favorecendo a cicatrização -Vigiar a integridade do penso da Ulcera de pressão -Vigiar as características da ulcera de pressão -Executar tratamento à Ulcera de pressão (de 2/2 dias com está prescrito pela equipa de enfermagem) 	<ul style="list-style-type: none"> -Manutenção de penso da úlcera de pressão íntegro, limpo e seco -Realização de penso da úlcera de pressão conforme prescrição 	<p>ao marido para lhe lembre diariamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apresenta pele íntegra e hidratada - O cuidador familiar está mais sensibilizado para a substituição da fralda e efetua sempre que se justifique, sem esperar pelas ajudantes domiciliárias. - Presença de refeições variadas e ricas em proteínas <p>13/10/2016 -Penso da ulcera de pressão repassado de exsudado hemático-purulento.</p> <p>Fundo de úlcera com tecido de granulação e epitelização periférica. Rubor e maceração na pele circundante á ulcera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuada limpeza e aplicação de alginato de cálcio e penso secundário (espuma).
Risco de infeção relacionada com procedimento cirúrgico	-Prevenir infeções	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre sinais e sintomas de infeção (febre, rubor local, edema, drenagem purulenta) - Avaliar dor -Supervisionar a pele e o local da incisão cirúrgica -Avaliar a cicatrização da ferida cirúrgica -Avaliar o estado nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliação diária, pelo cuidador familiar, da pele e o local da incisão cirúrgica -Avaliação da dor em todas as visitas domiciliárias -Avaliação da cicatrização da ferida cirúrgica em todas as visitas domiciliárias -Avaliação pela enfermeira da presença ou risco de malnutrição através da Escala Mini-Nutritional Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento de alguns dos sinais e sintomas da infeção. -Avaliação diária da pele e do local da incisão cirúrgica pelo cuidador familiar e efetua registo (fotografia tirada do seu telemóvel) -13/10/2016- “Sem dor” avaliada pela escala Qualitativa da Intensidade da Dor.

				<p>13/10/2016 - Cicatriz operatória sem sinais inflamatórios, bordos unidos.</p> <p>13/10/2016 - “Sob risco de desnutrição” avaliado através da Escala Mini- Nutritional Assessment pelas alterações da mobilidade, diminuição moderada da ingestão, apresentando perda de peso (um a três quilos) e presença de ulcera de pressão.</p>
Risco de desnutrição relacionado com perda de apetite	-Prevenir a desnutrição	<p>-Identificar os problemas relacionados com a alimentação</p> <p>- Estimular um ambiente confortável e relaxante para as refeições</p> <p>-Orientar sobre a importância para hidratação, ingestão proteica e calórica de forma a maximizar a cicatrização e reduzir o risco de complicações</p>	<p>-Mudança no espaço para tomada de refeições.</p> <p>-Mudança de comportamentos alimentares.</p>	<p>- Efetua o pequeno almoço e almoço conjuntamente com o marido na cozinha. Anteriormente alimentava-se sempre sozinha e no seu quarto.</p> <p>- O cuidador familiar fornece de uma forma adequada ao longo do dia água, chá, sumos sem açúcar, tendo preocupação da ingestão proteica nas diversas refeições e adequada ao seu gosto.</p>

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Na construção do processo de parceria com a pessoa idosa , de acordo com o modelo de parceria ,existe uma quinta fase que se designa por assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro,“...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103).

Podemos aperceber-nos ao longo da construção do processo de parceria, da complexibilidade em lidar com a pessoa idosa, num contexto de vulnerabilidade e dependência em que a necessidade de ter tempo e espaço para construir uma relação é fundamental, para ajuda-la a prosseguir no seu projeto de vida e saúde. Compreendemos a relevância da funcionalidade, da prevenção de síndromes geriátricos bem como da promoção da independência e autonomia da pessoa idosa e o envolvimento do cuidador familiar no processo de saúde da pessoa idosa.

Foram identificadas algumas necessidades, para a Sra. Y assumir o cuidado de si e o marido assegurar o cuidado á esposa. Houve necessidade de se planearem objetivos, para tal foi fundamental a negociação das estratégias a adotar, estando sempre presente que os acontecimentos quotidianos e as prioridades da mesma, necessitariam de uma redefinição /adaptação dos cuidados planeados, como por exemplo a possível alteração do meio auxiliar de marcha de andarilho para tripé.

Verificamos que a Sra. Y alcançou com sucesso ,alguns dos objetivos para assumir o cuidado de si, nomeadamente o levante diário que lhe permite relembrar e recuperar as rotinas diárias anteriores ao internamento como pentear os seus cabelos, cuidar do seu rosto, colocar o seu Bâton cor de rosa, vestir-se com roupa de sair até à rua e tomar o pequeno almoço e almoço na cozinha conjuntamente com o seu marido (após o estudo prévio das barreiras arquitetónicas e do desenvolvimento de estratégias para as ultrapassar).

Reflexão Final

A realização deste estudo de caso assente no processo da parceria entre a enfermeira e a doente idosa em contexto domiciliário, contribuiu para uma melhor compreensão de cuidados centrada na pessoa idosa.

A elaboração do guião do processo de parceria à pessoa idosa, obrigou-nos a uma reflexão e análise da prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa, salientando a sua singularidade, e a necessidade de ver a pessoa como um ser de projeto e de cuidado. Levou-nos a estarmos atentas ao sentido da vida para cada pessoa, o que é representativo para ela, quais os seus desejos, os seus sonhos, incentivando sempre a pessoa a ser autónoma na tomada de decisão e na realização, no fundo, independentemente da sua condição era essencial a pessoa idosa estar sempre incluída nos cuidados. Possibilitando assim, a um cuidado centrado na pessoa, de forma a ajuda-la a assegurar o seu cuidado e si ou caso esta não tenha autonomia o cuidado de si é assegurado pela enfermeira ou pelo cuidador familiar, para que a pessoa idosa independente da circunstancia “possa assumir o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde ou prosseguir a sua trajetória de vida” (Gomes.2013).

Durante a realização deste estudo de caso podemos constatar que o conhecimento aprofundado da pessoa idosa, permiti-nos uma compreensão das suas dificuldades, e das suas potencialidades, se não o efetuarmos irmos reduzir a nossa prática de cuidados ao modelo biomédico, centrado na doença e que não respeita a pessoa como parceira.

Podemos também verificar que é fundamental que exista uma harmonia entre a enfermeira e a pessoa idosa, uma autentica relação de confiança mutua, permitindo á enfermeira centrar-se na necessidade que foi expressa pela pessoa idosa, utilizando estratégias, que irão ajudar a pessoa, a utilizar os seus recursos internos para se adaptar ás alterações provocadas pela doença, a participar nas tomadas de decisões, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida. Esta é sem duvida uma das nossas responsabilidades como enfermeira especialista nos cuidados às pessoas idosas “porque as pessoas vivem de acordo com as suas prioridades e prosseguem o que é importante para elas” (Gomes,2013).

Referências Bibliográficas

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-65.
- Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (2), 153-161. Acedido a 10-11-2016.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>
- Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série -N.º 28 -10 de fevereiro de 2015. 3882-(2) - 3882-(10). Acedido 16/10/2016 Disponível em:
<https://dre.pt/application/file/66457154>
- DGS (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Acedido em 16-10- 2016.
Disponível em: <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Prevenção da Infeção do local Cirúrgico.* Lisboa: DGS
- DGS (2011). Escala de *Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).* Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.
- GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em:
http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Henriques, A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem.* Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa
- International NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2012-2014.* Brasil. Artmed

Ministério da Saúde (2005). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas- Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Moraes, E., N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em 16/10/2016. Disponível em: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*. Lisboa. SPMI

Pereira, A. P.S, Martins Teixeira, G.; Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 407-416. Acedido:18-10-2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

Rodrigues, M.M, Souza e Souza.M, Silva J L (2008). Sistematização da Assistência de Enfermagem na Prevenção da Lesão Tecidual por pressão. *Cogitare Enfermagem*.13(4):566-75. Acedido: 18-10-2016. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vxHb1AtwnTgJ:revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/13117/8875+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

APÊNDICE VI. Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa

Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa na Prevenção da Infeção

REVELAR-SE – FASE 1	
<p>“... caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados”. (Gomes, 2013, p. 99)</p>	
A ENFERMEIRA DÁ-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA	
Cumprimenta a pessoa idosa	
Apresenta-se à pessoa idosa (nome, profissão)	
Promove a afetividade (demonstra carinho e simpatia)	
Explica o objetivo da sua intervenção (perguntando antes de atuar)	
Promove ambiente favorável à interação (mostra disponibilidade, respeito pela pessoa promovendo a escuta ativa)	
A ENFERMEIRA CONHECE A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	
Nome	
Nome pelo qual prefere ser tratada	
Sexo	
Biótipo	
Idade	
Nacionalidade/Naturalidade	
Área de residência	
Escolaridade	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e anterior)	
Estado civil	
A ENFERMEIRA CONHECE O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA	
Agregado familiar (com quem vive)	
Pessoa significativa (nome, parentesco, contacto telefónico)	
Cuidador familiar (nome, parentesco, contacto telefónico)	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio)	
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade)	

Situação económica (se existem dificuldades e de que tipo)	
Rede de apoio (médico de família, enfermeiro de referência, apoio social)	
Hábitos de vida/ comportamentos aditivos	
Atividades de lazer/projeto de vida (ocupação de tempos livres, desejos pessoais)	
Experiências anteriores que poderão influenciar a forma como vive a situação atual	
Significado da situação atual e suas implicações na trajetória de vida.	
A ENFERMEIRA CONHECE A HISTÓRIA DE DOENÇA DA PESSOA IDOSA	
Motivo de internamento	
Diagnóstico	
Referenciação (instituição, especialidade, nome do médico)	
A pessoa idosa tem perceção sobre o diagnóstico	
A pessoa idosa tem perceção do prognóstico	
O cuidador familiar tem perceção sobre o diagnóstico	
O cuidador familiar tem perceção sobre o prognóstico	
Antecedentes pessoais	
Internamentos anteriores/intervenções cirúrgicas	
Medicação domiciliária	
Gestão terapêutica: responsabilidade (de quem, em quê, porquê) e dificuldades de adesão	
A ENFERMEIRA CONHECE A HISTÓRIA DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRURGICO NA PESSOA IDOSA	
Localização	
Sinais inflamatórios (dor, calor, rubor, tumefação)	
Início da infeção	
Medidas adaptativas para controlo da infeção	
Impacto da infeção nas atividades de vida	

ENVOLVER-SE – FASE 2	
<p>“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100).</p>	
A ENFERMEIRA CONHECE A SINGULARIEDADE DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PESSOA	
Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MMSE)	Pontuação:
Estado funcional	
Marcha: escala Holden;	Pontuação:
Atividades básicas vida: escala Barthel;	Pontuação:
Atividades instrumentais vida diária: índice de Lawton & Brody)	Pontuação:
Estado afetivo	
Rastreio da depressão - Escala Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta)	Pontuação:
Estado nutricional	
Detetar presença ou risco de má nutrição - Mini Nutritional Assesment)	Pontuação:
Eliminação (vesical, padrão transito intestinal, medidas adaptativas)	
Sono (padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)	
A ENFERMEIRA TEM CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DO SERVIÇO E DA PESSOA IDOSA	
Realiza o acolhimento ao serviço (equipa, espaço físico, organização)	
Fornece o guia de acolhimento	
Procura saber quais as expectativas da pessoa idosa na admissão ao serviço.	
Procura saber quais as expectativas do cuidador familiar na admissão ao serviço.	
Enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis	
Mostra disponibilidade para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	
Mostra disponibilidade para o cuidador familiar (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	
Procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre prevenção da infeção	

Procura conhecer o que cuidador familiar sabe sobre prevenção da infeção	
Avalia as capacidades da pessoa idosa para compreender as informações que lhe são transmitidas	
Avalia as capacidades do cuidador familiar para compreender as informações que lhe são transmitidas	
Envolve a pessoa idosa nos cuidados (incentiva-o à participação, esclarece dúvidas)	
Envolve o cuidador familiar nos cuidados (incentiva-o à participação, esclarece dúvidas)	

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – FASE 3

“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...”
(Gomes, 2013, p. 101)

A ENFERMEIRA PARTILHA O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA**A ENFERMEIRA PROMOVE O CUIDADO DE SI**

Partilha informação com a pessoa idosa de acordo com a necessidade de conhecimento identificadas, esclarecendo as dúvidas à medida que vão sendo colocadas.

Identifica com a pessoa idosa a necessidade de conhecimento sobre a infeção e meios de transmissão.

Identifica com a pessoa idosa a necessidade de conhecimento sobre a prevenção das complicações da infeção.

Estimula a pessoa idosa para as boas práticas de prevenção da infeção e reforça positivamente o seu cumprimento.

Promove o cuidado de si, respeita os tempos da pessoa idosa e atende às suas preferências.

Articula-se com os diferentes profissionais conforme a necessidade da pessoa idosa.

A ENFERMEIRA PROMOVE O CUIDADO DO OUTRO

Partilha informação com o cuidador familiar de acordo com a necessidade de conhecimento identificadas, esclarecendo as dúvidas à medida que vão sendo colocadas

Identifica com o cuidador familiar a necessidade de conhecimento sobre a infeção e meios de transmissão.

Identifica com o cuidador familiar a necessidade de conhecimento sobre a prevenção das complicações da infeção.

Estimula o cuidador familiar para as boas práticas de prevenção da infeção e reforça positivamente o seu cumprimento.

Articula-se com os diferentes profissionais conforme a necessidade do cuidador familiar

COMPROMETER-SE – FASE 4	
“...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa, ...” (Gomes, 2013, p. 103)	
A ENFERMEIRA PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/POSSIBILITAR O CUIDADO DE SI	
Valida, de forma contínua, com a pessoa idosa o conhecimento sobre a infeção e meios de transmissão	
Valida, de forma contínua com a pessoa idosa o conhecimento sobre a prevenção das complicações da infeção.	
Valida com a pessoa idosa as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si na prevenção da infeção.	
Ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de si na prevenção e controlo da infeção.	
A ENFERMEIRA PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO	
Valida, de forma contínua, com o cuidador familiar o conhecimento sobre a infeção e meios de transmissão	
Valida, de forma contínua com o cuidador familiar o conhecimento sobre a prevenção das complicações da infeção.	
Valida com o cuidador familiar as intervenções realizadas na promoção do cuidado do outro na prevenção da infeção.	
Ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado do outro na prevenção da infeção	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – FASE 5

“...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103)

A PESSOA IDOSA ASSUME OU ASSEGURA O CUIDADO DE SI

Demonstra conhecimentos acerca da infeção, meios de transmissão e complicações	
--	--

Demonstra conhecimentos que lhe permitem tomar decisões relativas ao cuidado de si na prevenção da infeção.	
---	--

Demonstra bem-estar	
---------------------	--

O CUIDADOR FAMILIAR ASSUME OU ASSEGURA O CUIDADO DO OUTRO

Demonstra conhecimentos acerca da infeção, meios de transmissão e complicações	
--	--

Demonstra conhecimentos que lhe permitem tomar decisões relativas ao cuidado de si na prevenção da infeção	
--	--

Reconhece que a pessoa idosa demonstra bem-estar	
--	--

BIBLIOGRAFIA

Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.

APÊNDICE VII. Relatório de Estágio em CSP

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM CSP

Este relatório pretende apresentar as diversas aprendizagens que efetuamos durante o estágio numa UCC da ARSLVT, que decorreu entre 26 de setembro a 21 de outubro de 2016. Teve com o objetivo o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista para intervenção em parceria à pessoa idosa na prevenção da infeção que promova o Cuidado de si.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) considerados como o pilar central do sistema de saúde pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, são o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, nomeadamente os hospitais. Para a melhor compreensão sobre a dinâmica entre o hospital e os CSP, a Enf^a Chefe fez-nos uma apresentação, falou-nos sobre a reestruturação dos cuidados de saúde primários, as dificuldades e potencialidades existentes que influenciam essa articulação.

O ACES é constituído por várias unidades funcionais que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Uma dessas unidades funcionais é a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade). Que tal como é definido no Dec-lei nº28/2008, artigo11, "... presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo...".

A UCC que se insere no ACES da ARSVT é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida, sendo constituída por 6 enfermeiros (2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária), uma técnica de serviço social (8h/semana) e uma fisioterapeuta (atualmente de baixa prolongada) que se articulam quando necessário diretamente com o médico de medicina geral e familiar responsáveis e todos os outros parceiros da comunidade nomeadamente as instituições particulares de solidariedade social com serviço de apoio domiciliário.

Este estágio foi realizado integrando na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC.

As ECCI's asseguram cuidados a utentes que se consideram admitidos após processo de referenciação, validação/autorização pela equipa de coordenação local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), da área de residência preferencial do utente, mediante proposta. A referenciação pode surgir do hospital ou do centro de saúde, sendo esta efetuada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital, Equipa intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do hospital ou pelas unidades funcionais do ACES, através de critérios estabelecidos pela RNCCI.

A ECCI tem capacidade assistencial de 40 utentes, sempre que esta capacidade seja atingida os utentes ficam a aguardar vaga, em lista de espera, e os cuidados de enfermagem serão assegurados pelos enfermeiros das respetivas unidades funcionais do respetivo ACES, onde estes se encontram inscritos.

Os critérios de referenciação para a ECCI são, utentes residentes no concelho, com diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções de saúde e apoio social. Tendo como critérios de inclusão decorrentes da avaliação integral, a necessidade de prestação de cuidados domiciliários mais de uma vez por dia e sete dias na semana, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social, ou outros, a utentes em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja sua situação clínica não os permita deslocar de forma autónoma mas que entretanto já não necessitam de internamento.

A ECCI funciona em estreita articulação com todas as unidades de saúde do respetivo ACES, em especial com a equipa de enfermagem de cuidados domiciliários e médicos de medicina geral e familiar dos utentes.

Está estabelecido pela RNCCI que a 1ª visita domiciliária deve ser efetuada sempre que é admitido um utente nas primeiras 48h. Mas a equipa tem como indicador de qualidade efetua-la nas primeiras 24h e se possível com a técnica de serviço social e a fisioterapeuta.

Durante o estágio não tivemos a oportunidade de efetuar uma primeira visita por não ter sido admitido nenhum doente durante esse período. Mas várias foram as visitas domiciliárias que realizamos em que pudemos constatar que todas os cuidados estavam centrados na pessoa idosa, na individualização dos cuidados, indo de encontro, ao conhecimento da pessoa, aos valores da mesma através da relação que era estabelecida com ela.

Sensibilizou-nos o modo como a enfermeira estabeleceu uma relação de confiança com a pessoa idosa, demonstrando disponibilidade, respeito pelo espaço, pelo tempo necessário, o fundamento para a construção de uma relação de confiança com a pessoa idosa (Gomes,2013). A enfermeira não tinha pressa, estava ali para a pessoa, sem tempo definido. Estava focada em conhecer a pessoa, os seus antecedentes, indo de encontro aos seus valores, á sua cultura, à situação de saúde e doença, à sua história da doença, bem como ás suas expectativas, ao seu projeto de vida, ajudando-a a utilizar os seus recursos internos de forma a esta se adaptar às alterações provocadas pela doença, proporcionando assim a sua participação nas tomadas de decisões, respeitando sempre as suas decisões e negociando sempre as suas dificuldades até conseguir ir ao encontro da satisfação das necessidades encontradas, como intuito de otimizar a autonomia, independência, a melhoria da sua condição de saúde, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida.

Sendo reciproco o respeito manifestado pelas pessoas idosas e seus cuidadores familiares pela enfermeira. Pudemos constatar pela proximidade, afetividade, respeito sentido pela enfermeira, lhes expressam as suas necessidades, dificuldades, muitas vezes com problemas que não estão ligados diretamente com o seu estado de saúde, mas que os preocupavam. Mostrando-se sempre muito recetivos aos esclarecimentos á ajuda que lhe são prestadas em complementaridade nas suas dificuldades.

Mediante esta situação, deparamo-nos com construímos a interação com a pessoa idosa e o cuidador familiar, no processo de transição saúde-doença, Benner (2001, p. 12) “as práticas do Cuidar sejam baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto”, a resposta às suas necessidades, dentro do campo de competências dos enfermeiros, num exercício constante de tomada de decisão.

Temos que ver o doente como um parceiro em que a parceria é o respeito pela sua individualidade e pressupõem para tal uma ação conjunta entre a pessoa idosa e o cuidador no processo de tomada de decisão.

Quando a pessoa idosa não consegue assegurar o controlo do cuidado de si próprio, os enfermeiros emergem no contexto de vida do doente, tornando-se numa continuidade para o cuidado de si à pessoa idosa, assegurando o cuidado do outro á pessoa idosa (Gomes,2013). Podemos perceber ao longo do estágio que é fundamental que os enfermeiros o mais atempadamente capacite os cuidadores familiares de conhecimentos, capacidades e informações sobre recursos da

comunidade que lhe permitam ajudar o seu familiar em alguns autocuidados, na gestão do regime terapêutico e na prevenção de complicações. (Petronilho, 2007)

Nesta equipa podemos constatar que a inclusão e participação dos cuidadores familiares é tida como imprescindível, porque em algumas famílias são eles que estão 24h sob 24h com a pessoa idosa. “O enfermeiro garante que a família adquira capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso” (Gomes,2013), cabe-nos a nós enfermeiros o ensino, a instrução e o treino face à readaptação funcional da pessoa idosa de forma que o cuidador familiar adquira capacidade para assegurar o cuidado do Outro. Pensamos que um dos grandes avanços na área da saúde será quando nós incluirmos sempre os cuidadores familiares na equipa multidisciplinar, como parceiro de cuidados, visto que será assegurado a continuidade de cuidados prevenindo complicações que possam aumentar o seu sofrimento, contribuindo assim na obtenção de ganhos em saúde para a pessoa idosa.

A elaboração de um estudo de caso durante o período de estágio, foi um instrumento que permitiu aprofundar o conhecimento sobre a pessoa idosa, desenvolver a capacidade de observação, análise e avaliação multidimensional à pessoa idosa no domicílio. Ajudou-nos a ficar mais despertas para as dificuldades que a pessoa idosa e o cuidador familiar apresentam no seu quotidiano, sendo áreas como enfermeira especialista a auto desenvolver, percebemo-nos que existem dimensões e contexto da vida da pessoa idosa, que habitualmente não são valorizados no hospital, tais como como ter uma consulta médica em tempo útil, dependência para se ausentar de casa, os recursos económicos, as condições habitacionais, o papel do agregado familiar, a articulação com os recursos da comunidade, são algumas das aprendizagens realizadas como dificultador na gestão dos cuidados. Mas que como enfermeiras especialistas teremos que considerar, para construir uma parceria com a pessoa idosa e sua família, para promover o cuidado de si (Gomes,2013),

Nem sempre a pessoa idosa tem médico de medicina geral e familiar atribuído, então a assistente técnica da UCC, solicita a sua inscrição na unidade de referência.

Mas este procedimento por vezes interfere na qualidade da resposta às necessidades de cuidados do utente, por ser um processo por vezes demorado e com implicações na acessibilidade ao utente.

Podemos constar também, varias situações em que a pessoa idosa necessitava de uma consulta no hospital em que o cuidador familiar é outra pessoa idosa muitas

vezes com limitações físicas, não reunindo condições para fazer esse acompanhamento, agravando-se o facto da falta de disponibilidade para outro elemento do agregado familiar em acompanhar a pessoa idosa.

Algo que também nos parece importante refletir, com a qual nos deparamos, mas não estávamos á espera, é o facto de muitas pessoas idosas dependentes nas suas atividades de vida diária permanecerem em suas casas ou dos seus filhos completamente sozinhos, contanto apenas por alguns períodos do dia, com a presença de profissionais de saúde, e das instituições de apoio, que possuem a chave de casa, que lhes vão assegurar a vigilância, as AVD`s necessárias e acordadas mediante as suas disponibilidades económicas, bem como a nossa acessibilidade para prestarmos os cuidados necessários. Consideramos que esta situação também gera algum sentimento de impotência para os enfermeiros da ECCL, que apesar de se articularem com os parceiros comunitários e terem uma assistente social na equipa, pouco mais conseguem oferecer.

A salubridade e o espaço físico na habitação também foi algo que nos alertou para a necessidade de uma maior intervenção da técnica do serviço social, bem como da importância da articulação com os diversos serviços comunitários existentes e que são por vezes desconhecidos da família. Várias são as famílias carenciadas que encontramos, com necessidade várias: aquisição de uma cama articulada, apoio alimentar, higiene do meio, à necessidade de um dos elementos do agregado familiar disponibilizar o seu quarto e dormir na sala num colchão porque não possuem condições económicas, todas estas situações são um enorme desafio para a enfermeira, na negociação, no encontro de estratégias para ultrapassar estas situações de forma a antecipar complicações e sem esquecer o conforto e bem-estar da pessoa idosa.

Em relação á prevenção de infeção do local cirúrgico existe uma preocupação da equipa de enfermagem em identificar sinais e sintomas de infeção, supervisionar a pele e o local da incisão cirúrgica, na avaliação da cicatrização da ferida cirúrgica, na avaliação do estado nutricional, bem como nos ensinios à pessoa idosa e ao cuidador sobre os sinais e sintomas de infeção, a observação diária da pele e do local em redor á incisão cirúrgica bem como da importância para hidratação, ingestão proteica e calórica de forma a maximizar a cicatrização e reduzir o risco de complicações.

A implementação e manutenção de medidas standards de prevenção e controlo de infeção é uma preocupação da equipa, a higiene das mãos é efetuada na maioria

das situações com a utilização de SABA, embora com algumas não conformidades na sua utilização nomeadamente no antes do contacto com o doente.

O equipamento de proteção individual (EPI) reduz, mas não elimina o risco de transmissão de infeção e só é efetivo se usado corretamente e em cada contacto. Mas o que podemos constatar é que a utilização de equipamento de proteção individual só é efetuada, exceto as luvas, quando as enfermeiras têm conhecimento de um agente multirresistente na pessoa idosa, nessa altura para além dos EPI's existe uma preocupação com os resíduos hospitalares (RH) perigosos do grupo III e IV.

Os RH do grupo III - resíduos hospitalares de risco biológico são resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano, despacho nº242-96 de 13 de agosto. Eles têm que ser depositados em sacos de plástico branco que depois deverão ser acondicionados em contentor de transporte estanque e hermético e transportados até ao ACES, acompanhados de uma guia de transporte interna. Nessa guia deve constar a proveniência do resíduo, o tipo e quantidade de RH transportado e qual o seu destino.

Mas o que podemos observar é que os resíduos do grupo III, produzidos durante a prestação de cuidados no domicílio, são deixados nas casas dos doentes, seguindo posteriormente o circuito normal dos resíduos sólidos urbanos, excepto no doente em que está devidamente identificado um agente multirresistente.

Esta problemática identificada foi partilhada com a equipa de enfermagem da UCC e com a Enf^a Chefe da unidade, onde percebemos que o Controlo de Infeção se encontra incluído na Gestão de Risco, que abrange três áreas: Controlo de Infeção, Gestão de Resíduos Hospitalares e Saúde Ocupacional Interna. O Serviço de Gestão de Risco foi criado em outubro de 2010, tendo sido restaurado em fevereiro de 2013, devido a reconfigurações existentes no ACES.

A equipa Gestão de Risco deste ACES é constituída por um médico coordenador, duas enfermeiras (uma das quais responsável pela comissão de controlo de infeção), um médico responsável pela saúde ocupacional, duas técnicas de saúde ambiental (uma das quais responsável pela gestão de resíduos hospitalares) e uma assistente técnica.

Em cada unidade funcional foram nomeados elementos dinamizadores locais, que articulam com a equipa de Gestão de Risco do ACES e colocam em prática as

suas orientações. Nesta UCC existe um membro dinamizador, um enfermeiro, que é o elo de ligação com a GCL PPCIRA do ACES.

Ao longo do estágio, fomos partilhando com a equipa as dificuldades com que se debatem, bem como o que poderemos fazer para melhorar a articulação entre o hospital e o ACES.

No Agrupamento de Centros de Saúde onde estivemos a estagiar, o Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, integrado no Serviço de Gestão de Risco, definiu como objetivo “Monitorizar os procedimentos realizados pelas Equipas perante a identificação de utentes com microorganismos multirresistentes”. A equipa da UCC desconhecia este objetivo, bem como, a orientação-*Notificação de Microorganismos Multirresistentes*, publicada, nº1/2016 de 16 de junho.

Está orientação refere que após a identificação de um utente com microorganismo multirresistente, o médico deve recolher a informação necessária para caracterizar a situação, preencher o impresso de notificação, informar o médico que integra a Equipa Dinamizadora Local da Unidade Funcional e enviar a notificação para o Serviço de Gestão de Risco.

Articulamo-nos com a enfermeira coordenadora do GCL-PPCIRA do hospital para conhecer se existe em curso, a elaboração de um procedimento no âmbito da integração e continuidade de cuidados para os doentes com microorganismos multirresistentes em ambulatório, em conjunto com o Hospital. Foi-nos referido que atualmente a articulação entre o hospital e os ACES é feita mediante a orientação da norma institucional, ou seja, sempre que se justifique, a notificação do microorganismo, antibiograma e local de isolamento virá mencionada na nota de alta médica e na nota de alta de enfermagem. Podemos constatar que este procedimento também é desconhecido pela equipa da UCC, o que nos fez propor após reflexão conjunta sobre esta problemática com a Enf^a Chefe e a enfermeira orientadora de estágio, o planeamento e execução de uma formação para a equipa de enfermagem da UCC.

A formação realizou-se no dia 19 de outubro de 2016, em que esteve presente 4 enfermeiros da equipa por os restantes estar a efetuar as visitas domiciliárias, nessa formação incidimos sobre as precauções básicas do controlo de infeção e na notificação dos microorganismos multirresistentes.

Esta atividade permitiu-nos o desenvolvimento de competências ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da identificação das

necessidades formativas na equipa de enfermagem, através da reflexão crítica e do questionamento das práticas ao nível do cuidado à pessoa idosa e no controlo e prevenção da infeção, procedendo como elemento facilitador da aprendizagem, demonstrando os ganhos em saúde para a pessoa idosa e competências ao nível da melhoria contínua da qualidade, através da investigação da literatura para aprofundar os conhecimentos como enfermeira especialista que necessitamos sobre a intervenção à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Sentimos que esta formação foi importante para a equipa, esta apresentou-se motivada, interessada sendo todas as questões e reflexões que surgiram muito enriquecedoras. Ficando em projeto da equipa para 2017, a articulação com a enfermeira coordenadora do GCL PPCIRA do hospital para otimizar procedimento, no âmbito da integração e continuidade de cuidados para os doentes com microrganismos multirresistentes em ambulatório.

Outra das preocupações sentidas pela equipa da UCC e pela Enf^a Chefe que nós podemos perceber, foram os registos de enfermagem. A equipa da UCC reconhece que os registos são indispensáveis para assegurar a continuidade dos cuidados, mas são pouco reveladores da singularidade da pessoa idosa. Eles dão realce aos aspetos técnicos, os aspetos emocionais da pessoa idosa, a sua autonomia e capacidade de decisão e os aspetos relativos ao cuidador familiar são pouco expressivos nos registos.

A equipa efetua os registos em Sclinic (uma aplicação informática que une o SAM e o SAPE de forma a existir uma aplicação comum a todos os prestadores de cuidados de saúde), esta permite a otimização do tempo, melhor organização do trabalho, possui uma linguagem padronizada, ajuda na tomada de decisão, permite uma maior facilidade em recuperar dados, de forma a facilitar a comunicação entre a equipa, permitindo maior segurança dos dados registados. No entanto, a pouca familiaridade dos enfermeiros com a tecnologia, a não participação no desenvolvimento dos sistemas, são algumas das desvantagens sentidas pelos enfermeiros, sendo necessário que eles aprofundem os seus conhecimentos sobre os sistemas de informação em enfermagem, conheçam os instrumentos de trabalho que estão ao seu dispor e que rentabilizem os mesmos não descuidando da qualidade dos cuidados prestados.

Nesta equipa estas são também dificuldades sentidas. Embora a equipa discuta as necessidades, os cuidados à pessoa idosa e ao cuidador familiar, demonstram dificuldades na sua implementação quer por falta de reflexão, por não terem participado no processo de decisão, quer por falta de formação da equipa. Ficando definido, após discussão de equipa que este, será também um dos projetos a desenvolver no ano 2017.

Este estágio possibilitou uma variedade de experiências vivenciadas que nos permitiu promover a reflexão, o questionamento das práticas, contribuindo assim para uma prática de cuidados de qualidade à pessoa idosa e ao cuidador. Tendo sido essencial para o desenvolvimento de competências como enfermeiras especialistas no cuidado à pessoa idosa.

Referências Bibliográficas

Decreto-Lei n.º 28/2008. Caracterização Geral e Criação dos Agrupamentos de Centro de Saúde. Diário da República, 1ª Série – N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008.1182-1189. Acedido em 7/10/2016. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Despacho nº 242/96. Normas de Gestão e Classificação dos Resíduos Hospitalares. Diário da República, 2ª Série – nº 187-13 de agosto de 1996.11380-11381. Acedido em 10/10/2016. Disponível em <http://www.cm-santarem.pt/ambiente/cidadania/projectos/Documents/Despacho%20242%20de%2096%20de%205%20de%20Julho.pdf>

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.

Petronilho, Fernando Alberto Soares - Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7


APÊNDICE VIII. Formação Realizada na UCC

7º MESTRADO EM ENFERMAGEM MEDICA-BURGOSA
 VERTENTE PESSOA IDOSA
 UNIDADE CURRICULAR: ESTAGIO COM RELATORIO

**PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS
 CUIDADOS DE SAÚDE NA PESSOA IDOSA**

REGENTE: PROF. DR.ª IDALINA GOMES
 DISCENTE: SANDRA SANTOS, 5380

19 OUTUBRO 2016




A ENFERMAGEM RESULTA DA "FORMA PARTICULAR COMO OS ENFERMEIROS
 ABORDAM A RELAÇÃO ENTRE OS CUIDADOS, A PESSOA, A SAÚDE E O AMBIENTE"

KEROUAC, ET AL. (1994)

O AMBIENTE NO QUAL AS PESSOAS VIVEM E SE DESENVOLVEM É CONSTITUÍDO POR
 ELEMENTOS HUMANOS, FÍSICOS, POLÍTICOS, ECONÓMICOS, CULTURAIS E ORGANIZACIONAIS
 QUE CONDICIONAM E INFLUENCIAM OS ESTILOS DE VIDA E QUE SE REFEREM NO
 CONCEITO INDIVIDUAL DE SAÚDE. NUMA COMPLEXA INTERDEPENDÊNCIA PESSOA/AMBIENTE

ORDEN DOS ENFERMEIROS (2003)




MANTER UM AMBIENTE SEGURO É UMA PREOCUPAÇÃO DA ENFERMAGEM

PROMOVER O BEM-ESTAR; ESTIMULAR O AUTO-CUIDADO E PREVENIR COMPLICAÇÕES.
 OS DESVIOS DE SAÚDE INFLUENCIAM A PREVENÇÃO, CONTROLO E MINIMIZAÇÃO DO SEU
 EFEITO.

DOROTHEA OREM (2001)

A SEGURANÇA DO DOENTE É ENTENDIDA COMO A AUSÊNCIA DE DANOS EVITÁVEIS AO
 DOENTE DURANTE O PROCESSO DE CUIDADOS DE SAÚDE

WHO (2009)




A PARCERIA É UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM QUE PROMOVE O
 CUIDADO DE SI

VÊ A PESSOA IDOSA COMO UM SER DE PROJETO E DE CUIDADO.

O ENFERMEIRO DEVERÁ CONSTRUIR UMA AÇÃO CONJUNTA QUE VISA CAPACITAR A PESSOA
 PARA ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI, QUANDO O DOENTE IDOSO TEM
 AUTONOMIA, RESPEITANDO O SEU RITMO E TEMPO, OU A CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO
 EM QUE O CUIDADO DE SI É ASSEGURADO PELO ENFERMEIRO, QUANDO ESTE NÃO TEM
 AUTONOMIA.

GOMES (2013)




O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO É UM FATOR DE RISCO PARA A INFEÇÃO

OS ENFERMEIROS TÊM UM PAPEL PREPONDERANTE NA SUA IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO,
 CONDUZINDO ASSIM A UMA MINIMIZAÇÃO DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS.

FATORES DE RISCO DE INFEÇÃO NA PESSOA IDOSA:

- > MÚLTIPLAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS
- > VULNERABILIDADE /FRAGILIDADE
- > ALTERAÇÕES COGNITIVAS,
- > DESNUTRIÇÃO
- > PRESCRIÇÃO POR VEZES INADEQUADA E PROLONGADA DE MEDICAÇÃO ANTIBIÓTICA E
 IMUNOSUPRESSORA
- > AUMENTO DE TÉCNICAS INVASIVAS DE DIAGNÓSTICO E DE TRATAMENTO
- > INTERVENÇÕES RECORRENTES E PROLONGADAS.


KAYE ET AL. (2005); LEUCOR (2010)



CONSEQUÊNCIAS DA INFEÇÃO

- > DIMINUIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA
- > AUMENTO DA SUA VULNERABILIDADE E FRAGILIDADE
- > APARECIMENTO POTENCIAL DE INCAPACIDADES
- > SOFRIMENTO HUMANO FÍSICO E PSICOLÓGICO, PROVOCADO PELA NECESSIDADE DE
 ISOLAMENTO
- > AUMENTO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E CONFUSÃO


LEUCOR (2010); MINISTERIO SAUDE (2007); KAYE ET AL. (2005)



CONSEQUÊNCIAS DA INFECÇÃO

- > AUMENTO DA MORBILIDADE E DA MORTALIDADE
- > PROLONGAMENTO DOS TEMPOS DE INTERNAMENTO
- > AUMENTO DAS RESISTÊNCIAS MICROBIANAS PELA PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS
- > CONSUMO ACRESCIDO DE RECURSOS QUER HOSPITALARES, QUER DA COMUNIDADE
- > AUMENTO DOS CUSTOS FINANCEIROS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

LEUCOR (2010); MMSSTERO SAUDE (2007); KAYE ET AL. (2006)




**AS INFECÇÕES ASSOCIADAS CUIDADOS SAÚDE – IACS
CONSTITUEM UMA AMEAÇA À SEGURANÇA DO DOENTE**

É UMA INFECÇÃO ADQUIRIDA PELOS DOENTES EM CONSEQUÊNCIA DOS CUIDADOS E PROCEDIMENTOS DE SAÚDE PRESTADOS E QUE PODE, TAMBÉM AFETAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE O EXERCÍCIO DA SUA ATIVIDADE.

O CONCEITO DE IACS REFERE-SE A TODAS AS UNIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE.

MMSSTERO DA SAUDE (2007)




TAXA GLOBAL DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO HOSPITALAR
P- 10,6% VS UE – 6,1%

DOS 65 85+ ANOS (12,6% VS 10,6%)

LOCALIZAÇÃO DA INFECÇÃO

- INFECÇÃO VMS RESPIRATORIAS 29,3%
- INFECÇÃO VIA URINÁRIA 21,1%
- INFECÇÃO LOCAL CIRÚRGICA 18%
- INFECÇÃO CORRENTE SANGÜÍNEA 8,1%

INQUÉRITO PREVALÊNCIA INFECÇÃO (2012)



O PPCIRA (PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO E DAS RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS), CONSTITUI UM DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS CRIADO EM PORTUGAL 2013


OBJETIVOS:

REDUZIR AS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E A RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS, ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS BASEADAS NA EVIDÊNCIA.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO:


- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
- AVALIÇÃO DE PREVALÊNCIA E DE USO DE ANTIMICROBIANOS
- CAMPANHA DE PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFECÇÃO

DGS (2013)



NÃO HÁ PREVENÇÃO DE INFECÇÃO...

SEM PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFECÇÃO



PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFECÇÃO (PBCI)


OBJETIVO:

PREVENIR A TRANSMISSÃO CRUZADA DAS IACS

DEVEM SER APLICADAS EM TODOS OS DOENTES, INDEPENDENTEMENTE DO SEU ESTADO INFECIOSO, DEVENDO SE ASSUMIR QUE TODO O DOENTE ESTÁ POTENCIALMENTE COLONIZADO OU INFETADO COM MICROORGANISMOS POSSÍVEIS, PODENDO CONSTITUIR SE RESERVATÓRIO OU FONTE POTENCIAL PARA TRANSMISSÃO CRUZADA DE INFECÇÃO.

NÃO HÁ DOENTES DE RISCO. HÁ PROCEDIMENTOS DE RISCO !!!

DGS (2013), DGS (2016)




PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI)

- DESTINAM-SE A GARANTIR A SEGURANÇA DO DOENTE, DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE TODOS OS QUE ENTRAM EM CONTACTO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE.
- A SUA APLICAÇÃO DURANTE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS É DETERMINADA PELO NÍVEL DE INTERAÇÃO ENTRE O PRESTADOR DE CUIDADOS E O DOENTE CONSONTE OS PROCEDIMENTOS A SEREM EFETUADOS E, O GRAU DE EXPOSIÇÃO QUE SE PREVÊ AO SANGUE OU OUTROS FLUIDOS ORGÂNICOS.


NÃO HÁ DOENTES DE RISCO, HÁ PROCEDIMENTOS DE RISCO !!

DGS (2013) - DGS (2016)




PBCI

Aplicar a todos os utentes, mesmo sem conhecer o seu diagnóstico!




1. **CLASSIFICAÇÃO/DESLISTAMENTO DOS DOENTES**
DEFINIÇÃO, CLASS. NÍVEL, CONTROLO, AVALIAÇÃO DO RISCO INICIAL, DO DOENTE PARA A INFECÇÃO (RISCO INICIAL) E DECONTAMINADO
2. **HIGIENE DAS MÃOS**
(INIQUE, NÃO A MÃO LIMPA NA PRESENÇA DE LAJOS RESISTENTES)
3. **ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS**
(IDENTIF. SINTOMAS E PROCEDEMENTOS DE CUIDOS)
4. **USO ADEQUADO DOS EPI**
(USO, MANEIRA, TEMPO, PROCEDIM. DE SAIR E TAMB. ...)
5. **DECONTAMINAÇÃO DO MATERIAL E EQUIPAMENTO**
(MÉTODOS, TEMPO, TEMPERATURA)
6. **CONTROLO AMBIENTAL**
(IMPEDIR O CONTATO DO PACIENTE COM SUPERFÍCIES, CONTROLO DA ENTADA DE SUJEIÇÃO, CONTROLO DA ENTADA DE SUJEIÇÃO, CONTROLO DA ENTADA DE SUJEIÇÃO, CONTROLO DA ENTADA DE SUJEIÇÃO)
7. **MANEJO ADEQUADO DE RESÍDUOS**
(SEPARAR, MANEJO, AÇÃO E ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS)
8. **RECUPERAÇÃO DE RESÍDUOS**
(IMPEDIR O CONTATO DO PACIENTE COM SUPERFÍCIES, CONTROLO DA ENTADA DE SUJEIÇÃO, CONTROLO DA ENTADA DE SUJEIÇÃO)
9. **PRÁTICAS RESOLVIDAS NA PREVENÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INFECÇÕES**
(PRÁTICAS RESOLVIDAS NA PREVENÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INFECÇÕES)
10. **EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE RESÍDUOS**
(EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE RESÍDUOS, EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE RESÍDUOS)

ESEL | DGS | DGS




- AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE CONSTITUEM UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.
- A TRANSFERÊNCIA DE DOENTES ENTRE UNIDADES OU A ALTA HOSPITALAR PODEM CONTRIBUIR PARA A TRANSMISSÃO DESSAS INFEÇÕES.

DGS 2009




- A TRANSFERÊNCIA OU ALTA DE DOENTES COLONIZADOS OU INFETADOS COM MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES DEVE SER ACOMPANHADA DE INFORMAÇÃO PRÉVIA DE FORMA A SER POSSÍVEL IMPLEMENTAR, NA ADMISSÃO DO DOENTE, POLÍTICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO QUE MINIMIZEM O RISCO DE INFEÇÃO CRUZADA.
- NOTIFICAÇÃO DO MICROORGANISMO, ANTILOGRAMA E LOCAL DE ISOLAMENTO


DGS 2009



NOTIFICAÇÃO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

- NO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DE [REDACTED] O GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PCIRA, INTEGRADO NO SERVIÇO DE GESTÃO DE RISCO, DEFINIU COMO OBJETIVO:
 - “MONITORIZAR OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELAS EQUIPES PERANTE A IDENTIFICAÇÃO DE UTENTES COM MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES”.
- NESTA PRIMEIRA FASE, APÓS A IDENTIFICAÇÃO DE UM UTENTE COM MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE, O MÉDICO DEVE:
 - RECOLHER A INFORMAÇÃO NECESSÁRIA PARA CARACTERIZAR A SITUAÇÃO (IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE, MOTIVO DA NOTIFICAÇÃO, INFORMAÇÃO CLÍNICA, RESUMO DA SITUAÇÃO NOTIFICADA E ANTECEDENTES RELEVANTES);
 - PREENCHER O IMPRESSO DE NOTIFICAÇÃO;
 - INFORMAR O MÉDICO QUE INTEGRA A EQUIPA DINAMIZADORA LOCAL, DA UNIDADE FUNCIONAL;
 - ENVIAR A NOTIFICAÇÃO PARA O SERVIÇO DE GESTÃO DE RISCO.

OBJETIVO Nº 12016216021640710140 DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES. AN [REDACTED] Nº 112 DE OUTUBRO DE 2009.



APÊNDICE IX. Estudo de Caso em Contexto Hospitalar

Estudo de caso

Estudo de caso em contexto em contexto hospitalar

A metodologia escolhida para nos ajudar neste percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa na prevenção da infeção em contexto hospitalar foi a elaboração de estudo de caso. Sendo que o local de estágio foi num Serviço Cirúrgico.

Durante o estágio as nossas intervenções de enfermagem foram guiadas/ orientadas através das 5 fases do Modelo de Parceria (2013), nomeadamente: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro, na pessoa idosa.

O guião do processo de construção da parceria à pessoa idosa na prevenção da infeção continua a assegurar-se como um instrumento orientador, vantajoso na intervenção de enfermagem num Serviço Cirúrgico.

REVELAR-SE

É a primeira fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa e “... caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados”. (Gomes,2013, p.99).

Dar-se a conhecer à pessoa idosa

O primeiro contacto que tivemos com a Sra. W foi bastante caloroso, uma vez que a Sra. já tinha estado internada no Serviço. Reconhecendo de imediato a enfermeira orientadora de que nutre um carinho especial por tal com ela diz” foi ela que cuidou de mim e me ajudou a ficar boa “.

De uma forma natural fomos nos envolvendo, fui-me dando a conhecer, respondendo a algumas questões que me foram colocando, o que proporcionou o início de uma relação de confiança mútua.

Uma vez decidido sobre quem fazíamos o estudo e caso, pedimos a sua autorização, explicamos o que pretendíamos, os seus objetivos, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato.

Após a sua autorização, procurámos promover um ambiente favorecedor à interação, respeitando o seu tempo, o seu ritmo, mostrando disponibilidade e promovendo uma escuta ativa. A Sra. W mostrou sempre disponibilidade e cordialidade.

Conhecer a identidade da pessoa idosa

A Sra. W tem 66 anos de idade, gosta de ser tratada por Sra. W, biótipo humano branco. A sua nacionalidade é Portuguesa, natural de uma cidade do litoral. Reside numa cidade a 40 Km do hospital.

Forneceu o seu contacto telefónico e do marido em caso de necessidade á equipa de saúde. Possui a quarta classe, reformada, a sua atividade profissional foi como empregada de balcão num restaurante. A Sra. é casada há 40 anos, com o Sr. X.

Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa

A Sra. vive com o seu marido Sr. X que possui 70 anos. Refere que sempre tiveram uma boa relação. Refere que ele é atento, e preocupado na satisfação das suas necessidades, mas que a incentiva a sua autonomia.

Do casamento resultou uma filha que reside a mais de 200 km, casada, têm uma neta com 4 anos que só está com ela em dias festivos, para sua tristeza. Possui uma relação próxima com a sua filha, embora não estejam juntos com muita frequência e que gosta do seu genro, refere que ele “trata bem das minhas meninas” (sic).

A Sra. W refere que fala por norma duas vezes por semana com a filha por via telefónica. Têm relação próxima com uma irmã que é viúva e atualmente sem filhos, o seu sobrinho teve um acidente de viação e faleceu quando tinha 17 anos. O marido é filho único, não tendo familiares mais próximos. Refere que os seus vizinhos são pessoas idosas, muitas viúvas, com quem tem uma relação de cordialidade, mas sem grande proximidade afetiva. Possui poucos amigos embora tenha uma amiga de longa data que a acompanha em muitas das suas consultas e tratamentos, sempre que o marido não consiga.

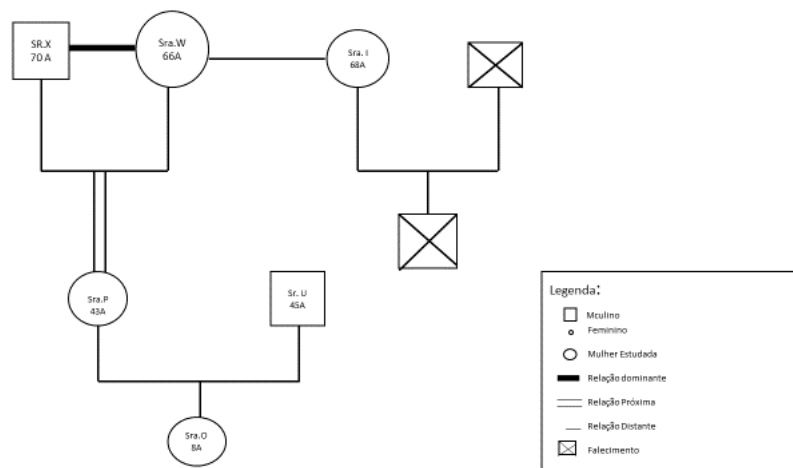
Pelo facto de a filha não apoiarem nas necessidades do quotidiano, a Sra. W providenciou apoio para a limpeza semanal da casa e da roupa através de uma

empregada doméstica, que por vezes também ajuda na confeção de algumas refeições, a restante é efetuada pelo marido e algumas são providenciadas pelo restaurante que ela trabalhava.

A Sra. é acompanhada há vários anos numa USF pelo Dr. K, com quem possui uma boa relação.

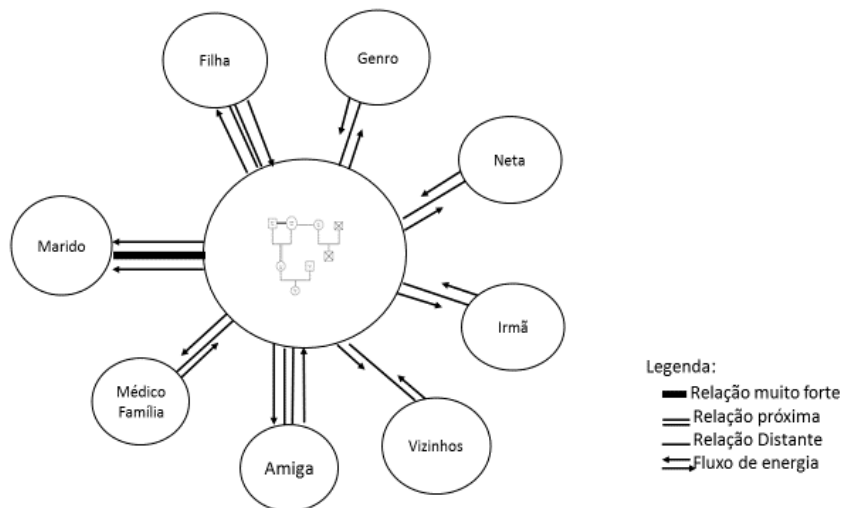
Elaboramos de forma esquemática o Genograma da família da Sra. W, ilustrado em seguida, que permite de uma forma simples perceber a composição do agregado familiar e evidencia a dinâmica familiar e as relações entre seus membros (Pereira et al 2009).

Ilustração 1 - Genograma da Sra. W.



Também elaboramos o ecomapa respeitante à Sra. W, que representa as relações sociais entre a família e a comunidade, ajudando a avaliar as redes, os apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família (Pereira et al 2009).

Ilustração 2 – Ecomapa da Sra. W.



O casal reside em casa própria, num prédio de 4º andar, com elevador. A casa segundo a mesma apresenta boas condições de salubridade, boa luminosidade, arejada e com boas condições de limpeza.

A Sra. W gosta de ver televisão, não perde a novela da noite e gosta de fazer renda, tem imensas toalhas, naperons e lençóis bordados por ela e têm oferecido muitos á filha, refere que lhe fez todo o enxoval, algo que se orgulha imenso.

Gosta muito de passear com o seu marido, já viajou por diversos países, donde têm imensas boas recordações, adora praia, no verão passado teve de férias numa estância turística mais o marido fora do país.

Atualmente, passa muito tempo na sala a ver televisão, não lhe apetece fazer nada, nem sair, refere que só sai de casa para ir ao médico, sente-se triste, feia, e acha que quando sai as pessoas ficam sempre a olhar para ela, com “ar de coitadinha” (sic), pelo facto de ter de usar um lenço na cabeça ou um gorro, motivado pela ligeira alopecia devido inicialmente á tricotomia efetuada na cirurgia e aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia á posterior. Sendo uma grande preocupação para si, o ter de voltar a fazer novos tratamentos ter que efetuar novamente radioterapia todos os dias, e o cabelo nunca mais crescer. Pensa muitas vezes se a ida de férias no verão terá sido a ultima vez, refere que gostaria imenso de voltar a ir para a praia, ir de férias e de poder sair “sem lenços na cabeça”.

A situação económica não parece ser indicadora de dificuldades, ambos usufruem de reforma.

Conhecer a história de doença da pessoa idosa

A Sra. W. refere que cerca de uma semana antes da ocorrência do incidente apenas sentia a “cabeça pesada”, sem qualquer outra queixa. No dia 24/10/2016 encontrava-se como o seu marido em casa, e começou a sentir o braço esquerdo pesado, não o conseguia mexer e não tinha força na perna esquerda, no qual resultou uma queda, o marido percebeu que algo poderia não estar bem e chamou os bombeiros. De imediato foi levada ao serviço de Urgência do hospital da sua área de residência. Após avaliação clínica e contacto telefónico foi transferida para um hospital da ARSLVT, por necessidade de observação e cuidados específicos que não possuem.

Fez alguns exames complementares de diagnóstico e foi-lhe diagnosticado Glioblastoma Multiforme, tendo sido no dia 31/10/2016 submetida cirurgicamente a Craniotomia parietal direita guiada por neuronavegação, com remoção total macroscópica da lesão cerebral. O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

Esteve internada no serviço de 24 outubro a 4 novembro de 2016, o que para a mesma foi uma experiência agradável, apesar da evolução favorável do seu estado clínico, com melhoria da hemiparesia esquerda, iniciou o programa de reabilitação ainda no serviço pelos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação (treino de deambulação e ortoestatismo). No dia 4/11 teve alta clínica e foi dada continuidade pelo Serviço de Fisiatria ao programa de reabilitação já iniciado no domicílio, referindo que recuperou totalmente da hemiparesia esquerda.

Após alta foi encaminhada para realizar penso no centro de saúde, e para consulta de NeuroOncologia, onde iniciou tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia. Fez 30 sessões de radioterapia e o último ciclo de Quimioterapia terminou a 23/1/2017.

No dia 7/2/2017 recorreu novamente à urgência por um quadro de tonturas, cefaleia pericatricial associada a drenagem de conteúdo purulento (região parietal posterior) com uma semana de evolução. A Sra. refere que recorreu ao seu médico assistente e que lhe foi prescrito antibiótico (Amoxicilina + Ácido clavulânico), mas por aumento do conteúdo purulento e da cefaleia recorreu ao Serviço de Urgência.

Foi internada por deiscência da ferida craniana na região parietal direita na porção inferior com drenagem purulenta à expressão. Fez colheita do exsudado purulento para microbiologia, iniciou antibiótico. Na observação clínica efetuada não apresenta outras queixas, nem défices neurológicos.

No dia 8/2 foi submetida limpeza cirúrgica craniana. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, não apresenta défices neurológicos, sutura operatória sem sinais inflamatórios e no dia 10/02/2017 têm alta clínica para o domicílio com indicação para realizar penso de 3 em 3 dias e antibioterapia durante mais nove dias. E tem nova consulta de NeuroOncologia dia 17/02/2017.

Não apresenta antecedentes pessoais relevantes, exceto o Glioblastoma Multiforme operado em 31/10/2016. Não têm alergias ou hábitos aditivos.

Ela não está polimedicada de acordo como o conceito de (Henriques,2011), ela não toma 6 medicamentos em simultâneo. É autónoma na gestão da sua medicação. No domicílio realiza o seguinte regime de medicamentos, descritos em seguida.

Tabela 1- Regime medicamentoso da Sra. W

Medicamento	Grupo Farmacológico	Via	Dose	Horário
Medrol	Corticosteroides	Oral	16mg	1 comp 8/8h
Levetiracetam	Antiepiléticos e anticonvulsivantes	Oral	500mg	1 comp 12/12h (p. almoço, jantar)
Diazepam	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	Oral	10mg	1 comp (deitar)
Amoxicilina + Ac. Clavulânico	Antibacterianos	Oral	875/125mg	1comp 8/8H

Conhecer a história de infeção de local cirúrgico

Durante o primeiro internamento hospitalar em novembro de 2016 foi identificada a necessidade de manutenção de cuidados de enfermagem e de reabilitação. Os cuidados de reabilitação foram efetuados no hospital da sua área de residência no serviço de fisioterapia, tendo a mesma recuperado a sua hemiparesia esquerda na

totalidade. Os cuidados pós-operatórios necessários à sua ferida cirúrgica, foram efetuados na sua unidade de saúde. Refere que não existiu qualquer intercorrência durante a realização dos pensos, tendo retirado os agrafos catorze dias após cirurgia, na consulta de Neurocirurgia do hospital e que o neurocirurgião lhe referiu estar sem sinais inflamatórios e cicatrizada.

A infeção do local cirúrgico pode ocorrer nos primeiros trinta dias no local da incisão cirúrgica ou próximo dela, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/ transplante (DGS, 2013).

No dia 1/2/2017 iniciou um quadro de cefaleias e dor no local da incisão cirúrgica, por manter queixas e apresentar drenagem de conteúdo purulento em pequena quantidade pela incisão cirúrgica foi observada pelo médico assistente da sua unidade de saúde familiar e iniciou antibiótico de 12/12h. No dia 7/2/2017 por manter queixas e drenagem de conteúdo purulento mais acentuado, dirigiu-se à urgência do Hospital onde tinha sido intervencionada cirurgicamente, ficando internada. No dia 8/2/2017 foi submetida a abertura de ferida craniana com desbridamento dos bordos e limpeza da mesma. No protocolo operatório está mencionado que o retalho ósseo apresentava bom aspeto.

No dia 08/2/2017, na admissão ao serviço efetuamos a entrevista à Sra. W e observamos que apresenta solução de continuidade da ferida operatória com saída de exsudado purulento (região parietal posterior) e foi efetuada a avaliação da dor, através da Escala Numérica, sendo solicitado ao doente que classificasse a intensidade da sua dor de acordo com a equivalência da classificação numérica 0 a 10, sendo 0 correspondente à classificação “Sem Dor” e 10 classificada “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável), (DGS,2003). Ela classificou a dor como “dor ligeira” (avaliação da dor através da Escala Qualitativa), sendo a classificação numérica indicada pela Sra. de 2.

No dia 9/02/2017, a doente classificou a dor como “dor moderada” e a classificação numérica indicada foi de 4. Fez 1gr de paracetamol e 2h após classificou -a de 1. Apresentava o penso operatório limpo e seco.

No dia 10 /02/2017 após a realização do tratamento à ferida cirúrgica, a Sra. referiu dor tipo moinha, que nesse momento a classifica como “dor ligeira” (avaliação da dor através da Escala Qualitativa), foi-lhe administrado paracetamol 1gr, que surtiu efeito. Sutura operatória com bordos unidos, sem sinais inflamatórios, sem exsudado e a Sra. W teve alta clinica.

Durante o internamento hospitalar foi identificada a necessidade de manutenção de cuidados de enfermagem, sendo encaminhada para a sua unidade de saúde, para que seja efetuado os cuidados pós-operatórios necessários à sua ferida cirúrgica de 3 em 3 dias.

ENVOLVER-SE

A segunda fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa é o envolver-se e “...*caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...*” (Gomes,20013, p.100).

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

Procurámos a construção de processo de parceria com a Sra., respeitando a sua identidade, a sua intimidade, procurando conhecer as suas necessidades e potencialidades, utilizando um tom de voz adequado, olhando para a mesma, formulando questões curtas e concretas de forma a facilitar a sua compreensão, de forma a planear e privilegiar o tipo de informação necessária para a tomada de decisões clinicas que fossem de encontro às suas necessidades de cuidados.

A Sra. W encontrava-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Apresentava uma idade aparentemente coincidente com a real. Tinha um comportamento e atitudes adequados, utilizando um discurso fluente e perceptível.

Apesar de não nos parecer apresentar alterações cognitivas, procedemos à avaliação do estado mental, através da avaliação estruturada da função cognitiva (Mini -Mental State Examination de Folstein) obtendo-se uma pontuação final de 24 num total 30, indicador sem defeito cognitivo.

Ao longo das interações com a Sra., notávamos alguma tristeza pela sua preocupação em perspetivar a sua evolução, em ter de retomar os tratamentos de quimioterapia /radioterapia, pareceu-nos pertinente a mobilização da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, obtendo uma pontuação final de 10 num total de 15, indicador de depressão ligeira.

Em relação ao estado funcional, a Sra. aparentemente parece ser independente. Mas tendo em conta a hemiparesia anteriormente apresentada, as tonturas e cefaleias que referiu, pareceu-nos pertinente a avaliação da:

Gau de autonomia na marcha, através da Escala da Marcha de Holden, situa-se na categoria 3- Marcha dependente com supervisão.

Capacidade funcional para a realização das atividades de vida diárias, recorremos ao Índice de Barthel, em que obteve a pontuação de 75 pontos num total de 100, indicador de dependência. Necessita de ajuda para a sua higiene pessoal, tomar banho e vestir-se.

Para a avaliação da capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diária, recorremos ao Índice de Lawton e Brody, em que apresentou uma pontuação de 2 pontos num total de 8, indicador de dependência grave. Verifica-se que necessita de ir acompanhada para efetuar qualquer compra, não participa em qualquer tarefa doméstica, sendo a responsabilidade de assuntos financeiros assegurada pelo marido.

Pela manifestação de tonturas, hemiparesia, e queda no anterior internamento, verificou-se a importância da avaliação do risco de queda, através da Escala de Morse, bem como do risco de úlceras de pressão através da Escala de Braden.

Relativamente à Escala de Morse, obteve 35 pontos num total de 150 pontos), indicador de um baixo risco de queda. Deve-se à presença de diagnóstico secundário, e à terapia intravenosa.

Quanto à Escala de Braden, apresentou uma pontuação de 21 pontos, indicando baixo risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto. Obtendo a pontuação mais baixa no nível de atividade física atividade e na nutrição.

Em relação a antropometria, refere ter cerca de 60Kg (afirma que diminui o peso nestes últimos meses) e ter cerca 1,55m. Apresenta valor de Índice de Massa Corporal (IMC) = 25, encontrando-se na classificação de excesso de peso. Realizou-se a triagem através do Mini Nutricional Assessment em que obteve a pontuação de 9 pontos, o que a coloca sob risco de desnutrição. Para uma avaliação mais detalhada foi efetuada avaliação global, obtendo-se a pontuação de 24 pontos, indicador de estado nutricional normal.

Refere que utiliza óculos apenas para ler e ver televisão, não apresenta alterações na audição, nem no tato. Refere que o seu padrão de sono não se alterou, dorme bem.

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

A Sra. W. referiu-nos ainda sentir-se com recursos para manter-se independente e autónoma, na sua casa. O seu maior desejo em relação à sua saúde é a recuperação desta nova intervenção cirúrgica, "que não volte a infetar" (sic), e que inicie os novos tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia o mais rápido possível (algo que ainda desconhece).

Desta forma percebemos que existe uma dificuldade sentida em perspetivar a melhoria do seu estado de saúde, uma incerteza que se prende com a eficácia da cirurgia, com o retorno dos possíveis tratamentos, bem como de recuperar o seu desempenho funcional, vivendo por isso sentimentos de ansiedade.

Desta forma procuramos escutar de forma ativa, as suas preocupações, proporcionando em ambiente facilitador para a Sra. W. descrevesse as suas angústias e medos.

Cabe ao enfermeiro a preocupação de promover, tornar os seus sonhos em realidades, ele possui um papel fundamental na promoção da esperança.

Nesse sentido, foram propostas algumas intervenções de forma a capacitar a Sra. W. no sentido da promoção do cuidado de si, tornando perceptível as suas capacidades potenciais e reais e indo de encontro às suas expectativas, que para si, são significativas e vão de encontro ao seu projeto de vida e saúde. Tentamos de forma conjunta, o envolvimento e capacitação da Sra. W. e também do marido, que assumiu o papel de acompanhante durante este internamento.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

A terceira fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa é capacitar ou possibilitar, que "...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir..." (Gomes,2013, p.101).

No caso de a pessoa idosa não ter condições para decidir e assumir os seus próprios cuidados, cabe ao enfermeiro "...a responsabilidade do cuidado que o Outro devia ter consigo próprio ou ajudando a capacitar a família para cuidar da pessoa idosa" (Gomes,2013, p. 103).

A intervenção durante o tempo que permaneceu internada recaiu na informação e na reflexão conjunta sobre a nova condição de saúde após a cirurgia, na prevenção de complicações associadas à infeção, na gestão do regime terapêutico, que permitiram a sua capacitação de forma a assumir o cuidado de si e promover a sua independência para que esta possa prosseguir com o seu projeto de saúde e vida, no regresso a casa.

No dia seguinte após a cirurgia pudemos constatar que a Sra. W de uma forma constante mexia no penso cirúrgico, foi-lhe questionado o porque deste procedimento, a que nos referiu que sentia necessidade de perceber se o penso não estava "molhado" e que sentia um "picar" no local da sutura. Perante esta observação realizada, foram reforçadas informações/conhecimentos e definidas estratégias em parceria com o Sra. W., ficando o compromisso que não irá manusear o penso, visto este cobrir a ferida, atuando como barreira física para a contaminação do ambiente externo e servir como absorvente do exsudado caso exista, bem como da importância da higiene das mãos sempre que exista qualquer contacto com o local de incisão.

Foi reforçado junto do Sra. W., que poderá sentir desconforto, com a sensação de picar e que esta se prende com a presença dos pontos, que permanecerão cerca de 10 dias até serem retirados.

Incidu-se na explicação da sua importância, no incentivo e motivação à prevenção de complicações associadas á infeção, bem como á adesão ao regime terapêutico no sentido de transformar as suas capacidades potenciais em reais, de forma a que esta possa assumir o cuidado de si.

Procurarmos sempre respeitar o seu ritmo, tendo em conta a sua vontade, de forma a que esta sentisse que têm liberdade para tomara as suas decisões e sobretudo que são respeitadas, que têm controlo sobre a sua vida, não impondo a realização de intervenções planeadas caso a mesma não se sentisse motivada para a sua realização, existia sempre um processo de negociação conjunta.

Sempre que a Sra. alcançava os objetivos propostos, era elogiada, era lhe dado reforço positivo, promovendo a sua auto estima e impulsionando o seu crescimento

peçoal. Mas ao contrário, nas suas dificuldades também se procurou a reflexão conjunta para compreender melhor a singularidade do seu percurso de assumir o controlo do cuidado de si.

Neste percurso de capacitação, as oportunidades de aprendizagem, também foram momentos de aprendizagem para nós, através da observação da interação da enfermeira com a Sra. W. e com o marido. Podemos verificar a relevância do planeamento da intervenção, a nível da prevenção de infeção do local cirúrgico, em que foi ensinado e instruído e treinado sobre a avaliação e cuidados com a pele nomeadamente a sua observação diária, tendo especial atenção aos sinais e sintomas de infeção que devem estar atentos, do facto de não poderem molhar os pensos, da importância da substituição do penso como prescrito e no caso deste se encontre molhado, sujo ou repassado, bem como nos cuidados a ter para minimizar o risco de transmissão de infeção, em que a enfermeira incidiu na lavagem das mãos, na limpeza da habitação, na mudança de roupa da cama, na lavagem da roupa, desta forma está a contribuir para a prevenção dos riscos para a vida humana e para o bem-estar humano.

Concomitantemente aprendemos quais os fatores mais comuns que podem contribuir para as quedas nas pessoas idosas, relacionado com a própria pessoa ,tais como a dor, as perturbações do equilíbrio como as tonturas(sensação de movimento da própria pessoa relativamente ao meio envolvente, que se encontra imóvel).A tontura é uma sensação de desconforto a nível da estabilidade, com sensação de oscilação, de mal-estar ou até mesmo de cabeça vazia, que nem sempre se relacionam com o sistema vestibular, Araújo (2007). Provocam limitação física e psíquica, a pessoa pode ter sentimentos de angustia, ansiedade e até pânico por sentir os sintomas, podendo levar na pessoa idosa á dependência e limitação das suas atividades diárias, bem como medo de desempenhar as tarefas diárias sozinho.

As alterações do equilíbrio podem ser de origem vestibular ou não, tais como a patologia do sistema nervoso central, doenças cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, entre outras.

Desta forma, as alterações do equilíbrio constituem um verdadeiro problema, visto as elevadas taxas de mortalidade e de morbilidade associadas a quedas na pessoa idosa, assumindo particular relevância pela repercussão na qualidade de vida da pessoa, Araújo (2007).

COMPROMETER-SE

De acordo com o modelo de parceria, existe uma quarta fase na construção o processo de parceria com a pessoa idosa que se designa por comprometer-se, "...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa..." (Gomes,2013, p.103).

O plano de cuidados vai ao encontro da identificação da situação de cuidados efetuada anteriormente, tornando visível o esforço conjunto entre a enfermeira e a Sra. W e os objetivos traçados de forma a promover o cuidado de si, ou assegurar o cuidado do outro através da intervenção do cuidador familiar, com vista a promover uma transição progressiva da capacidade potencial, para a capacidade real, a fim de poder continuar com a sua trajetória de vida (Gomes,2013).

As intervenções focalizaram-se na continuidade dos cuidados pós-operatórios e na identificação de estratégias que permitam a resolução dos problemas identificados.

No plano de cuidados são identificados os problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos pela Sra. W. e visa tornar visível o esforço conjunto entre a enfermeira e a Sra.W na promoção do Cuidado de Si.

Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Compromissos estabelecidos em Parceria	Avaliação
<p>Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage) manifestado por ter abandonado muitas das suas atividades e interesses, sentir-se aborrecida, inútil, sem energia e não se sentir feliz na maioria do tempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar os recursos familiares disponíveis -Prevenir o isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a escuta ativa -Facilitar a expressão de emoções e dificuldades -Elogiar os esforços na socialização -Promoção da esperança na recuperação da sua independência -Maximizar a autonomia nas AVD -Incentivar á retoma de atividades de lazer 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilidade por parte da enfermeira para a escuta ativa, encorajando a comunicação expressiva de emoções -Comprometeu-se a continuar a cuidar de si mesmo, pentear o cabelo, a cuidar da sua imagem, a escolher a roupa diariamente. -Ajudar em pequenas tarefas domésticas -Retomar atividades de distração e lazer 	<ul style="list-style-type: none"> -A enfermeira estabeleceu uma relação de confiança com a Sra. preocupando-se com as necessidades manifestadas e em realizar os seus sonhos, usando estratégias tendo em conta a sua autonomia. -No dia alta clinica após a higiene, pudemos constara que existiu preocupação em cuidar do seu cabelo, e na escolha do lenço com a roupa que irá vestir. -Retomar a leitura, e manifestou interesse em retomar a renda quando regressa-se ao domicilio.
<p>Disposição para conhecimento melhorado relacionado com os cuidados após cirurgia, manifestado por interesse da Sra. W e marido</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Possuir conhecimentos que os capacitem para assegurarem os cuidados ao local operado -Adquirir competências para gerir eficazmente o seu processo de recuperação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a disponibilidade para aprender - Identificar barreiras à aprendizagem -Educar sobre a importância de prevenir complicações associadas à infeção, e aderir ao regime medicamentoso -Validar os conhecimentos dando espaço e tempo para que possa praticar na presença da enfermeira -Promover o envolvimento do marido -Registrar a monitorização das intervenções educativas 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstrar conhecimentos sobre os cuidados relacionados com: a prevenção de complicações associadas à infeção e à adesão do regime medicamentoso -Identificar sinais de complicações operatórias 	<ul style="list-style-type: none"> -Desconhecimento sobre alguns dos cuidados relacionados com a prevenção de complicações -Apreensão sobre a adesão ao regime medicamentoso -Desconhecimento de alguns dos sinais de complicações operatórias

		<ul style="list-style-type: none"> -Mostrar disponibilidades para que ambos possam verbalizem quais os seus receios e dificuldades no regresso a casa -Referenciar através de carta de alta de enfermagem, para os cuidados de saúde primários da sua área de residência. 		
Risco de infeção relacionada com procedimento cirúrgico	-Prevenir infeções	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre sinais e sintomas de infeção (febre, rubor local, edema, drenagem purulenta) -Supervisionar a pele e o local da incisão cirúrgica -Executar tratamento á ferida cirúrgica -Avaliar a cicatrização da ferida cirúrgica - valiar dor -Monitorar a temperatura corporal 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliação diária, pelo cuidador familiar, da pele em redor da incisão cirúrgica e da integridade do penso -Avaliação da cicatrização da ferida cirúrgica 3/3 dias (tempo definido para a realização do tratamento à ferida cirúrgica) -Avaliação da dor -Avaliação da temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> -Desconhecimento de alguns dos sinais e sintomas da infeção. -Desconhecimento da importância da avaliação diária da pele e do penso pelo cuidador familiar -8/02/2017 - “dor ligeira” avaliada pela escala Qualitativa da Intensidade da Dor, fez analgésico com efeito -8/02/2017-Avaliada temperatura timpânica, 37,4°C -9/02/2017- “dor moderada” pela escala Qualitativa da Intensidade da Dor, fez analgésico que surtiu efeito -9/02/2017-Avaliada temperatura timpânica, 36,9°C -09/02/2017 - Cicatriz operatória sem sinais inflamatórios, bordos unidos, sem exsudado purulento -10/02/2017- “dor ligeira” pela escala Qualitativa da Intensidade da Dor, após realização do tratamento á ferida cirúrgica, fez analgésico que surtiu efeito -9/02/2017-Avaliada temperatura timpânica, 36,3°C -10/02/2017 - Cicatriz operatória sem sinais inflamatórios e sem exsudado purulento
Higiene pessoal prejudicada, relacionada com a com a		-Orientar para o planeamento prévio do cuidado	-Orientar o marido para o planeamento e supervisão do banho	

<p>presença do penso operatório na cabeça</p>	<p>-Realizar com supervisão o banho completo no poliban</p>	<p>-Instruir a lavagem do couro cabeludo, conforme a capacidade de autocuidado, respeitando a integridade do penso operatório</p> <p>-Instruir para o cuidado do banho, de forma a capacitar, para a realização da atividade</p> <p>-Assegurar as condições de segurança (barras de suporte, tapetes de borracha)</p> <p>-Assegurar a acessibilidade a todos os artigos de tolete, tolhas e roupa</p> <p>-Incentivar para a importância da realização das atividades, que irá promover a sua independência</p> <p>-Investigar as necessidades de aprendizagem</p>	<p>-Instruir a lavagem do couro cabeludo</p>	<p>-Não consegue efetuar a lavagem da cabeça, necessita de ajuda do marido</p> <p>-Desconhecimento sobre a técnica de lavagem do couro cabeludo</p> <p>-Desconhecimento sobre algumas das condições de segurança (Ex: barras de suporte).</p> <p>-10/02/2017- Realizado banho com ajuda e supervisão de enfermagem.</p>
---	---	---	--	---

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Na construção do processo de parceria com a pessoa idosa , de acordo com o modelo de parceria ,existe uma quinta fase que se designa por assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro,“...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103).

Podemo-nos aperceber ao longo da construção do processo de parceria, da complexibilidade em lidar com a pessoa idosa, num contexto de vulnerabilidade e dependência em que a necessidade de ter tempo e espaço para construir uma relação é fundamental, para ajuda-la a prosseguir no seu projeto de vida e saúde.

Ao longo do tempo de internamento, foram identificadas algumas necessidades, para a Sra. W assumir o cuidado de si e o marido assegurar o cuidado á esposa. Houve necessidade de se planearem objetivos, para tal foi fundamental a negociação das estratégias a adotar, estando sempre presente as prioridades da mesma. No dia da alta, antes do seu regresso a casa, foram validadas com a Sra. W. as intervenções educativas anteriormente realizadas. Este momento foi partilhado com marido, embora, o que se pretenda é o desenvolvimento de competências na Sra. W. para assumir o cuidado de Si e ter controlo no seu projeto de vida e saúde.

Verificamos que a Sra. W demonstrou ter adquirido conhecimento ao nível da sua nova condição de saúde, da prevenção de complicações associadas à infeção, dos exercícios de estabilização ocular que lhe foram indicados e do regime terapêutico.

No momento da alta, foi demonstrada disponibilidade para esclarecer alguma dúvida por parte da Sra. W. e o marido. Foram reforçadas as intervenções educativas, entregue carta de alta de enfermagem, nota de alta médica, marcação de consulta de seguimento e prescrição eletrónica medica (medicamentos).

Desta forma a Sra. W. detinha conhecimentos que lhe permitiam regressar a casa estando capacitada para assumir a tomada de decisão a nível do cuidado de si

e do seu projeto de vida e saúde. O seu marido estava envolvido no processo e também capacitado para assumir o Cuidado do Outro em caso de necessidade.

Reflexão Final

A realização deste estudo de caso segundo o processo inerente ao modelo da parceria, contribuiu para uma melhor compreensão de cuidados centrada na pessoa idosa. Permitiu conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa e compreender o impacto que a situação de doença tem no seu percurso de vida, de forma a ajuda-la a assegurar o seu cuidado e si ou caso esta não tenha autonomia o cuidado de si é assegurado pela enfermeira ou pelo cuidador familiar, para que a pessoa idosa independente da circunstancia “possa assumir o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde ou prosseguir a sua trajetória de vida” (Gomes.2013).

A avaliação da pessoa idosa de uma forma multidimensional, com recursos a instrumentos de avaliação multidimensional, possibilitou desenvolver um conhecimento da pessoa idosa ao nível de várias dimensões. Permitiu que se identificassem as necessidades de cuidados, de forma a adequar as intervenções do cuidado de enfermagem às suas reais necessidades, fundamentando desta forma a tomada de decisão.

O conhecimento que se tem da multidimensionalidade da pessoa idosa, é essencial para o desenvolvimento de um cuidado em parceria, centrado numa intervenção individual e dirigida, que permita desenvolver e transformar capacidades potenciais em capacidades reais, com a intenção de capacitar a pessoa idosa para promoção do cuidado de Si. Para tal é fundamental que exista uma harmonia entre a enfermeira e a pessoa idosa, uma autentica relação de confiança mutua, permitindo á enfermeira centrar-se na necessidade que foi expressa pela pessoa idosa, utilizando estratégias, que irão ajudar a pessoa, a utilizar os seus recursos internos para se adaptar ás alterações provocadas pela doença, a participar nas tomadas de decisões, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida. Sem duvida que esta é uma das nossas responsabilidades como enfermeira especialista nos cuidados às pessoas idosas “porque as pessoas vivem de acordo com as suas prioridades e prosseguem o que é importante para elas” (Gomes,2013).

Para o meu desenvolvimento profissional, considero que esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista à pessoa idosa. Através da aplicação do modelo de parceria, foi-me possível desenvolver competências a nível relacional, de comunicação com a pessoa idosa, conhecer e aplicar os instrumentos de avaliação multidimensional na pessoa idosa, permitindo desta forma o desenvolvimento da minha capacidade de análise e reflexão.

Referências Bibliográficas

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-65.
- Araújo, P. (2007) - A vertigem e as alterações do equilíbrio. *iesspro*, 1,3-9 Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série -N.º 28 -10 de fevereiro de 2015. 3882-(2) -3882-(10). Acedido 16/10/2016 Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (2), 153-161. Acedido a 10-11-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>
- DGS (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Acedido em 16-10-2016. Disponível em: <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>
- DGS (2011). Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Prevenção da Infecção do local Cirúrgico*. Lisboa: DGS
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.

International NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2012-2014*. Brasil. Artmed.

Ministério da Saúde (2005). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas- Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Moraes, E.N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília/ DF: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em 16/10/2016. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*. Lisboa. SPMI

Pereira, A. P.S, Martins Teixeira, G.; Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúdeda família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 407-416. Acedido: 18-10-2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

APÊNDICE X. Reflexão do estágio GCL-PPCIRA

Reflexão sobre o Estágio GCL- PPCIRA

Durante o período de 31 de outubro a 11 de novembro de 2016, efetuamos um estágio no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) no hospital da ARSLVT, com o objetivo de observar, participar, nas atividades preconizadas para a prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, nomeadamente na implementação da norma da DGS “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Local Cirúrgico.

Pretendemos demonstra ao longo desta reflexão, a atividade que foi desenvolvida, as aprendizagens adquiridas, a articulação entre os serviços e quais as suas implicações na prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.

A criação do GCL-PPCIRA surge no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho nº 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 38, sendo assim objeto de fusão o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, ao qual foi dado o carácter de Programa Prioritário de Saúde (DGS, 2013).

Este programa prioritário tem como objetivos gerais a redução da taxa de IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde), a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência aos mesmos, (DGS,2013).

O GCL-PPCIRA surge neste hospital a 5/09/14, por deliberação do Conselho de Administração, de acordo com o despacho nº 15423/2013 de 26 de novembro de 2013, do Diário da República 2ª Série, dando-se a fusão da Comissão de Controlo de Infeção com a Comissão de Antibióticos do hospital.

O GCL-PPCIRA é um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, composto por uma equipa multidisciplinar, entre 6 médicos, 2 farmacêuticas, 4 enfermeiros, 1engenheiro e 1administradora.

Têm como objetivo prevenir, detetar e controlar infeções associadas aos cuidados de saúde, promovendo ações nesse âmbito, em articulação com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais.

A política do grupo assenta em 9 vertentes:

- Programas de Vigilância Epidemiológica das Infeções;

- Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos;
- Isolamento de Doentes;
- Controlo de Surtos de Infeção,
- Manual de Boas Práticas de Controlo de Infeção;
- Auditorias de Controlo de Infeção;
- Formação Contínua e Investigação sobre Controlo de Infeção;
- Reprocessamento de Dispositivos Médicos Reutilizáveis
- Colaboração do GCL-PPCIRA com os Serviços, Grupos e Comissões do Hospital.

Outra das intervenções estratégicas do grupo é a vigilância epidemiológica das IACS no HGO, que se subdivide em 3 Programas:

- Vigilância Epidemiológica (VE) de “agentes problema”
- VE das infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)
- VE de Hospital in Europe Link for Infection Control Through Surveill-lance (HELICS) nos serviços de Cirurgia e UCI.

No Programa VE de “agentes problema” é efetuada a monitorização diária com base nos resultados laboratoriais de microbiologia sendo identificadas as situações de alto risco e/ou surtos e o seu acompanhamento com notificação aos serviços. O enfermeiro dinamizador analisa os resultados e providencia as corretas medidas necessárias que poderão ser medidas de barreira ou medidas de isolamento. Nestas situações é de extrema importância o papel do enfermeiro que necessita de envolver o doente/família como parceiro dos cuidados.

O Programa VE das INCS, que neste momento se encontra implementado em apenas 7 serviços do HGO, está proposto para implementação a todos os serviços deste Hospital.

O Programa VE- HELICS, embora exista a adesão formal dos serviços de Cirurgia Geral e UCI desde 2014, ainda não foi dada formação, nem acesso às plataformas, mas faz parte do plano de ação do grupo para 2017.

Foi-nos transmitido que existe défices de recursos materiais e humanos nomeadamente no apoio estatístico para o tratamento de base de dados, programa informático para a VE, de um sistema informático agregador de VE e consumo de antimicrobianos, bem como horas para os membros dinamizadores dos serviços

possam desenvolver as ações definidas, como para a formação contínua à equipa multidisciplinar do serviço.

Atualmente o grupo está envolvido na implementação da Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, onde terminou formação aos diversos membros dinamizadores para darem início às auditorias clínicas nos próprios serviços.

Outra das intervenções que faz parte do plano de ação é a implementação da norma nº 020/2015 DGS de 15/12/2015 - “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.

Durante este período participamos de forma ativa na articulação com diversos elementos dos serviços do hospital para se otimizar os itens do algoritmo clínico e colaboramos com o grupo na reformulação da norma de procedimento geral existente de 2013- Medidas de Prevenção e Controlo das Infeções da Ferida Operatória, que atualmente se encontra em revisão pelos diversos elementos constituintes do GCL-PPCIRA para posteriormente ser enviada à comissão da qualidade, com o objetivo de verificar a conformidade de acordo com o Manual de Acreditação.

Consideramos pertinente a reformulação desta norma, visto ir contribuir para a difusão das boas práticas na prevenção e controlo da ILC, permitindo-nos assim o desenvolvimento de competências comuns de enfermeira especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais.

Efetuamos conjuntamente com a médica coordenadora do GCL-PPCIRA e a farmacêutica responsável do grupo uma reunião para abordar, discutir e decidir sobre qual o antisséptico a ser utilizado no banho-pré-cirúrgico e sobre a prescrição antibiótica profilática cirúrgica.

A norma existente de 2013, fala sobre a utilização de antisséptico para a realização do banho, mas não refere qual.

No hospital existe a cloro- hexidina a 4% com sabão de 500ml, mas que nem todos os serviços cirúrgicos utilizam, efetuando o banho apenas com água e sabão neutro.

O Serviço de Neurocirurgia quando colaborou num estudo da colonização de portadores de MRSA, requisitou Kits individuais de cloro- hexidina a 4%, que foram praticamente abandonados a sua utilização após a realização do mesmo.

Embora a norma refira que deve ser realizado o banho com cloro- hexidina a 2%, a farmácia do hospital contactou os representantes comerciais da Cloro-hexidina do mercado e constatou a não existência de Cloro-hexidina a 2% para realização do banho pré-cirúrgico.

Foi então acordado que se irá disponibilizar a compra de Kits Individuais de cloro-hexidina a 4%, para todos os Serviços Cirúrgicos do hospital em prol dos frascos de 500ml de cloro-hexidina a 4% com sabão, que habitualmente se encontram nas casas de banho dos doentes com um doseador, em que não se sabe a quantidade exata que cada doente utiliza e á mercê de qualquer doente, quer seja ele para ser intervencionado cirurgicamente ou não.

Os registos dos doentes atualmente são efetuados no Sclinic (uma aplicação informática que une o SAM e o SAPE de forma a existir uma aplicação comum a todos os prestadores de cuidados de saúde), esta permite a otimização do tempo, melhor organização do trabalho, possui uma linguagem padronizada, ajuda na tomada de decisão, permite uma maior facilidade em recuperar dados, de forma a facilitar a comunicação entre a equipa, permitindo maior segurança dos dados registados.

A prescrição do antibiótico profilático é da responsabilidade do cirurgião e deve estar integrada no processo clínico. Para tal existe na prescrição terapêutica, uma prescrição pré-definida, denominada Profilaxia Cirúrgica, em que está “carregada” para cada especialidade cirúrgica, com o objetivo de melhorar a efetividade e eficiência da prescrição, o antimicrobiano de primeira escolha para cirurgia limpa e para a maioria das cirurgias limpas-contaminadas bem como para procedimentos que envolvam o tubo digestivo baixo, mediante a norma da DGS 031/2013- Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto, com dose e horários definidos.

Embora os serviços tenham conhecimento por terem participado neste procedimento, é nos referido que ainda existe alguma relutância na sua aplicação por alguns clínicos. Esta situação pode aumentar o erro terapêutico, nomeadamente na falha de calendarização, ficando a prescrição ativa por mais de 24h.

Neste sentido o GCL-PPIRA do HGO reviu a norma de procedimento geral sobre a Profilaxia Antibiótica Cirúrgica, onde complementemente entre outras coisas esta situação anteriormente descrita, que se encontra actualmente na comissão da qualidade com o objectivo de rever e orientara norma de acordo com o Manual de Acreditação.

A tricotomia é um procedimento que deve ser efetuado se absolutamente necessário antes da intervenção cirúrgica. Habitualmente é efetuada nos serviços de internamento, mediante as normas existentes em cada serviço. Após reflexão conjunta identificou-se a necessidade de trabalhar junto de cada serviço para se efetuarem alterações de práticas já instituídas e a futura divulgação da norma revista.

No caso do Serviço de Neurocirurgia este problema não se coloca, porque existe uma norma de procedimento - Cuidados Pré-operatórios a doentes Neurocirúrgicos em que não existe referência para o procedimento da tricotomia. Sempre que necessária ela é efetuada no bloco operatório.

A manutenção da glicémia capilar com valores ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas fez-nos sentir a necessidade de procurarmos o Diretor do Serviço de Endocrinologia para esclarecimento da situação, porque não existe protocolos no hospital para dar resposta quer aos doentes diabéticos, quer aos não diabéticos quanto ao momento /momentos que deverão ser efetuados a determinação da glicémia capilar.

Existe atualmente um esquema de insulina de ação rápida segundo valores de glicémia capilar para todos os doentes quer seja diabéticos ou não e quer sejam intervencionados cirurgicamente ou não.

No Serviço de Neurocirurgia é o enfermeiro que determina o número de determinações e duração da pesquisa da glicémia capilar e administra insulina de ação rápida mediante o esquema protocolado em todo o hospital.

Da reunião efetuada com o Diretor do Serviço de Endocrinologia ficou acordado que será elaborado um protocolo de procedimento que dê resposta a esta situação para posteriormente ser implementado no departamento cirúrgico do hospital.

A responsabilidade da avaliação da temperatura central peri-operatória cabe ao anestesista, bem como, se é uma medição invasiva ou não-invasiva. Após discussão com o coordenador do GCL-PPCIRA, ficou acordado a programação de uma reunião com os responsáveis do Serviço Bloco Operatório (enfermagem e anestesia) para discutirmos este assunto bem como os restantes com o intuito de implementar a norma da DGS - "Feixes de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.


Apesar de todas estas dificuldades verifica-se um crescente reconhecimento por parte dos dirigentes e profissionais sobre a importância da IACS e para a necessidade de adesão das práticas recomendadas com vista a melhoria da qualidade dos cuidados. As diversas reuniões/ articulações com os peritos na área da prevenção e controlo de infeção, permitiram-nos a aquisição de saberes relativos não só à temática em si, mas também das estratégias a serem implementadas em contexto de estágio, fomentando a um pensamento crítico sobre a teoria e a prática dos cuidados diferenciados.

**APÊNDICE XI. Norma de Procedimento Geral - Medidas de Prevenção e
Controlo das Infeções da Ferida Operatória**

	NORMA DE PROCEDIMENTO GERAL Medidas de Prevenção e Controlo das Infeções da Ferida Operatória – 1196	POL 0110
--	---	----------

APROVAÇÃO

FINALIDADE:	Prevenir e controlar as Infeções da Ferida Operatória
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros e Médicos
PALAVRAS-CHAVE:	Ferida operatória; Infeção; Cirurgia; Prevenção

Autor (es)		Data de elaboração	9 /11/2013
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação	Conselho de Administração	Data de Aprovação	
Divulgação	Circular Normativa N°	Data de Divulgação	

SIGLAS

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

HGO – Hospital Garcia de Orta

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

MRSA – Staphylococcus aureus Meticilina Resistente

PNCI – Programa Nacional de Controlo da Infeção

ECDC - European Centre for Disease Control and Prevention

HICPAC - Hospital Infection Control Practices Advisory Committee

OMS – Organização Mundial de Saúde

FUNDAMENTAÇÃO

A infeção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infeção urinária e a infeção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, uma das infeções nosocomiais mais frequentes e está associada a alta morbilidade, mortalidade e custos.

No Inquérito de prevalência efetuado em Portugal em 2012 e que abrangeu 103 hospitais, a infeção do local cirúrgico representou 18% das infeções hospitalares detetadas, tendo sido o tipo de infeção mais frequente nos serviços de Cirurgia.

O European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC) definiu critérios de classificação de infeção do local cirúrgico (ILC). A ILC está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/transplante.

O risco de infeção depende de muitos fatores relacionados com o doente (infeção pré-existente, idade avançada, obesidade, diabetes entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, tais como a duração do ato cirúrgico e a assépsia do procedimento cirúrgico.

O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios.

Os microrganismos que geralmente causam ILC pertencem à flora microbiana do doente. Estas bactérias podem estar presentes em pequeno número, mas encontram na ferida cirúrgica condições favoráveis à sua proliferação – a hemorragia, a isquemia, a modificação do potencial de oxirredução – sendo o risco de infeção, predominantemente, durante o ato cirúrgico, diminuindo o mesmo após o encerramento da ferida.

CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA CIRURGICA

De acordo com as definições do CDC as feridas cirúrgicas são classificadas de acordo com o seu grau de contaminação no momento da intervenção cirúrgica, do seguinte modo:

FERIDA LIMPA – é uma ferida operatória não infetada e sem inflamação e em que não há contacto com as vias respiratórias, digestiva, genital ou urinária. Para além disso, a ferida limpa é encerrada primariamente e, se necessário, com uma drenagem em circuito fechado. As incisões cirúrgicas após traumatismos não penetrantes devem ser incluídas nesta categoria.

FERIDA LIMPA-CONTAMINADA – é a ferida operatória em que se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária não-infetadas em condições controladas e sem contaminação inabitual. Especificamente as cirurgias sobre a via biliar, apêndice, vagina e oro faringe estão incluídas nesta categoria, desde que não haja evidência de infeção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica asséptica.

FERIDA CONTAMINADA – inclui feridas acidentais, abertas, recentes. Também inclui as cirurgias em que se verifica ou uma quebra da técnica estéril ou derrame significativo da via gastrointestinal, e as incisões onde se verifica inflamação aguda, não-purulenta.

FERIDA SUJA ou INFETADA – inclui feridas traumáticas antigas com retenção de tecido devitalizado e aquelas em que há infeção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causando infeção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia.”

CRITÉRIOS PARA DETERMINAR A PRESENÇA DE INFEÇÃO

1.CLASSIFICAÇÃO DA INFECCÃO DE LOCAL CIRÚRGICO

A infeção do local cirúrgico classifica-se em:

- Incisional superficial;
- Incisional profunda;
- Órgão / Espaço.

1.1. Infeção incisional superficial

Uma infeção incisional superficial deve cumprir os seguintes critérios: A infeção surge durante os 30 dias seguintes à cirurgia **e**, atinge apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão **e**, deve cumprir pelo menos **um** dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta da incisão superficial;
- Cultura positiva de líquido ou tecido proveniente da incisão superficial (colhido assepticamente);
- Pelo menos **um** dos seguintes sinais ou sintomas de infeção: dor ou hipersensibilidade edema, rubor ou calor locais; **e** a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo

cirurgião, e a cultura é positiva ou não realizada. Uma cultura negativa não cumpre este critério;

Tipos de infecção Incisional Superficial

Existem dois tipos específicos de infecção incisional superficial:

- **Incisional superficial primária:** infecção incisional superficial identificada na incisão primária, num doente submetido a uma cirurgia com uma ou mais incisões (p.ex. incisão torácica numa cirurgia de enxerto coronário – bypass).
- **Incisional superficial secundária:** é a infecção incisional superficial identificada na incisão secundária num doente submetido a uma cirurgia com mais de uma incisão (p.ex. incisão de zona dadora –membro inferior – na cirurgia coronária – bypass).

Observações:

Não registar como infecção do local cirúrgico:

- Abcesso nos pontos (inflamação ou drenado mínimos limitados aos locais dos pontos de sutura); uma infecção de ferida incisa deve ser registada como infecção da pele ou de tecidos moles em função da sua profundidade;
- A infecção do local de circuncisão, deve ser registado como o CIR;
- A infecção de queimaduras deve ser referenciada como queimadura;
- Se a infecção incisional atinge ou se estende para as fáscias ou músculos, deve registar-se como infecção incisional profunda;
- Classificar a infecção que atinge as camadas superficiais e profundas da incisão como incisional profunda.

1.2. Infeção incisional profunda

A infecção incisional profunda deve cumprir com o seguinte critério: a infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem prótese, ou no primeiro ano se tiver havido colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente) e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, a infecção atinge os tecidos moles profundos da incisão (fáscias e músculos) e, pelo menos, **um** dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta da zona profunda da incisão, mas não de órgão ou espaço;
- Deiscência espontânea da sutura ou abertura deliberada da mesma na presença de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°C), dor localizada, hipersensibilidade à palpação, a não ser que a cultura seja negativa;
- Detecção de abcesso ou outro sinal de infecção atingindo a profundidade da incisão por exame direto, durante uma re-intervenção ou exame histopatológico ou radiológico;

- Diagnóstico de infeção incisional profunda feito por cirurgião ou médico assistente.

Existem dois tipos específicos de infeção incisional profunda:

- **Incisional profunda primária:** infeção incisional profunda na incisão primária num doente submetido a uma cirurgia com uma ou mais incisões (p.ex. incisão torácica para cirurgia coronária –bypass).
- **Incisional profunda secundária:** infeção incisional profunda na incisão secundária num doente submetido a uma cirurgia com mais de uma incisão (p.ex. incisão na zona dadora – membro inferior – na cirurgia coronária – bypass).

Instruções de registo:

Classificar as infeções que atingem os locais superficiais e profundos das incisões como infeções

incisionais profundas.

1.3. Infeção de órgão ou espaço

Uma infeção de órgão ou espaço atinge qualquer parte do corpo, excluindo a incisão cutânea, as fáscias e os músculos, que é aberta ou manipulada durante um procedimento cirúrgico. Os locais específicos são assinalados para identificar o local da infeção. Nas instruções de registo da ILC estão os locais específicos que devem ser usados nas infeções de órgão ou espaço. Por exemplo: se uma apendicectomia se complica de abscesso subfrénico, este deve ser registado como infeção de órgão/espaço intra-abdominal.

A infeção de órgão ou espaço deve cumprir com o seguinte critério:

Infeção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem utilização de prótese, ou até um ano após a cirurgia no caso de colocação de prótese e a infeção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico **e**, a infeção atinge qualquer parte do corpo, excluindo a pele, da incisão, fáscia ou músculos, aberta ou manipulada no procedimento cirúrgico **e**, deve ainda verificar-se pelo menos **um** dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta através de dreno colocado no órgão ou espaço;
- Cultura positiva de fluido ou tecido órgão ou espaço colhidos assepticamente;
- Deteção de abscesso ou outro sinal de infeção por exame direto durante uma re-intervenção cirúrgica, exame histopatológico ou radiológico;
- Diagnóstico de infeção cirúrgica de órgão ou espaço feito por cirurgião ou médico assistente.

Nota: Ocasionalmente uma infecção de órgão ou espaço drena através da incisão. Esta infecção geralmente não exige re-intervenção cirúrgica e é considerada como complicação da incisão, pelo que se classifica como infecção incisional profunda.

CATEGORIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

Múltiplos estudos epidemiológicos e clínicos foram efetuados para testar práticas e procedimentos implicados na infecção do local cirúrgico. Aplicam-se as categorias do HICPAC e OMS.

As recomendações que se seguem foram elaboradas, com base nesses estudos, pelo Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (**HICPAC**) do Programa de Controlo de Infecção do CDC, Atlanta, e publicados no Infection Control and Hospital Epidemiology, abril 1999:

Estão categorizadas com base nos dados científicos existentes, fundamentos teóricos e aplicabilidade:

Categoria IA – Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados;

Categoria IB – Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica;

Categoria IC – Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações;

Categoria II – Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica;

OMS: Orientação para a cirurgia segura 2009.

As práticas potencialmente benéficas são classificadas em três categorias, com base em evidências clínicas ou opinião de peritos quanto à sua capacidade de reduzir o risco de danos cirúrgicos graves, evitáveis e se a adesão às mesmas não conduz à introdução de dano ou custo incontrolável:

Altamente Recomendada (AR) - Uma prática que deve ser utilizada em todas as cirurgias;

Recomendada (R) - Uma prática que é incentivada em todas as cirurgias;

Sugerida (S) - Uma prática que deve ser considerada para qualquer cirurgia.

DESCRIBÇÃO

Recomendação para a prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

PRÉ-OPERATÓRIO

1. Procedimentos na preparação do doente:

- Identificar e, tratar, todas as infecções associadas antes de cirurgia eletiva (IA e R);
- Controlar os níveis de glicemia nos doentes diabéticos e, controlar o tabagismo (deixar de fumar no mínimo 30 dias antes da intervenção) (IB e R);
- Não limitar as transfusões com o intuito de prevenir a infecção do local cirúrgico (IB);
- Evitar tricotomia (IIA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (IA);
- Realizar banho com Cloro-hexidina a 4% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (IB e R);
- Preparar a área da incisão cirúrgica para que esteja livre de contaminação visível antes da antissepsia cirúrgica (IB);

2. Antissepsia das mãos/antebraços da equipa cirúrgica:

- Manter as unhas curtas, limpas, sem verniz ou adereços artificiais (IA/AR);
- Escovar as unhas apenas antes da primeira intervenção do dia (II);
- Não usar adornos (pulseiras, anéis, entre outros) durante a cirurgia (II);
- Proceder à desinfeção cirúrgica das mãos com a solução, antisséptica de base alcoólica (ter em conta o tempo de desinfeção de acordo com o antisséptico), incidindo nas mãos e antebraços até aos cotovelos (IB e AR);
- Após a desinfeção, manter os cotovelos em flexão e as mãos afastadas do corpo, de modo a que a água escorra das mãos em direção aos cotovelos (IB);
- No caso da utilização de solução antisséptica aquosa, secar as mãos e antebraços com toalhete estéril (um para cada membro), vestir bata e calçar luvas estéreis (IB);

3. Profissionais com colonização ou infeção:

- Consultar o Serviço de Saúde Ocupacional para determinar a necessidade de os profissionais com sinais ou sintomas de doenças infecciosas transmissíveis, suspender a atividade até à sua resolução (IB);
- Obter culturas de lesões cutâneas exsudativas dos profissionais e não permitir o retorno ao trabalho, até que a infeção seja tratada (IB);
- Não excluir os profissionais colonizados com *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus* do grupo A, a não ser que sejam identificados como estando na origem de surtos de infeção por estes agentes (IB).

4. Profilaxia antimicrobiana:

Consultar a Norma sobre Profilaxia Antibiótica Cirúrgica.

INTRA-OPERATÓRIO

5. Preparar a pele do local da incisão com um antisséptico de base alcoólica (IA);
6. Nos doentes submetidos a cirurgia com anestesia geral e ventilação mecânica, fornecer oxigénio durante todo o período peri-operatório, de acordo com as necessidades individuais (IA e AR). O aporte de O₂ deve ter como objetivo a manutenção de saturação de oxigénio acima de 98%;
7. Manter a normotermia peri operatória (Temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (IA e AR);
8. Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia (IA);
9. Não usar irrigação com iodóforos aquosos antes do encerramento da incisão (IB);
10. Não utilizar antissépticos tópicos locais antes ou logo após o encerramento da incisão, como medida de prevenção da infeção do local cirúrgico (IA);

11. Esterilização de instrumentos cirúrgicos

- Processar os instrumentos cirúrgicos de acordo com as normas em vigor, de modo a garantir as melhores práticas clínicas (considerar a classificação de Spaulding para o processamento do instrumental cirúrgico, as suas características e as instruções do fabricante). A metodologia de limpeza dos materiais de microcirurgia deve ser complementada com a utilização de tinas de ultrassons (IB e AR);
- Fazer a esterilização flash (ex.: esterilização rápida em esterilizador de bancada) **apenas** para os artigos que vão ter utilização imediata. **Não** utilizar a esterilização flash por conveniência, como alternativa para a compra de mais um conjunto de instrumentos, ou para poupar tempo. Um processo abreviado de esterilização é aceitável apenas para os artigos que vão ter utilização imediata, sendo cumpridos todos os passos anteriores ao processo de esterilização em si mesmo (lavagem, desinfecção, verificação e empacotamento apropriado) e efetuada a transferência do instrumental cirúrgico em condições assépticas (IB).
- Deve ser aplicado o Despacho 7021/2013 sob reprocessamento de dispositivos médicos de uso único.

12. Vestuário e campos cirúrgicos

- Utilizar máscara cirúrgica que cubra totalmente a boca e o nariz nas áreas restritas. Mantê-la sempre colocada se entrar na sala de operações, durante a preparação asséptica de dispositivos médicos esterilizados, em qualquer altura em que os mesmos estão expostos, ou se permanecer na sala durante toda a intervenção cirúrgica (IB e R);

- Utilizar barrete que cubra totalmente todo o cabelo e cobertura para a barba em todas as áreas restritas e semi-restritas (IB);
- Não utilizar cobertura nos sapatos com o objetivo de prevenir a infecção (o bloco deve ter calçado próprio que deve ser sujeito a lavagem/desinfecção térmica diária em máquina) (IB);
- Utilizar luvas estéreis se integrar a equipa cirúrgica. Calçar as luvas sempre depois de vestir a bata (IB e AR);
- Utilizar batas e campos que sejam barreiras físicas eficazes quando molhadas (IB e R);
- Utilizar materiais resistentes à penetração bacteriana, em seco e em húmido (IB e R);
- Respeitar a técnica asséptica na colocação de campos. Não reposicionar os campos (IB);
- Substituir os fatos quando molhados, contaminados por sangue ou outras matérias potencialmente infecciosas (IB).

13. Assepsia e técnica cirúrgica

- Cumprir os princípios de assepsia na colocação de dispositivos intravasculares (p.ex. Cateteres venosos centrais), cateteres anestésicos e epidurais ou na administração de fármacos endovenosos) (IA);
- Manipular os tecidos com suavidade, manter uma hemóstase eficaz, minimizar o tecido desvitalizado e corpos estranhos (p. Ex. Suturas, resíduos necróticos) e erradicar os espaços mortos no local cirúrgico (IB);
- Quando o cirurgião considerar que existe contaminação significativa do local cirúrgico fazer encerramento primário retardado ou deixar a incisão encerrar por segunda intenção (IB);
- Se for necessário colocar drenos, utilizar drenagem em circuito fechado. Colocar o dreno através de incisão separada, distante da incisão operatória. Remover o dreno logo que possível (IB);
- Aplicar antisséptico no local cirúrgico com movimentos concêntricos, do centro para a periferia, cobrindo uma área suficientemente extensa para permitir alargamento da incisão ou colocação de drenos (II);
- Preparar o equipamento e soluções estéreis imediatamente antes da sua utilização (II);
- Melhorar oxigenação dos espaços da ferida (II).

CUIDADOS INCISIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO

14. Proteger a incisão encerrada primariamente, com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas (IB);
15. Higienizar as mãos antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contacto com o local da incisão (IB);
16. Quando for necessário fazer penso, substituir o mesmo com técnica asséptica (II);
17. Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta) (II);
18. Enviar carta de alta ao médico de família (se o doente vai ser seguido no domicílio) ou ao médico da unidade de cuidados continuados integrados (se o doente for transferido para uma destas Unidades), solicitando a informação de retorno ao Hospital (dirigido à comissão de controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos), se surgir infeção pós-alta. Esta informação é fundamental para garantir a fiabilidade dos dados da vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico (ILC).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

19. É obrigatório fazer vigilância epidemiológica dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes e de maior risco (IB);
20. Divulgar os resultados a todos os profissionais que integram as equipas cirúrgicas. (IB);
21. Definir a classe de ferida cirúrgica no final de cada intervenção, bem como, o registo do tempo de duração da cirurgia em minutos. A definição da classe da ferida cirúrgica (Anexo II) deve ser feita por um elemento da equipa cirúrgica e ficar registada no processo clínico (II).

FEIXE DE INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DE LOCAL CIRURGICO

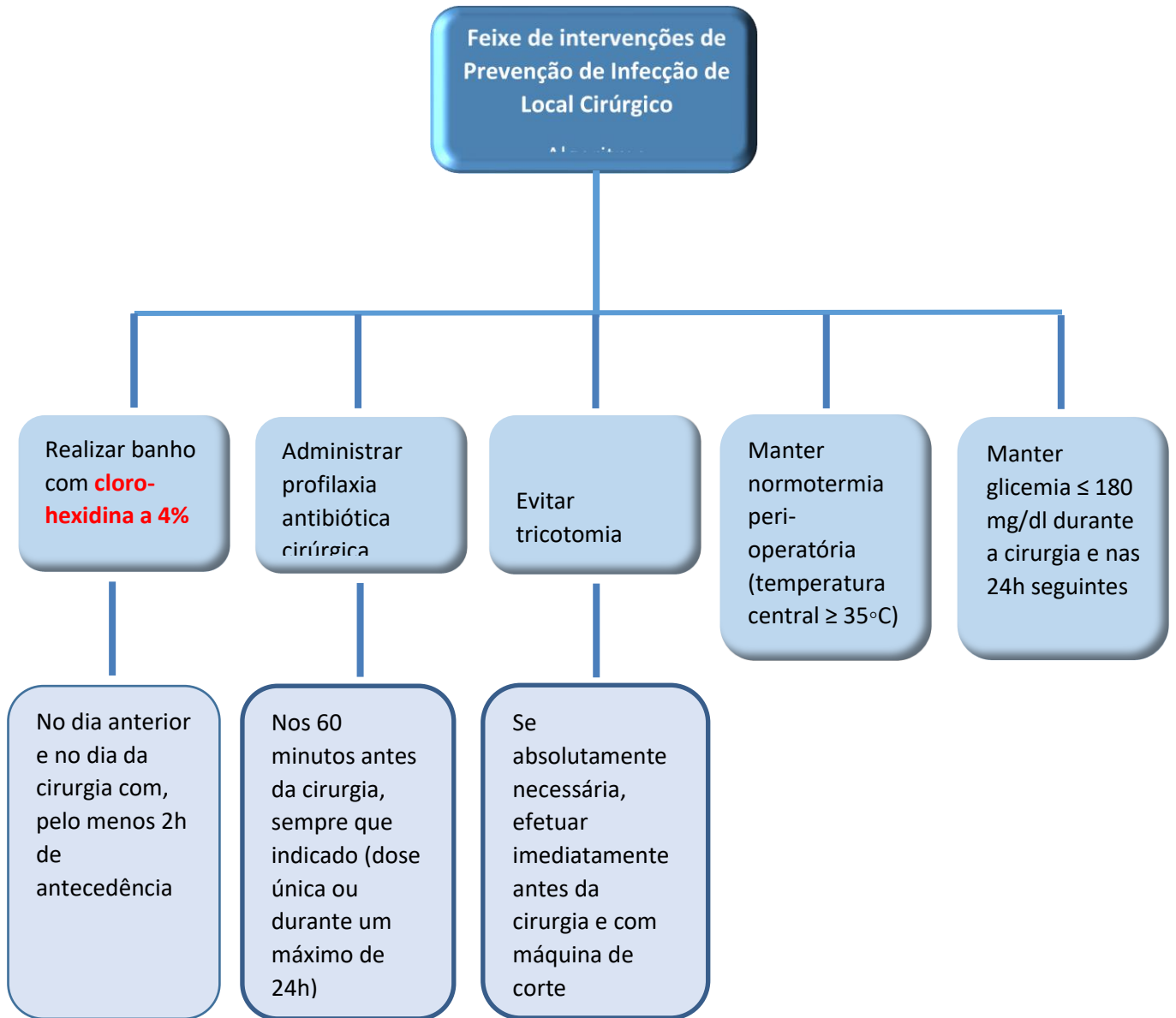
“Feixe” são um conjunto de intervenções (entre 3 a 5) que quando agrupadas e implementadas em conjunto, promovem melhor resultado, maior impacto do que a mera adição do efeito individual de cada uma das intervenções.

O “Feixe de intervenções” tem como objetivo assegurar que todos os doentes recebam tratamentos e cuidados de forma consistente, recomendados e baseados na melhor evidencia científica.

1. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções:
 - Realizar banho com cloro-hexidina a 4% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Categoria IB);

- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (Categoria IA);
 - Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”.
 - Evitar tricotomia (Categoria IIA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (Categoria IA);
 - Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA);
 - Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (Categoria IA).
2. Fazer registos no diário clínico/enfermagem no SClínico;
 3. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no SClínico.

ALGORITMO CLÍNICO:



INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Evolução das taxas de infeção das bacteriemias nosocomiais associadas à ferida cirúrgica, do Programa de Vigilância Epidemiológica;
- Evolução das taxas de infeção nos Serviços com VE da ferida cirúrgica – HELIX Cirurgia;
- Taxa de adesão (mensal, trimestral, semestral, anual) à implementação do “feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico:
 - a) Numerador: Número de cirurgias em que foram realizadas todas as intervenções indicadas no feixe;
 - b) Denominador: Número total de cirurgias no tempo considerado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mangram, Alicia J.; Horan, Teresa C, Pearson, Michele, Silver, Leah C., Jarvis, William (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, Infection Control and Hospital Epidemiology, CDC, vol 20, nº 4.
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde; Vigilância Epidemiológica das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (2009); Critérios para Definição de Infeções nos Cuidados de Saúde de Agudos.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2010); Práticas Recomendadas para Bloco Operatório; (2ª Ed). AESOP.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Programa Nacional de Controlo de Infeção Recomendações para Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2015). “Feixe de intervenções” de *Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

APÊNDICE XII. Reflexão do estágio no Serviço do Bloco Operatório Central

Reflexão do Estágio no Serviço do Bloco Operatório Central

Pretendemos demonstrar a atividade que foi desenvolvida, a articulação entre os diversos elementos constituintes da equipa e quais as suas implicações na prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. O estágio decorreu durante o período de 21 de novembro a 2 de dezembro de 2016, no Serviço Bloco Operatório Central, com o objetivo de identificar e participar nas atividades preconizadas para a prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, nomeadamente na implementação da norma nº 020/2015 DGS de 15/12/2015 “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Local Cirúrgico com a colaboração do GCL-PPCIRA (Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos) de um hospital da ARSLVT.

O Serviço Bloco Operatório Central é constituído por 8 salas de Bloco, divididas por especialidades cirúrgicas. Cada sala é composta por uma sala cirúrgica, sala de desinfeção, sala de indução e de armazém de material específico de cada especialidade cirúrgica. A sala de indução embora tenha sido criada para dar resposta a todas as intervenções inerentes á indução anestésica, nunca foram implementados recursos materiais para dar resposta ás necessidades e por isso é utilizada para guardar material e serve de circuito para a entrada e saída do doente da sala cirúrgica.

A equipa cirúrgica é composta por vários elementos que desempenham um papel na garantia da segurança e do sucesso de uma cirurgia e no hospital ela é constituída por uma enfermeira anestesista, uma enfermeira instrumentista, uma enfermeira circulante, um anestesista, uma assistente operacional, e um cirurgião e um médico interno do complementar.

Múltiplas são os procedimentos que envolvem uma sequência de atividades de rotina que devem se efetuar para se acautelar a segurança cirúrgica, de forma a evitar mortes e complicações. Essas atividades passam pela avaliação pré-operatória, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados.

O estímulo à melhor prática clínica, através da implementação de estratégias de gestão de risco / controlo de infeção, deve ser incentivado, a adesão dos profissionais de saúde é fundamental para a melhoria das praticas cirúrgicas e para a

segurança do doente, reduzindo assim os desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis.

Durante os diversos dias que efetuamos estágio no Serviço pudemos observar e posteriormente confirmar em reunião efetuada como a Enfermeira Chefe, com a Diretora do Serviço e com a Coordenadora do GCL-PPPCIRA, que:

- Cabe ao enfermeiro de acolhimento ou de anestesia, através de via telefónica ou presencialmente a receção da informação relativa ao doente. Da múltipla informação que é transmitida, nunca foi referido se o doente efetuou o banho pré-cirúrgico ou não, nem na folha de verificação cirúrgica que é efetuada no Serviço de internamento essa informação não vêm descrita, nem possui campo definido para ser registado.

Percebi na reunião efetuada que este procedimento não é sensível aos cuidados que serão efetuados no bloco operatório e que os responsáveis consideram ser um procedimento da responsabilidade dos serviços de internamento. Ficou em sugestão a compreensão melhor do fenómeno e a possível ou não implementação na folha de verificação cirúrgica de um campo específico para o seu registo.

- A profilaxia antibiótica é uma preocupação sentida pelo Serviço quer pelo enfermeiro de acolhimento ou de anestesia, quer pelo anestesista.

Na folha de verificação cirúrgica, existe um campo para ser registado sempre que o doente efetua o antibiótico profilático no serviço de internamento.

Pudemos constar durante o estágio realizado, que os doentes neurocirúrgicos não efetuam o antibiótico no serviço de internamento, nem possuem prescrição terapêutica do mesmo.

Foi-nos referido em reunião que esta situação não é comum para todos os serviços. Cada especialidade cirúrgica possui procedimentos de atuação diferentes. Nalgumas o antibiótico profilático é administrado no serviço, noutras é prescrito para serem administrado na indução anestésica.

No serviço existe uma norma de procedimento- Lista de Verificação Cirúrgica, mencionando, que cabe á enfermeira anestesista e ao anestesista a confirmação da sua administração (antibiótico profilático) dentro dos 60 minutos anteriores a incisão cirúrgica, no intuito de reduzir o risco de infeção do local cirúrgico. Se o antibiótico

profilático não foi administrado, deve ser administrado antes da incisão. Se foi administrado há mais de 60 minutos, cabe ao anestesista considerar a administração de uma nova dose ao doente. Se o antibiótico administrado não foi considerado adequado (mediante o protocolo institucional de utilização de antibioprofilaxia), deve-se efetuar esse registo.

O Registo da administração do antibiótico é efetuado pelo enfermeiro anestesista, na Folha de Registo de Enfermagem - Anestesia e pelo anestesista na Ficha Anestésica.

-A tricotomia é um procedimento que deve ser efetuada quando absolutamente necessário e antes da intervenção cirúrgica, podemos observar que no doente neurocirúrgico esse procedimento é efetuado pelo neurocirurgião sempre que se justifique. Sendo realizado na marquesa operatória, após o doente estar anestesiado, se ter otimizado o seu posicionamento e antes da incisão cirúrgica. Este deveria ser um procedimento a ser efetuado na sala de indução anestésica, mas como já referimos anteriormente o serviço não possui uma sala de indução anestésica com recursos materiais para dar resposta a este e outros procedimentos necessários a efetuar antes da incisão cirúrgica.

Para tal o neurocirurgião define a área a tricotomizar, utiliza máquina de corte e depois é efetuada a desinfeção do local com Cloro-hexidina a 2% solução corada e em alternativa é aplicada a Iodopovidona em solução alcoólica caso o doente seja alérgico.

Atualmente este procedimento quando efetuado no Bloco Operatório não é registado por nenhum dos profissionais e após discussão em reunião conjunta, ficou sugerido ser efetuado pela enfermeira anestesista na Folha de Registo de Enfermagem - Anestesia, nas Notas de Enfermagem, visto não existir nenhum campo definido para tal registo.

Mas este procedimento também nos foi referido em reunião conjunta que não é efetuado por todas as especialidades cirúrgicas uniformemente, porque grande parte dos doentes quando são admitidos no Bloco Operatório já possuem a tricotomia realizada. Ela é efetuada no serviço de internamento, mas não sabem qual o momento da sua realização. Os serviços habitualmente dão essa informação verbal e efetuam

o registo na folha de verificação cirúrgica, que possui um campo de obrigatoriedade de preenchimento.

- É da responsabilidade do anestesista a manutenção da normotermia peri-operatória. Para tal deve ser avaliada a temperatura central durante o período peri-operatório e a manutenção da temperatura $\geq 35,5\%$.

Para tal o anestesista deve mediante os meios que possui decidir por uma medição invasiva ou não-invasiva da temperatura e depois o enfermeiro anestesista deve conjuntamente com o anestesista adequar os meios existentes para a manutenção a temperatura.

No Serviço existe um sistema de monitorização de temperatura dos tecidos profundos, através de um sensor de temperatura, que deve ser colocado sobre a região supraciliar (medição não-invasiva). Mas atualmente apenas existem três aparelhos, não dando cobertura a todas as salas operatórias existentes no serviço, sendo esta uma dificuldade manifestada pelo serviço.

Foi-nos transmitido que a colocação de uma sonda esofágica (medição Invasiva) para a avaliação da temperatura não é muito utilizada, só mesmo em cirurgias superiores a 4h de intervenção e motivada pela sensibilidade do anestesista para esta problemática.

Para a manutenção da temperatura é utilizado um cobertor descartável, ligado a um aquecedor elétrico, e lençóis aquecidos. Pudemos constar que é uma preocupação da anestesista e da enfermeira de anestesia.

Foi-nos também referido pela Diretora do Serviço que não existe nenhum protocolo do serviço que refira qual o número de determinações e a duração da monitorização. Referiram-nos que para além da sensibilização da equipa de anestesia seria necessário a elaboração de um protocolo que mencionasse o que foi anteriormente descrito e que mencionasse que os registos dos valores da monitorização da temperatura viessem refletidos na Ficha Anestésica. Algo que nem sempre acontece, mesmo que seja monitorizada a temperatura central.

- A manutenção da glicemia capilar ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia é algo que a equipa cirúrgica não sente preocupação, exceto no doente diabético.

O enfermeiro de acolhimento ou o enfermeiro anestesista quando recebe a informação do colega do internamento possui a preocupação de conhecer no doente diabético o valor da glicemia capilar e qual a sua ultima avaliação, quer seja por via

oral, quer seja através do registo que deve ser efetuado na folha de verificação cirúrgica (possui um campo obrigatório para efetuar esse registo).

O anestesista possui a preocupação no período peri-operatório de saber no doente diabético qual foi a última pesquisa de glicemia capilar e o seu valor. E durante a intervenção cirúrgica é efetuada nova pesquisa, mas não existe definido o número de determinações nem a duração da monitorização.

Em relação ao doente não diabético, não é efetuada qualquer pesquisa de glicémia capilar.

O enfermeiro anestesista quando efetua a pesquisa da glicemia capilar, faz o seu registo na Folha de Registo de Enfermagem – Anestesia, nas Notas de Enfermagem, visto não existir nenhum campo definido para o registo.

No Serviço Bloco Operatório não existe nenhum protocolo que dê resposta a este procedimento, a Diretora do serviço refere ser muito importante que se efetue em conjunto com o Serviço de Endocrinologia um protocolo de procedimento para ser implementado em todas as especialidades cirúrgicas.

Da reunião conjunta a Enf^a Chefe e a Diretora do Serviço, referiam ainda, ser muito importante que os profissionais de saúde sintam que esta é uma preocupação institucional e para tal a divulgação da norma procedimento geral - Medidas de Prevenção e Controlo das Infeções da Ferida Operatória, que está em revisão (que nós colaboramos) é fundamental. Bem como a divulgação da norma da DGS “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico aos anestesistas e enfermeiros do Bloco Operatório. Fico então acordado com o Anestesista e o Enfermeiro responsável da formação uma formação conjunta intitulada Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico com a participação de um anestesista, da coordenadora GCL-PPCIRA, com o endocrinologista que irá colaborar connosco para dia 10 de fevereiro de 2017.

Foi-nos também transmitido que atualmente todos os registos clínicos e de enfermagem do doente, são efetuados em suporte de papel, exceto a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Mas que está em elaboração um programa informático, de forma a que se dê início aos registos eletrónicos no processo do doente. Os elementos responsáveis do Serviço pensam que nessa altura será oportuno efetuar-se as alterações necessárias nos impressos já em utilização, para dar resposta às necessidades decorrentes da implementação da norma.

Este estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais, da melhoria contínua da qualidade, na área médico-cirúrgica para a prevenção da ILC.

APÊNDICE XIII. Grelha de Auditoria Clínica - Monitorização das Medidas Preventivas de Infecção de Local Cirúrgico

APÊNDICE XIV. Formação Realizada no Serviço Bloco Operatório Central

ESEL
Centro Espanhol de Enfermagem de Lisboa

Prevenção Infeção de Local Cirúrgico (ILC)

5. Bloco
Cirurgia

Professora – Dr.ª Idalina Gomes
Orientadora Estágio – En.ª Chefe **Sandra Santos**

SANDRA SANTOS
Fev. 2017

ESEL
Centro Espanhol de Enfermagem de Lisboa

INTRODUÇÃO

Serviço Neurocirurgia

- ◆ Desenvolvimento projeto de implementação de medidas de prevenção e controlo da Infeção Local Cirúrgico (ILC) na pessoa idosa:
 - Caracterização da ILC
 - Fatores de riscos associados
 - Identificação das estirpes da ILC
- ◆ A análise e divulgação dos resultados será fundamental:
 - Desenvolvimento de mudanças/melhorias na prevenção da ILC
 - Estimular a aplicação do estudo a outros serviços do Hospital.

ESEL
Centro Espanhol de Enfermagem de Lisboa

INTRODUÇÃO

PROBLEMATICA

A Infeção de Local Cirúrgico (ILC) é um problema grave e dispendioso e está associada à hospitalização prolongada e aumento da morbilidade e da mortalidade.

- ◆ Cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento da mortalidade em 2 a 11 vezes.
- ◆ Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência (no pré, intra e pós-operatório) e de "feixes de Intervenções"

DGS (2015)

ESEL
Centro Espanhol de Enfermagem de Lisboa

NORMA DGS Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico

- ◆ Infeção Local Cirúrgico
 - Infeções que ocorrem no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espacia) nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até um ano no caso de colocação de próteses, implante/transplante .
- ◆ Fatores de risco
 - Intrínsecos- Infeção pré-existente, idade avançada, obesidade, desnutrição, tabagismo, diabetes, doenças crónicas e imunossupressão.
 - Extrínsecos- Preparação pré-operatória, profilaxia antibiótica, duração do ato cirúrgico, técnica asséptica, cuidados pós-operatórios ...

DGS (2015)

ESEL
Centro Espanhol de Enfermagem de Lisboa

NORMA DGS Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico

Algoritmo clínico

Assegurar tratamentos e cuidados recomendados, baseados na evidência, de uma forma consistente

ESEL
Centro Espanhol de Enfermagem de Lisboa

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico

1) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Categoria IB)

○ Banho Pré-operatório:

- Reduz a Carga Bacteriana (principalmente do local da incisão)
- Garante que a pele está limpa

Apesar de ser menos claro se este procedimento reduz a incidência de infeção, 80% das bactérias em infeções do local cirúrgico têm origem na pele do doente.

WHO (2009),WHO(2016)

ESEL
 Serviço de Especialidade em Saúde Local
 Centro de Saúde de Loures

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

2) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (Categoria IA)
 Dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma nº 031/2013 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica"

A Profilaxia antibiótica cirúrgica tem como objetivo:

- ❖ Impedir a proliferação bacteriana, com a manutenção de níveis adequados tecidulares durante todo o ato cirúrgico e assim diminuir o risco e incidência de ILC
- ❖ Deve ser administrada nos 60 minutos (120 minutos, no caso de vancomicina) que antecedem a cirurgia e deve estar completa antes da incisão cirúrgica

DGS(2013)

ESEL
 Serviço de Especialidade em Saúde Local
 Centro de Saúde de Loures

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

3) Evitar tricotomia (Categoria IA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (Categoria IA)

Se necessária deve ser:

- ❖ Restrita ao local da incisão
- ❖ Realizada imediatamente antes da cirurgia
- ❖ Efetuada fora da sala operatória. Minimiza a dispersão dos cabelos soltos e o potencial de contaminação dos campos cirúrgicos e/ou ferida cirúrgica.
- ❖ Com máquina elétrica. A lâmina provoca microfissuras na pele que servem como focos para a multiplicação bacteriana

WHO (2009),WHO(2016)

ESEL
 Serviço de Especialidade em Saúde Local
 Centro de Saúde de Loures

9 **NORMA Nº020/2015**

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

4) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA)

- ❖ A hipotermia aumenta a incidência de eventos miocárdios, aumenta significativamente o sangramento intraoperatório e a necessidade de transfusão, resultando no aumento da morbimortalidade cirúrgica
- ❖ Deve-se utilizar dispositivos de aquecimento para evitar a hipotermia na sala operatória e durante o procedimento cirúrgico de forma a reduzir quer o risco de infecção da área cirúrgica, quer o de outras complicações associadas à cirurgia

WHO(2016)

ESEL
 Serviço de Especialidade em Saúde Local
 Centro de Saúde de Loures

10 **NORMA Nº020/2015**

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

5) Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (Categoria IA)

- ❖ O aumento dos níveis de glicose durante a cirurgia e pós-operatório ocorre devido ao "stress" cirúrgico. Existe um aumento das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e diminuição da secreção de insulina
- ❖ A hiperglicemia está associada ao aumento do risco de infeções e a má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio
- ❖ O controlo da glicemia intra-hospitalar tem um impacto positivo na morbilidade, mortalidade peri-operatória e tempo de internamento

SPA(2008), WHO (2016)

ESEL
 Serviço de Especialidade em Saúde Local
 Centro de Saúde de Loures

OBJETIVO GERAL

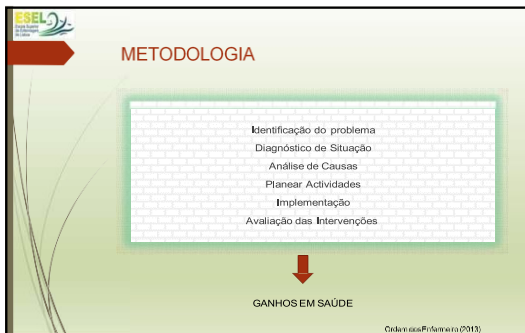
❖ Implementar a Norma nº 020/2015 da DGS "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico no Serviço Neurocirurgia

ESEL
 Serviço de Especialidade em Saúde Local
 Centro de Saúde de Loures

PROBLEMA

Como prevenir a infecção de local cirúrgico na pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica através da implementação das intervenções preconizadas pela Norma nº 020/2015 da DGS "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

DGS (2015)



DIMENSIONAR O PROBLEMA

Inquérito Prevalência Infecção (2012) – Portugal

- ❖ Taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar 10,6% vs UE – 6,1%
- ❖ Dos 65- 85+ anos (12,6% -13,8%)
- ❖ Localização da Infecção
 - Infecção Vias Respiratórias 29,3%
 - Infecção Via urinária 21,1%
 - ✓ Infecção Local Cirúrgico 18%
 - Infecção Corrente Sanguínea 8,1%

DIMENSIONAR O PROBLEMA

IPPI (2012)

- ❖ Taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar 12,53%
- ❖ Serviços Cirúrgicos - Taxa de Infecção 15,8%
- ❖ Serviços de Medicina - Taxa de Infecção 11,2%
- ❖ Idade ≥ 65 anos - 51,2%
- ❖ Taxa de Infecção por localização
 - ✓ Local Cirúrgico (15,4%)
 - Trato Urinário (29,2%)
 - Pneumonia e Infecção da Corrente Sanguínea (23,1%)

Contribuição da Controlo da Infecção (2013)

DIMENSIONAR O PROBLEMA

- ❖ As Instituições devem ter programas de qualidade que visem:
 - Conhecer Taxa de Infecção
 - Categorização / Distribuição da Infecção
 - Conhecer os Fatores de Risco
 - Identificação das Estirpes
 - Padrões de Resistência Antimicrobiana

DGS (2013), Coskun et al. (2007)

17 **DIMENSIONAR O PROBLEMA**

Torna-se essencial:

- ❖ Realizar a Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico através do programa de vigilância europeu HAI-SSI (IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente HELICS-cirurgia)
- ✓ Finalidade criar uma base de dados europeia para as cirurgias mais relevantes
- ✓ Visa contribuir a nível Nacional para a avaliação da incidência da Infecção nos serviços de cirurgia

UGB (2013)

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- ❑ Questionário sobre as recomendações baseadas na evidência para a prevenção de infecção de local cirúrgico (Serviço de Neurocirurgia).
- ❑ Observação das prática (B.O- 21 de novembro a 2 de dezembro de 2016)
- ❑ Observação dos registos clínicos

Nos dois últimos pontos, foi utilizado um instrumento de auditoria clínica definido pela DGS, de forma aleatória, aos doentes internados no serviço com idade ≥ 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica.

ESEL
 ESE - Escola Superior de Enfermagem
 do Litoral Alentejano

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

Colaborar com GCI-PPCIRA:

- ✓ Na revisão da Norma de Procedimento Geral "Medidas de Prevenção e Controlo das Infecções da Ferida Operatória"
- ✓ Na articulação com o Serviço de Endocrinologia para a elaboração de Protocolo "Monitorização da Glicémia capilar no pré, intra e pós-operatório"
- ✓ Na articulação com o Serviço Bloco Operatório para a divulgação da norma DGS

Sessões de formação:

- ✓ Neurocirurgiões e Enfermeiros do Serviço Neurocirurgia
- ✓ Anestesiistas e Enfermeiros do Serviço Bloco Operatório

ESEL
 ESE - Escola Superior de Enfermagem
 do Litoral Alentejano

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

Revisão Norma / Protocolo Clínico no Serviço Neurocirurgia:

- ✓ Norma de procedimento "Cuidados Pré-Operatórios a Doentes Neurocirúrgicos"
- ✓ Protocolo Clínico "Monitorização da Glicémia Capilar no Pré e Pós- Operatório"

Articulação com grupo parametrizador do Sclini:

- ✓ Uniformização da Parametrização (Perfil Enfermagem): Banho Pré- Operatório e Glicémia Capilar

ESEL
 ESE - Escola Superior de Enfermagem
 do Litoral Alentejano

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

Verificar Resultados:

- Reavaliação da implementação das práticas ao fim de 3 meses

ESEL
 ESE - Escola Superior de Enfermagem
 do Litoral Alentejano

SUGESTÕES DECORRENTES DA OBSERVAÇÃO NO BO

Documentos:

- Norma de procedimento/Política sobre a Monitorização da Temperatura Intraoperatória
 (Monitorização da temperatura central a todos os doentes)
- Norma de procedimento/Política sobre a Monitorização da Glicémia Capilar
 (Monitorização e correção da glicémia capilar a doentes diabéticos e não diabéticos)

ESEL
 ESE - Escola Superior de Enfermagem
 do Litoral Alentejano

SUGESTÕES DECORRENTES DA OBSERVAÇÃO NO BO

Recursos Materiais:

- Aquisição de sistemas de monitorização de temperatura para todas as salas operatórias
- Aquisição de glucometros para todas as salas operatórias

ESEL
 ESE - Escola Superior de Enfermagem
 do Litoral Alentejano

SUGESTÕES DECORRENTES DA OBSERVAÇÃO NO BO

Registos:

- Incluir banho pré-operatório na Folha de Verificação Cirúrgica
- Tricotomia - definir onde e quem realiza, podendo ser obviado ou coadjuvado por protocolo
- Existência de um campo específico para o registo da Glicémia Capilar, na Folha de Registo de Enfermagem - Anestesia

ESEL

AVALIAÇÃO

A implementação da Norma pode ser monitorizada e avaliada através de indicadores

Taxa de adesão (mensal, trimestral, semestral, anual) à implementação do "feixe de intervenções" de prevenção de infeção de local cirúrgico:

- Numerador: Número de cirurgias em que foram realizadas todas as intervenções indicadas no feixe;
- Denominador: Número total de cirurgias no tempo considerado

Divulgar as normas de boas práticas, verificar o seu cumprimento e implementar medidas preventivas

DCS/2016

ESEL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coxson et al (2007) Evaluation of nosocomial infections following orthotopic liver surgery. *Antonie van Leeuwenhoek* 7: 104-108
- Diagnóstico de Saúde (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções. *Resistência aos Antimicrobianos*. Análise em 3.01.2017. Disponível em: <http://www.dsa.gov.pt/pt/pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-resistencia-aos-antimicrobianos>. Consultado em 3.01.2017. Disponível em: <http://www.dsa.gov.pt/pt/pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-resistencia-aos-antimicrobianos>
- Diagnóstico de Saúde (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções. *Resistência aos Antimicrobianos*. *Controlo das Práticas de Antibióticos*. Análise em 3.01.2017. Disponível em: <http://www.dsa.gov.pt/pt/pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-resistencia-aos-antimicrobianos>
- Diagnóstico de Saúde (2014). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções. *Resistência aos Antimicrobianos*. *Controlo das Práticas de Antibióticos*. Análise em 3.01.2017. Disponível em: <http://www.dsa.gov.pt/pt/pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-resistencia-aos-antimicrobianos>
- Diagnóstico de Saúde (2015). "Feixe de Intervenções" em Prevenção de Infeção de local cirúrgico. *1. Início*. PDS
- Loeber, M (2012). Infeções e controlo de infeções – Perspetiva actual. *Cadernos de Saúde*, 3: 17-23
- Ministério de Saúde (2003). Critérios do CCI para o "Seguimento das Infeções" – PDS. *1. Início*. Ministério de Saúde

ESEL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministério de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção. Associação de Cuidados de Saúde Primários. Diagnóstico de Saúde
- Ministério de Saúde (2013). *Prevalência de Infeção Hospitalar no Hospital de São João de Antimicrobianos e de Infeção Hospitalar*. In: *Relatório 2013*. Lisboa: Diagnóstico de Saúde
- Roberts et al (2009). *Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infections*. *Journal of the American Medical Association* 301: 2008-2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728442/>
- Pavoni M, Pereira A, Vilasboas J. *Recomendações de boas práticas e fatores de controlo patógenos de doenças infecciosas*. *Revista de Saúde Pública* de Associação de Cuidados de Saúde Primários (RSP) (2012). *Vigilância de Infeções de local cirúrgico*. Relatório 2008-2012. Lisboa: Ministério de Saúde
- WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. *Surge*. WHO Library

ESEL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. *Surge*. WHO Library
- WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. *Surge*. WHO Library
- Kaya K et al (2005). *The Effect of Preoperative Antibiotic Risk of Surgical Site Infection*. *Journal of Infection* 50: 505-507
- Kassirer J et al (2006). *Risk Factors for Surgical Site Infection in Clean Procedures*. *Journal of the American College of Surgeons* 102: 331-336

**APÊNDICE XV. Norma de Procedimento Geral - Cuidados Pré-operatórios a
Doentes Neurocirúrgicos**

<i>Neurocirurgia</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO NEUROC – 3064
----------------------	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	CUIDADOS PRÉ – OPERATÓRIOS A DOENTES NEUROCIRURGICOS
FINALIDADE:	Informar o doente e prevenir falhas que impeçam realização da cirurgia, atrasos e complicações pós-operatórias
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia
PALAVRAS-CHAVE:	Cuidados; pré-operatórios

Autor (es)		Data de elaboração	
Verificação CQSD		Data de Verificação	2016.02.26
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação	Servidor Serviço	Data de Divulgação	

INDICE

INTRODUÇÃO

DESCRIÇÃO

1. CUIDADOS GERAIS

1.1. Informação ao Doente

1.2. Cuidados de Enfermagem na Véspera e Dia da Intervenção Cirúrgica

2. CUIDADOS ESPECÍFICOS

2.1. Banho Pré-Operatório

2.2. Gliolan

2.3. Sistema de Compressão pneumática intermitente

BIBLIOGRAFIA

ABREVIATURAS

AO - Assistente operacional

ENF - Enfermeiro

SNC - Serviço de Neurocirurgia

INTRODUÇÃO

A preparação do doente para a cirurgia é fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico e deve resultar da atuação concertada de uma equipa multidisciplinar que envolve o cirurgião, anestesista e enfermeiro. No que compete ao enfermeiro, a presente norma pretende funcionar como uma “Checklist”, prevenindo falhas que possam comprometer a realização da cirurgia ou o sucesso da mesma.

Embora não estando referido na Descrição, a realização detalhada da **história clínica e do exame objetivo**, fundamentais na avaliação pré-operatória, parte-se do pressuposto que são realizados no acolhimento do doente (Avaliação Inicial).

Realça-se ainda a importância de explicar ao doente o percurso e procedimento cirúrgico a que irá ser submetido, devendo-se explicar e/ou encaminhar para um melhor esclarecimento sempre que se identifique a existência de dúvidas.

DESCRIÇÃO

1. CUIDADOS GERAIS

1.1. Informação ao Doente

O Enfermeiro Responsável pelo doente, informa e esclarece o doente sobre:

1. Entrega de valores à família ou necessidade de fazer espólio;
2. Necessidade de retirar próteses e adornos antes da ida para o BO e como proceder;
3. O facto de não ser feita tricotomia no serviço;
4. Cuidados de Higiene Oral e das Unhas
5. Banho Pré-operatório
6. Necessidade de remover maquilhagem e verniz das unhas;
7. Necessidade de fazer preparação intestinal;
8. Necessidade de vestir roupa própria fornecida pelo hospital, para ir para o Bloco Operatório;
9. Possíveis alterações da autoimagem no pós-operatório, nomeadamente a nível de cabelo;
10. Necessidade de respeitar jejum pré-operatório (24h);
11. Pré-medicação e cuidados a ter;
12. Possibilidade de apoio pela unidade da Dor;
13. Transporte para a sala de operações, quem e como será feito;
14. Necessidade de ficar no Recobro no pós-operatório;
15. Possibilidade de no regresso ao serviço ficar temporariamente na Unidade Intermédia ou Intensiva;
16. Eventuais tubos, pensos e imobilizações com que poderá acordar;
17. Hora prevista da cirurgia;
18. Possibilidade de visitas no pós-operatório

1.2. Cuidados de Enfermagem na Véspera e Dia da Intervenção Cirúrgica

O Enfermeiro Responsável pelo doente deve:

VESPERA DA INTERVENÇÃO CIRURGICA	DIA DA INTERVENÇÃO CIRURGICA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rever informação da consulta de anestesia; ✓ Validar se o doente está elucidado sobre o procedimento a que vai ser sujeito, esclarecendo o que é do seu âmbito e/ou providenciando esclarecimento médico ✓ Confirmar medicação prescrita pelo anestesista ou outro médico; ✓ Solicitar exames de diagnóstico em posse do doente e providenciar a realização dos prescritos. É previsível que tenha os seguintes exames: <ul style="list-style-type: none"> - TAC ou RM - Rx Tórax - ECG - Análises; ✓ Executar colheita de sangue para tipagem quando solicitado; ✓ Promover/executar a preparação intestinal; ✓ Supervisionar / executa Banho Pré-operatório; ✓ Supervisionar / executa cuidados de higiene oral e unhas; ✓ Iniciar o preenchimento da folha de verificação cirúrgica (no turno da Tarde); ✓ Administrar Pré-medicação e executa atitudes terapêuticas prescritas; ✓ Assegurar Jejum de 24h (regista no Plano de Cuidados – Sclinic, regista em Quadro de Cuidados sala de trabalho, regista na cabeceira do doente, informa Assistentes Operacionais e família). ✓ Avaliar os Sinais Vitais e efetuar os respetivos registos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Supervisionar / executar Banho Pré-Operatório com pelo menos 2h com cloro-hexidina a $\geq 2\%$ antes da cirurgia; ✓ Supervisionar / executar cuidados de higiene oral e unhas ✓ Providenciar camisa aberta nas costas; ✓ Providenciar meias de compressão (prevenção de tromboembolismo); ✓ Fazer espólio de valores (ver NPG 3065); ✓ Administrar pré-medicação e executar atitudes terapêuticas prescritas; ✓ Avaliar os Sinais Vitais e efetuar os respetivos registos; ✓ Cateterizar veia periférica (mão preferencialmente) e coloca em curso Soro Fisiológico 1000cc – utiliza Prolongamento 1mt; ✓ Avaliar Glicémia Capilar antes de ir para o Bloco Operatório ✓ Doentes diabéticos – Considerar a colocação de perfusão de Dextrose em SF a 5% consoante o valor da Glicémia Capilar; ✓ Validar a prescrição da Profilaxia antibiótica. ✓ Promover ida ao sanitário (esvaziar a bexiga antes de ir para o Bloco Operatório); ✓ Validar identificação do doente (com o próprio/pulseira e com identificação da cama); ✓ Validar e confirmar o preenchimento da Lista de Verificação Cirúrgica (HGO.Mod.01/150) ✓ <u>Acompanhar o doente ao Bloco Operatório:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1º Tempo – desce às 7h30m (Enfª. + AO do SNC);

	<ul style="list-style-type: none">➤ Tempos operatórios seguintes <p>descem após chamada do Bloco Operatório (Enfª + AO da equipa de Transportes);</p> <p><u>No Bloco Operatório:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Validar o nome do doente com o próprio e/ou com a pulseira;➤ Entregar o Processo Clínico e exames ao Enfermeiro do Bloco Operatório, transmitindo dados relevantes sobre o doente.
--	--

2. CUIDADOS ESPECÍFICOS

2.1. Banho Pré-Cirúrgico

- Banho com Cloro-hexidina 4% sabão (CORPO e COURO CABELUDO), na noite antes da cirurgia e na manhã do dia da cirurgia pelo menos 2h antes da cirurgia
- Aplicar 30ml da solução e esfregar suavemente o couro cabeludo. Deixar atuar 2 minutos e enxaguar abundantemente.
- Repetir o procedimento.
- Aplicar 30ml da solução e esfregar suavemente o corpo. Deixar atuar 2 minutos e enxaguar abundantemente.
- Repetir o procedimento.
- Secar com toalha lavada.
- Vestir camisa lavada.
- Trocar a roupa da cama por lençóis lavados

2.2. Gliolan

- Administrar *Gliolan* (indicado para visualização de tecidos malignos durante a cirurgia) quando prescrito:

1. Dissolver o pó em 50 ml de água potável.
2. Beber a solução preparada 3 horas antes do início da anestesia (validar horário com o médico)
3. Se a cirurgia for adiada não administrar dose extra.
4. Após administração despistar náuseas, hipotensão e/ou reações cutâneas (tipo rubor ou queimadura).
5. Em pessoas com doença cardíaca documentada estar atento a sinais de hipotensão.
6. Após administração, proteger o doente de exposição a fontes de luz durante 24h, particularmente os olhos.
7. Não deve ser administrado em casos de porfíria e em grávidas.

2.3. Sistema de Compressão Pneumática Intermitente

Nos doentes com risco acrescido de tromboembolismo e/ou cirurgias prolongadas, o enfermeiro deve colocar, sempre que prescrito, o sistema de compressão pneumática intermitente antes do doente ir para o bloco Operatório, independente deste ter meias de compressão.

BIBLIOGRAFIA

DGS - Norma 18/2014 de 9/12/2014 Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus*. Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados

DGS - Norma 20/2015 de 15/12/2015 "Feixe de intervenções" de Prevenção de Infeção de local cirúrgico

APÊNDICE XVI. Protocolo Clínico - Controle da Glicemia Capilar no Pré e Pós-Operatório

	PROTOCOLO CLÍNICO NEUROC – 4000	ou NOC Nº 2XXX	POI Nº XXXX
<i>Neurocirurgia</i>			

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	CONTROLO DA GLICÉMIA CAPILAR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO
FINALIDADE:	Manter Glicémia ≤ 180 mg/dl nas 24h após a cirurgia
DESTINATÁRIOS:	Médicos e Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia
PALAVRAS-CHAVE:	Glicémia / Insulina

Autor (es)	Dr. [REDACTED], Enfª [REDACTED], Sandra Santos	Data de elaboração	17.01.17
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	

CONCEITO

O presente protocolo visa dar cumprimento ao “Feixe de Intervenções” *Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*, conforme normativo da Direção Geral de Saúde, concretamente no item e):

Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (Categoria IA)

A razão para a associação entre a hiperglicemia e infeção pós-cirúrgica ainda não é clara. Existem suspeitas:

- Que níveis elevados de glicose no sangue podem comprometer o sistema imune aumentando o risco de infeção, ou
- Que a insulina possa ter um efeito anti-inflamatório ou anti-infecioso, ou
- Apenas que hiperglicemia esteja apenas associada ao risco de infeção, sem que seja a causa.

Contudo, inúmeros estudos científicos têm associado a infeção de local cirúrgico com glicémia elevada, levando a que seja uma recomendação com **Categoria IA** (existem evidências e/ou consenso geral de que o procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz. Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises).

DESCRIÇÃO

Médico Neurocirurgião:

- Prescreve em Sclinic, no Sistema Gestão Integrada do Circuito Medicamento (SGICM): **“Insulina segundo protocolo”**, para todos os doentes que não estejam a fazer esquema de insulina e que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica.

Enfermeiro:

- Deve efetuar pesquisa da glicémia capilar:
 - ✓ Imediatamente antes do doente ir para o Bloco Operatório;
 - ✓ No pós-operatório imediato de 6/6h durante 24h
- Administra **Insulina Humana Ação Curta** consoante o Protocolo de Serviço NC (Med / Enf) – 2:

GLICÉMIA CAPILAR	TERAPÊUTICA	DOSE	VIA
< 80	GLICOSE HIPERTÓNICA	2 F	I.V
80 - 160	INSULINA ACTRAPID	0 U.I.	S.C
160 - 240	INSULINA ACTRAPID	4 U.I.	S.C
240 - 320	INSULINA ACTRAPID	6 U.I.	S.C
> 320	INSULINA ACTRAPID	10 U.I.	S.C

- Registos no Sclinic (perfil de enfermagem)
 - ✓ Selecionar o FOCO de ATENÇÃO: **Metabolismo Energético**
 - ✓ Selecionar a INTERVENÇÃO de ENFERMAGEM: **Monitorizar Glicemia Capilar**
 - ✓ Atribuir HORÁRIO á Intervenção de Enfermagem: **Monitorizar Glicémia Capilar** conforme **Protocolo Clínico do Serviço**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma DGS Nº 20/2015 de 15/12/2015 - *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*

APÊNDICE XVII. Planos das Sessões de Formação no Serviço Neurocirurgia

Plano da Sessão de Formação

Tema: Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa.

Finalidade: Apresentação do Projeto de Estágio à equipa Médica e de Enfermagem do Serviço de Neurocirurgia

População- Alvo: A sessão é destinada a todos os médicos e enfermeiros do Serviço

Local: Sala de Reuniões do Serviço

Data: 18/01/2017 **Hora:** 09.30 **Duração:** 35 minutos

Formadora: Sandra Santos

Objetivos Gerais:

- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem e o que é possível melhorar a nível das práticas dos diversos profissionais com a intenção de prevenir a Infeção de local Cirúrgico na Pessoa Idosa

Objetivos Específicos:

- Apresentar os resultados obtidos dos questionários, e dos registos clínicos, onde foi utilizado um instrumento de auditoria clinica definido pela DGS, de forma aleatória aos doentes internados no serviço com idade ≥ 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica.

- Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa no Serviço de Neurocirurgia
- Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa do Serviço promotoras na Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio	Contextualização da problemática em estudo	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10min
Apresentar os resultados obtidos dos questionários, e dos registos clínicos, onde foi utilizado um instrumento de auditoria clinica definido pela DGS, de forma aleatória aos doentes internados no serviço com idade ≥ 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica.	Análise dos conhecimentos e das práticas da equipa relativamente á prevenção de Infeção de Local Cirúrgico segundo a norma da DGS.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10 min
Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa do Serviço promotoras na Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.	Planeamento de estratégias de mudança e metas a atingir para otimizar a Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.	Método expositivo Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador projeção em LCD	15 min

Plano da Sessão de Formação

Tema: Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa.

Finalidade: Apresentação do Projeto de Estágio à equipa de Enfermagem do Serviço de Neurocirurgia

População- Alvo: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do Serviço

Local: Sala de Reuniões do Serviço

Data: 31/01/2017 **Hora:** 14.00 **Duração:** 45 minutos

Formadora: Sandra Santos

Objetivos Gerais:

- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem e o que é possível melhorar a nível das práticas dos diversos profissionais com a intenção de prevenir a Infeção de local Cirúrgico na Pessoa Idosa

Objetivos Específicos:

- Apresentar os resultados obtidos dos questionários, e dos registos clínicos, onde foi utilizado um instrumento de auditoria clinica definido pela DGS, de forma aleatória aos doentes internados no serviço com idade ≥ 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica.
- Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa no Serviço de Neurocirurgia

- Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa do Serviço promotoras na Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio	Contextualização da problemática em estudo	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10min
Apresentar os resultados obtidos dos questionários, e dos registos clínicos, onde foi utilizado um instrumento de auditoria clinica definido pela DGS, de forma aleatória aos doentes internados no serviço com idade ≥ 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica.	Análise dos conhecimentos e das práticas da equipa relativamente á prevenção de Infecção de Local Cirúrgico segundo a norma da DGS.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	15 min
Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa do Serviço promotoras na Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.	Planeamento de estratégias de mudança e metas a atingir para otimizar a Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.	Método expositivo Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador projeção em LCD	20 min

**APÊNDICE XVIII. Ação de Formação realizada à equipa Médica e de
Enfermagem do Serviço de Neurocirurgia**

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico (ILC)

Professora – Dr^a Idalina Gomes
Orientadora Estágio – En^lª Chefe

SANDRA SANTOS
Jan 2017

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

2 INTRODUÇÃO

Serviço Neurocirurgia em parceria com a Unidade de Investigação, Desenvolvimento em Engenharia Mecânica e Industrial (UIDEM) e a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UIDe) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- ❖ Desenvolvimento projeto de implementação de medidas de prevenção e controlo da Infeção Local Cirúrgico (ILC) na pessoa idosa:
 - Caracterização da ILC
 - Fatores de riscos associados
 - Identificação das estirpes da ILC
- ❖ A análise e divulgação dos resultados será fundamental:
 - Desenvolvimento de mudanças/melhorias na prevenção da ILC
 - Estimular a aplicação do estudo a outros serviços do Hospital.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

3 PROBLEMA

A Infeção de Local Cirúrgico (ILC) é um problema grave e dispendioso e está associada à hospitalização prolongada e aumento da mortalidade e da morbilidade.

Como prevenir a infeção de local cirúrgico na pessoa idosa submetido a uma intervenção cirúrgica através da implementação das intervenções preconizadas pela Norma nº 020/2015 da DGS "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico?

- ❖ Cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento da mortalidade em 2 a 11 vezes.
- ❖ Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência (no pré, intra e pós-operatório) e de "feixes de Intervenções"

DGS (2015)

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

4 OBJETIVO GERAL

- ❖ Implementar a Norma nº 020/2015 da DGS "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

5 NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico

- ❖ Infeção Local Cirúrgico
 - Infeções que ocorrem no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espazo) nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até um ano no caso de colocação de próteses, implante/transplante.
- ❖ Fatores de risco
 - Intrínsecos-Infeção pré-existente, idade avançada, obesidade, desnutrição, tabagismo, diabetes, doenças crónicas e imunossupressão.
 - Extrínsecos-Preparação pré-operatória, profilaxia antibiótica, duração do ato cirúrgico, técnica asséptica, cuidados pós-operatórios...

DGS (2013)

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

6 NORMA Nº020/2015

ALGORITMO CLÍNICO

DGS (2015)

7 NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- 1) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Categoria IB)
- 2) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (Categoria IA)
Dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma nº 031/2013 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica"
- 3) Evitar tricotomia (Categoria IA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (Categoria IA)

8 NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- 4) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA)
- 5) Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (Categoria IA)

9 NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

Torna-se essencial:

- ◆ Divulgar as normas de boas práticas, verificar o seu cumprimento e implementar medidas preventivas
- ◆ Realizar a Vigilância Epidemiológica da Infecção de Local Cirúrgico através do programa de vigilância europeu HAI-SSI (IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente HELICS-cirurgia)

10 NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- ◆ As Instituições devem ter programas de qualidade que visem:
 - Conhecer Taxa de Infecção
 - Categorização / Distribuição da Infecção
 - Conhecer os Fatores de Risco
 - Identificação das Esalrpes
 - Padrões de Resistência Antimicrobiana

DGS (2013); Coskun et al.(2007)

11 DIMENSIONAR O PROBLEMA

Inquérito Prevalência Infecção (2012) – Portugal

- ◆ Taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar 10,6% vs UE – 6,1%
- ◆ Dos 65- 85+ anos (12,6% -13,8%)
- ◆ Localização da Infecção
 - Infecção Vias Respiratórias 29,3%
 - Infecção Via urinária 21,1%
 - ✓ Infecção Local Cirúrgico 18%
 - Infecção Corrente Sanguínea 8,1%

12 DIMENSIONAR O PROBLEMA

(IPI 2012)

- ◆ Idade ≥ 65 anos - 51,2%
- ◆ Taxa de Infecção por localização
 - ✓ Local Cirúrgico (15,4%),
 - Trato Urinário (29,2%),
 - Pneumonia e Infecção da Corrente Sanguínea (23,1%)

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde Local
 do Hospital de Braga

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- Questionário sobre as recomendações baseadas na evidência para a prevenção de infeção de local cirúrgico (Serviço de Neurocirurgia).
- Observação das práticas
- Observação dos registos clínicos

Nos dois últimos pontos, foi utilizado um instrumento de auditoria clínica definido pela DGS, de forma aleatória, aos doentes internados no serviço com idade \geq 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica.

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde Local
 do Hospital de Braga

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Contagem de Categoria Profissional

Categoria Profissional	Contagem
Médico Es...	1
Enfermeiro...	2
Enfermeiro E...	18
Médico Espe...	5
Médico C.M...	5
Médico C.No...	1
Outros Esp...	3

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde Local
 do Hospital de Braga

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

15

Banho com cloro-hexidina \geq 2%, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência

O banho pré-cirúrgico deve ser realizado:

- Em casa
- No dia anterior à cirurgia
- No dia da cirurgia
- No dia anterior à cirurgia
- No dia da cirurgia

O banho pré-cirúrgico deve ser realizado com:

- Cloro-hexidina
- Alcool
- Alcool
- Alcool
- Alcool
- Alcool

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde Local
 do Hospital de Braga

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

16

Banho com cloro-hexidina \geq 2%, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência

- Existe no Serviço de Neurocirurgia, protocolo pré-operatório que embora contenha aspetos da norma da DGS carece de revisão.
- O procedimento de banho pré-operatório não é sistemático, estando relacionado com o "timing" da admissão no serviço.
- Nem sempre são cumpridos os dois momentos (véspera e dia da cirurgia) preconizados pela norma da DGS.

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde Local
 do Hospital de Braga

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

17

Banho com cloro-hexidina \geq 2%, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência

- Existem doses unitárias e folheto com orientações para entregar ao doente sobre o banho pré-operatório.
- Não é fornecido de forma sistemática a Cloro-hexidina \geq 2% aos doentes, nem é efetuado ensino para realizarem o procedimento no domicílio
- Nem sempre é registado no Sclenic (perfil de enfermagem) o procedimento efetuado.
- Não é efetuado o registo deste procedimento na folha de verificação cirúrgica

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde Local
 do Hospital de Braga

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

18

Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores a incisão cirúrgica em dose única, sempre que indicado, ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a norma

O antibiótico para a profilaxia antibiótica cirúrgica deve ser administrado:

- Em dose única ou durante um máximo de 24h
- Em dose única ou durante um máximo de 48h
- Em dose única ou durante um máximo de 60h
- Todas as respostas

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

19 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores a incisão cirúrgica em dose única, sempre que indicado, ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a norma

- É cumprida a administração do antibiótico para a profilaxia antibiótica como preconizado.
- Não existe prescrição clínica do antibiótico profilático no pré-operatório, quer na prescrição terapêutica, quer na Ficha anestésica (Consulta de Anestesia)

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

20 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica

A tricotomia deve ser realizada com:

Método	Comparação da tricotomia nos 200 procedimentos
Máquina de corte	~35
Lamina Barber	~5

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

21 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica

A tricotomia é um procedimento que na intervenção cirúrgica deve ser:

Método	Comparação da tricotomia nos 200 procedimentos que na intervenção cirúrgica deve ser
Toda a cabeça raspada	~10
Cabeça rasada imediatamente antes da intervenção cirúrgica	~18
Etricotomia	~5
Depilação efetuada	~3
Não é efetuada	~1

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

22 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica

A tricotomia quando for necessária deve ser efetuada:

Timing	Porcentagem
No dia anterior à cirurgia	25%
60-90 min antes da cirurgia	3%
No momento de entrar	55%
Imediatamente antes da cirurgia, se necessário	13%
Todas incorretas	-

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

23 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica

- É realizada pelo Neurocirurgião no Bloco Operatório
- Não é efetuado o registo do procedimento (tricotomia) no processo clínico do doente, não estando uniformizado o seu registo.

ESEL
 Centro de Estudos de Saúde da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

24 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5$)

O doente no peri-operatório deve manter uma temperatura de:

Temperature	Porcentagem
Temperatura Central $\geq 36,5^\circ\text{C}$	11,9%
Temperatura periférica $\geq 35,5^\circ\text{C}$	27,4%
Todas incorretas	30,7%
Temperatura Central $\leq 36,5^\circ\text{C}$	29,9%

25 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5\%$)

- Não existe protocolo no Serviço Bloco Operatório
- Não é prática corrente a monitorização da temperatura central ou periférica aos doentes no intra-operatório e recobro cirúrgico.
- Esta recomendação é por muitos profissionais desconhecida.

26 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24horas seguintes

A Glicemia no doente deve:

- 35.3% Ser mantida ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 48h
- 22.4% Todas as respostas
- 20.4% Ser mantida ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24h seguintes
- 19.4% Não é relevante

27 **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24horas seguintes

- A monitorização da glicemia capilar é efetuada apenas em doentes diabéticos ou sob corticoterapia mediante protocolo do serviço
- Não é efetuada a monitorização da glicémia capilar nos doentes não diabéticos, nomeadamente antes ou após cirurgia
- Não existe protocolo específico de Monitorizar Glicémia capilar pré-operatória, intra-operatória ou pós-operatória em doentes não diabéticos
- A pesquisa da glicémia capilar é avaliada apenas no intra-operatório, a doentes diabéticos

28 **PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES**

- Sessões de formação dirigidas aos Neurocirurgiões, Anestesiistas e Enfermeiros.
- Reestruturar a norma de procedimento nº 3064 "CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS A DOENTES NEUROCRURGICOS", já existente no Serviço.
- Colaborar com o GCL-PPCIRA para a implementação da Norma da DGS no Bloco Operatório

29 **PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES**

Normotermia (temperatura ≥ 35)

- Incluir a entrega e fazer ensino para o banho pré-cirúrgico com Cloro-hexidina 2% no projecto de consulta de enfermagem pré-operatória
- Incluir o registo do banho pré-operatório na Folha de Verificação Cirúrgica
- Revisão da parametrização do Sclinc (partil enfermagem)

Profilaxia AB

- Realização de normas sobre a Prescrição da Profilaxia Cirúrgica, definindo: Quem prescreve?, quando prescrever? (GCL-PPCIRA)

Lyter Tricotomia

- Documentar o registo da tricotomia realizada

30 **PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES**


Manter Normotermia

- Elaborar norma de monitorização da temperatura central peri-operatória
- Existência de sistemas de monitorização de temperatura dos tecidos profundos, em todas as salas operatórias

Manter Glicémia

- Criar protocolo para a pesquisa de glicémia capilar durante a cirurgia e nas 24h seguintes para doentes diabéticos e não diabéticos (Serviço Endocrinologia)
- Monitorizar glicemia capilar no intraoperatório a doentes diabéticos e não diabéticos, assegurando a normoglicémia
- Elaboração de protocolo "Monitorização da Glicémia capilar no pré e pós-operatório" no Serviço NC

**APÊNDICE XIX. Ação de Formação realizada à equipa de Enfermagem do
Serviço de Neurocirurgia**




Prevenção
Infecção de Local Cirúrgico (ILC)

Neurocirurgia
Enfermeiros

Professora – Dr.ª Idalina Gomes
Orientadora Estágio – En.ª Chefe


SANDRA SANTOS
Fev. 2017



INTRODUÇÃO

EPE/ Serviço Neurocirurgia em parceria com a Unidade de Investigação Desenvolvimento em Engenharia Mecânica e Industrial (UIDEM) e a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UIDe) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Desenvolvimento projeto de implementação de medidas de prevenção e controlo da Infecção Local Cirúrgico (ILC) na pessoa idosa :
 - Caracterização da ILC
 - Fatores de riscos associados
 - Identificação das estirpes da ILC
- A análise e divulgação dos resultados será fundamental:
 - Desenvolvimento de mudanças/melhorias na prevenção da ILC
 - Estimular a aplicação do estudo a outros serviços do Hospital.



PROBLEMA

A Infecção de Local Cirúrgico (ILC) é um problema grave e dispendioso e está associada à hospitalização prolongada e aumento da morbilidade e da mortalidade.


A Prevenção de Complicações
 "Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes"

Identificação e Análise do Problema / Estabelecimento de Estratégias / Prescrição de intervenções / Implementação e Avaliação das Intervenções

↓

GANHOS EM SAÚDE
O ENFERMEIRO TEM UM PAPEL PREPONDERANTE.

DCS (2015)
Ordem dos Enfermeiros (2011)




PROBLEMA

Como prevenir a infecção de local cirúrgico na pessoa idosa submetido a uma intervenção cirúrgica através da implementação das intervenções preconizadas pela Norma nº 020/2015 da DGS "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico?

- Cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento da mortalidade em 2 a 11 vezes.
- Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência (no pré, intra e pós-operatório) e de "feixes de Intervenções"

DCS (2015)



PROBLEMA

Aumento do risco de ILC na pessoa idosa ,deve-se:

- As múltiplas patologias associadas, as alterações do sistema imunológico relacionadas com a idade, na fagocitose, migração celular e produção de anticorpos.


As consequências em comparação com as outras faixas etárias tendem-se a agravar, devido:

- Vulnerabilidade, fragilidade, podendo retardar a sua recuperação, aumentando o tempo de internamento, o risco de desenvolver outras complicações e o aumento o risco de mortalidade.

A prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, nesta faixa etária, é particularmente importante.

Bagdasarian, Schmaier & Kaye(2013)

3/02/18



OBJETIVO GERAL

- Implementar a Norma nº 020/2015 da DGS "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico no Serviço de Neurocirurgia.

3/02/18

ESEL
Associação Brasileira de Escolas de Saúde Pública

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

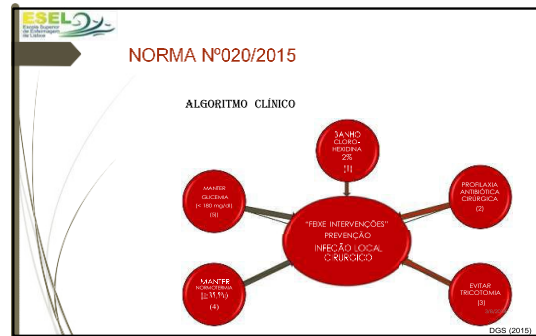
- ◆ Infecção Local Cirúrgico

Infecções que ocorrem no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco) nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até um ano no caso de colocação de próteses, implante/transplante.
- ◆ Fatores de risco

Intrínsecos-Infecção pré-existente, idade avançada, obesidade, desnutrição, tabagismo, diabetes, doenças crônicas e imunossupressão.

Extrínsecos-Preparação pré-operatória, profilaxia antibiótica, duração do ato cirúrgico, técnica asséptica, cuidados pós-operatórios...

DGS (2013) 00019



ESEL
Associação Brasileira de Escolas de Saúde Pública

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- 1) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Categoria IB)

O Banho Pré-operatório:

 - Reduz a Carga Bacteriana (local da incisão)
 - Garante que a pele está limpa

Apesar de não ter mostrado reduzir a incidência de infecção do local cirúrgico, 80% das bactérias em infecções do local cirúrgico têm origem na pele do doente.

WHO (2009),WHO(2016)

ESEL
Associação Brasileira de Escolas de Saúde Pública

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- 2) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (Categoria IA)

Dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma nº 031/2013 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica"

A Profilaxia antibiótica cirúrgica tem como objetivo:

 - ◆ Impedir a proliferação bacteriana, com a manutenção de níveis adequados tecidulares durante todo o ato cirúrgico e assim diminuir o risco e incidência de ILC.
 - ◆ Deve ser administrada nos 60 minutos (120 minutos, no caso de vancomicina) que antecedem a cirurgia e deve estar completa antes da incisão cirúrgica.

DGS(2013)

ESEL
Associação Brasileira de Escolas de Saúde Pública

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- 3) Evitar tricotomia (Categoria IIA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (Categoria IA)

Se necessária deve ser:

 - ◆ Restrita ao local da incisão
 - ◆ Realizada imediatamente antes da cirurgia
 - ◆ Efetuada fora da sala operatória. Minimiza a dispersão dos cabelos soltos e o potencial de contaminação dos campos cirúrgicos e /ou ferida cirúrgica.
 - ◆ Com máquina elétrica. A lamina provoca microfissuras na pele que servem como focos para a multiplicação bacteriana

WHO (2009),WHO(2016)

ESEL
Associação Brasileira de Escolas de Saúde Pública

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- 4) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA)
 - A hipotermia aumenta a incidência de eventos adversos miocárdios, aumenta significativamente o sangramento intraoperatório e a necessidade de transfusão, resultando no aumento da morbimortalidade cirúrgica
 - A manutenção da normotermia, reduz o risco de infecção. Deve-se utilizar dispositivos de aquecimento para evitar a hipotermia na sala operatória e durante o procedimento cirúrgico de forma a reduzir quer o risco de infecção da área cirúrgica quer o de outras complicações associadas à cirurgia

WHO(2016)

ESEL
Associação Europeia de Especialistas em Infecções e Doenças Infecciosas

13

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

5) Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (Categoria IA)

- O aumento dos níveis de glicose durante a cirurgia e pós-operatório ocorre devido ao "stress" cirúrgico. Existe um aumento das hormonas contrareguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e diminuição da secreção de insulina
- A hiperglicemia está associada ao aumento do risco de infeções e a má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colágeno
- O controlo da glicemia intra-hospitalar tem um impacto positivo na morbilidade, mortalidade peri-operatória e tempo de internamento (SPAJ2008, WHO(2018))

ESEL
Associação Europeia de Especialistas em Infecções e Doenças Infecciosas

14

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

É essencial:

- ❖ Divulgar as normas de boas práticas, verificar o seu cumprimento e implementar medidas preventivas
- ❖ Realizar a Vigilância Epidemiológica da Infecção de Local Cirúrgico através do programa de vigilância europeu HAI-SSI (IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente HELICS-cirurgia)

ESEL
Associação Europeia de Especialistas em Infecções e Doenças Infecciosas

15

NORMA Nº020/2015

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- ❖ As Instituições devem ter programas de qualidade que visem:
 - Conhecer Taxa de Infecção
 - Categorização / Distribuição da Infecção
 - Conhecer os Fatores de Risco
 - Identificação das Estirpes
 - Padrões de Resistência Antimicrobiana

DGS(2013); Coakum et al.(2007)

ESEL
Associação Europeia de Especialistas em Infecções e Doenças Infecciosas

DIMENSIONAR O PROBLEMA

Inquérito Prevalência Infecção (2012) – Portugal

- ❖ Taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar 10,6% vs UE – 6,1%
- ❖ Dos 65-85+ anos (12,6%-13,8%)
- ❖ Localização da infecção
 - Infecção Vias Respiratórias 29,3%
 - Infecção Via urinária 21,1%
 - ✓ Infecção Local Cirúrgico 18%
 - Infecção Corrente Sanguínea 8,1%

ESEL
Associação Europeia de Especialistas em Infecções e Doenças Infecciosas

DIMENSIONAR O PROBLEMA

(IFI 2012)

- ❖ Taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar 12,53%
- ❖ Serviços Cirúrgicos - Taxa de Infecção 15,8%
- ❖ Serviços de Medicina - Taxa de Infecção 11,2%
- ❖ Idade ≥ 65 anos - 51,2%
- ❖ Taxa de Infecção por localização
 - ✓ Local Cirúrgico (15,4%)
 - Trato Urinário (29,2%)
 - Pneumonia e Infecção da Corrente Sanguínea (23,1%)

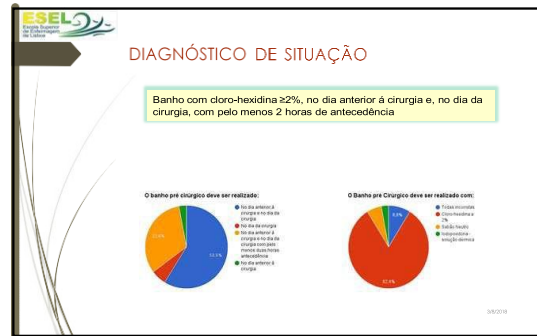
Comissão de Controlo de Infecção (CCI)

ESEL
Associação Europeia de Especialistas em Infecções e Doenças Infecciosas

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

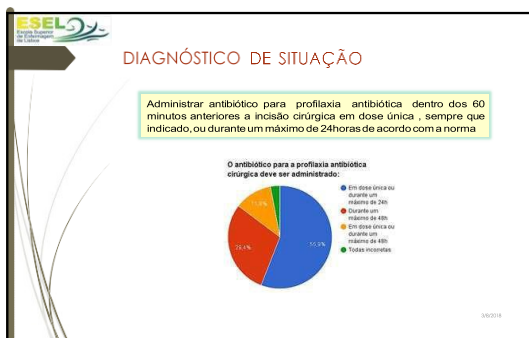
- Questionário sobre as recomendações baseadas na evidência para a prevenção de infeção de local cirúrgico (Serviço de Neurocirurgia).
- Observação das práticas
- Observação dos registos clínicos

Nos dois últimos pontos, foi utilizado um instrumento de auditoria clínica definido pela DGS, de forma aleatória, aos doentes internados no serviço com idade ≥ 65 anos que foram submetidos a intervenção cirúrgica.

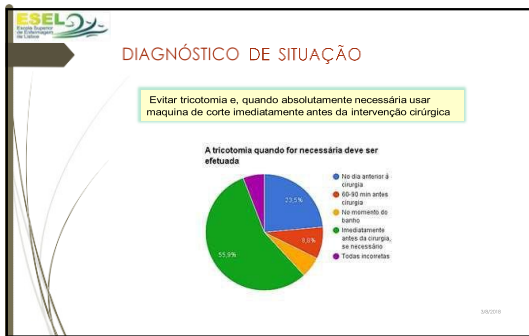
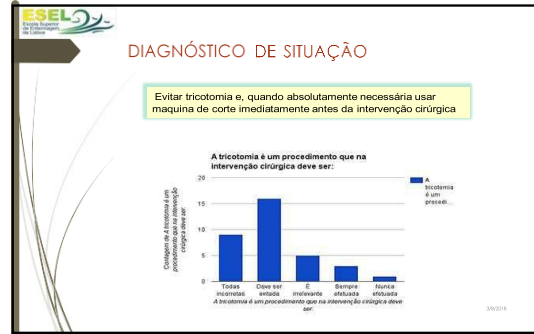
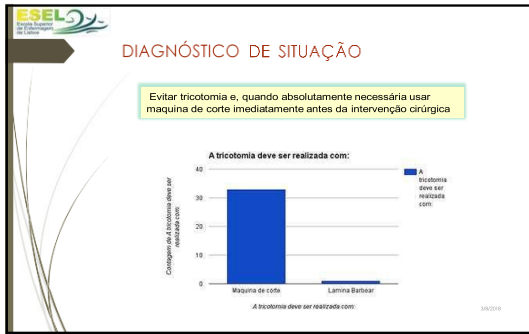


- ESEL**
 Serviço de Saúde
 do Centro Hospitalar de Coimbra
- ### DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO
- Banho com cloro-hexidina $\geq 2\%$, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência
- Existe no Serviço de Neurocirurgia, protocolo pré-operatório que embora contenha aspetos da norma da DGS carece de revisão.
 - O procedimento de banho pré-operatório não é sistemático, estando relacionado com o "timing" da admissão no serviço.
 - Nem sempre são cumpridos os dois momentos (véspera e dia da cirurgia) preconizados pela norma da DGS.
 - Existem doses unitárias e folheto com orientações para entregar ao doente sobre o banho pré-operatório.
- 30/03/18

- ESEL**
 Serviço de Saúde
 do Centro Hospitalar de Coimbra
- ### DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO
- Banho com cloro-hexidina $\geq 2\%$, no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência
- Não é fornecido de forma sistemática a Cloro-hexidina $\geq 2\%$ aos doentes, nem é efetuado ensino para realizarem o procedimento no domicílio
 - Nem sempre é registado no Sclenic (perfil de enfermagem) o procedimento efetuado.
 - Por vezes é selecionada atitude terapêutica Protocolo Pré-operatório, mas este carece de revisão da norma existente.
 - Não é efetuado o registo deste procedimento na folha de verificação cirúrgica.



- ESEL**
 Serviço de Saúde
 do Centro Hospitalar de Coimbra
- ### DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO
- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores a incisão cirúrgica em dose única, sempre que indicado, ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a norma
- É cumprida a administração do antibiótico para a profilaxia antibiótica como preconizado.
 - Não existe prescrição clínica do antibiótico profilático no pré-operatório, quer na prescrição terapêutica, quer na Ficha anestésica (Consulta de Anestesia)
- 30/03/18



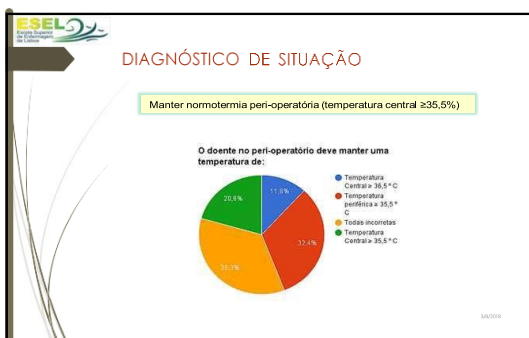
ESEL
Serviço de Saúde
de Évora

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica

- É realizada pelo Neurocirurgião no Bloco Operatório
- Não é efetuado o registo do procedimento (tricotomia) no processo clínico do doente, não estando uniformizado o seu registo.

5/8/2018



ESEL
Serviço de Saúde
de Évora

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5\%$)

- Não existe protocolo no Serviço Bloco Operatório
- Não é prática corrente a monitoração da temperatura central ou periférica aos doentes no intra-operatório e recobro cirúrgico.

5/8/2018

ESEL
 Serviço de Endocrinologia e Diabete

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24horas seguintes

A Glicemia no doente deve:

Categoria	Porcentagem
Ser mantida ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24h	33.7%
Toda a incógnita	22.1%
Ser mantida ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24h seguintes	22.1%
Não é relevante	15.7%
Ser mantida ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24h seguintes	5.7%

24/03/18

ESEL
 Serviço de Endocrinologia e Diabete

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Manter glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia e nas 24horas seguintes

- A monitorização da glicemia capilar é efetuada apenas em doentes diabéticos ou sob corticoterapia mediante protocolo do serviço
- Não é efetuada a monitorização da glicemia capilar nos doentes não diabéticos, nomeadamente antes ou após cirurgia
- Não existe protocolo específico de Monitorizar Glicemia capilar pré-operatória, intra-operatória ou pós-operatória em doentes não diabéticos
- A pesquisa da glicemia capilar é avaliada apenas no intra-operatório, a doentes diabéticos

24/03/18

ESEL
 Serviço de Endocrinologia e Diabete

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

- Sessões de formação dirigidas aos Neurocirurgiões, Anestesiistas e Enfermeiros.
- Restituir a norma de procedimento nº 3064 "CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS A DOENTES NEUROCRANIAIS", já existente no Serviço.
- Colaborar com o GCL-PPCIRA para a implementação da Norma da DGS no Bloco Operatório

24/03/18

ESEL
 Serviço de Endocrinologia e Diabete

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

Pre-operatório

- Incluir a entrega e fazer ensino para o banho pré-cirúrgico com Clorhexidina 2% no projecto da consulta de enfermagem pré-operatória
- Incluir o registo do banho pré-operatório na Folha de Verificação Cirúrgica
- Revisão da parametrização do Sclenic (perfil enfermagem)

Proceduras

- Prescrever em Sclenic o Antibiótico Profilático no Sistema Gestão Integrado do Circuito Medicamento (SGICM)

Evitar Tricotomia

- Documentar o registo da tricotomia realizada

24/03/18

ESEL
 Serviço de Endocrinologia e Diabete

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

Manter Normotermia

- Elaborar norma de monitorização da temperatura central intra-operatório
- Existência de sistemas de monitorização de temperatura dos tecidos profundos, em todas as salas operatórias
- Criar protocolo para a glicemia capilar durante a cirurgia e nas 24h seguintes para doentes diabéticos e não diabéticos (Serviço Endocrinologia)

24/03/18

ESEL
 Serviço de Endocrinologia e Diabete

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

Parametrização do Sclenic (Perfil Enfermagem)

Banho Pré-Operatório

- Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Infecção
- Intervenção de Enfermagem: Preparar Local do Corpo no Pré-Operatório
 Notas associadas: Realizado Banho com Cloro hexidina a $\geq 2\%$
- Atribuir Horário para a Intervenção de Enfermagem: Dia e Hora Fixa

24/03/18

ESEL
Serviço Especializado de Enfermagem

PLANEAR E EXECUTAR ATIVIDADES

Parametrização do Sclínic (Perfil Enfermagem)

Glicémia Capilar

Doente Diabético/Não Diabético:

- Foco de atenção: Metabolismo Energético
- Intervenção de Enfermagem: Monitorização Glicémia Capilar
- Atribuir Horário para a Intervenção de Enfermagem:
Monitorizar Glicémia Capilar conforme o Protocolo Clínico do Serviço

13/02/18

ESEL
Serviço Especializado de Enfermagem

PROTOCOLO CLÍNICO

PROTÓTIPO

PROTOCOLO CLÍNICO
NEUROC - 4000

APROVAÇÃO

ASSUNTO: CONTROLO DA GLICÉMIA CAPILAR NO PNE E PÓS-OPERATÓRIO

FINALIDADE: Manter Glicémia <160mg/dl nas 24h após a cirurgia

DESTINATÁRIOS: Médicos e Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia

PALAVRAS-CHAVE: Glicémia / Insulina

13/02/18

ESEL
Serviço Especializado de Enfermagem

PROTOCOLO CLÍNICO

DESCRIÇÃO

Médico Neurocirúrgico:

- Prescreve em Sclínic, no Sistema Gestão Integrada do Ciclo Medicamento (SGICM), "Insulina segundo protocolo", para todos os doentes que não estejam a fazer esquema de insulina e que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica.

Enfermeiro:

- Deve efetuar pesquisa da glicémia capilar:
 - Imediatamente antes do doente ir para o Bloco Operatório;
 - No pós-operatório imediato de 60h durante 24h

Título do Documento: Controlo de glicémia capilar no PNE e Pós-Operatório | Versão: | Pág. 3 de 4 | 13/02/18

ESEL
Serviço Especializado de Enfermagem

PROTOCOLO CLÍNICO

- Administra **Insulina Humana Ação Curta** consoante o Protocolo de Serviço NC (Med / Enf) - 2

GLICÉMIA CAPILAR	TERAPÉUTICA	DOSE	VIA
< 80	GLICOSE HIPERTÓNICA	2F	LV
80 - 160	INSULINA-ACTRAPID	0 U/L	S.C
160 - 240	INSULINA-ACTRAPID	4 U/L	S.C
240 - 320	INSULINA-ACTRAPID	6 U/L	S.C
> 320	INSULINA-ACTRAPID	10 U/L	S.C

13/02/18

ESEL
Serviço Especializado de Enfermagem

PROTOCOLO CLÍNICO

- Registos no Sclínic (perfil de enfermagem)
 - ✓ Selecionar o FOCO de ATENÇÃO: **Metabolismo Energético**
 - ✓ Selecionar a INTERVENÇÃO de ENFERMAGEM: **Monitorizar Glicémia Capilar**
 - ✓ Atribuir HORÁRIO à Intervenção de Enfermagem:
Monitorizar Glicémia Capilar conforme Protocolo Clínico do Serviço

13/02/18

ESEL
Serviço Especializado de Enfermagem

NORMA PROCEDIMENTO

PROTÓTIPO

NORMA DE PROCEDIMENTO
NEUROC - 3064

APROVAÇÃO

ASSUNTO: CUIDADOS PNE... OPERATÓRIOS A DOENTES NEUROCIÚRGICOS

FINALIDADE: Informar o doente e prevenir falhas que impeçam realização de cirurgia, atreves e complicação pós-operatória.

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados; Pré-operatório

13/02/18

NORMA PROCEDIMENTO

1. CUIDADOS GERAIS

1.1. Informação ao Doente

O Enfermeiro Responsável pelo doente, informa e esclarece o doente sobre:

1. Entrega de valores à família ou necessidade de fazer espólio;
2. Necessidade de entrar antebraços e abdómen antes de ir para o BCI e como proceder;
3. Cuidado de não queimar incóndios no serviço;
4. **Cuidados de Higiene Oral e dos Dentes**
5. **Sinais Pré-operatórios**;
6. Necessidade de remover maquiagem e unhas das unhas;
7. Necessidade de fazer preparação intestinal;
8. Necessidade de vestir roupa própria fornecida pelo hospital, para ir para o Bloco Operatório;
9. Possíveis alterações da automação no pós-operatório, nomeadamente a nível de cabelo;
10. Necessidade de respeitar algum pré-operatório (CIE);
11. Pneumoniação e cuidados a ter;
12. Possibilidade de apoio pela unidade de Dor;
13. Transporte para sala de operações, quem e como será feito;
14. Necessidade de ficar no Recipiente no pós-operatório;
15. Possibilidade de no regresso ao serviço ficar temporariamente na Unidade Intermediária ou Intensiva;
16. Cuidados básicos, pessoas e instituições com que poderá acionar;
17. Hora prevista da cirurgia;
18. Possibilidade de visitas no pós-operatório.

Plan de Documento: Cuidados Pré-Operatórios e Cuidados Pós-operatórios | Versão: 1 | Pág. 6 de 7 | 3/02/2018

NORMA PROCEDIMENTO

1. Cuidados de Enfermagem na Véspera e Dia da Intervenção Cirúrgica

VERSERA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fazer informação da consulta de anestesia; ✓ Validar se o doente está estudado sobre o procedimento que vai ser realizado, esclarecendo o que é do seu âmbito e/ou providenciando esclarecimento médico; ✓ Confirmar medicação prescrita pelo anestesiologista ou outro médico; ✓ Solicitar exames de diagnóstico em posse do doente e providenciar a realização dos prescritos. É previsto que tenha os seguintes exames: <ul style="list-style-type: none"> - TAC de tórax - Rx Tórax - ECG - Análises; ✓ Executar colheita de sangue para tipagem quando indicado; ✓ Promover/encaminhar a preparação intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Supervisionar / executar Banho Pré-Operatório com pelo menos 2h antes da cirurgia; 4. Supervisionar / executar cuidados de higiene oral e unhas ✓ Providenciar camesa aberta nos costos; ✓ Providenciar camesa de compressão (prevenção de tromboembolismo); ✓ Fazer estudo de valores (ver HPO 2006); ✓ Administrar pré-medicação e executar atitudes terapêuticas prescritas; ✓ Avaliar os Sinais Vitais e efetuar os respetivos registos; ✓ Colocar vasa perférica (não preferencialmente) e colocar em curso (line Fladiglo 1000cc – única programação) 1h;

3/02/2018

NORMA PROCEDIMENTO

1. Cuidados de Enfermagem na Véspera e Dia da Intervenção Cirúrgica

VERSERA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA
<ul style="list-style-type: none"> 4. Supervisionar / executar Banho Pré-operatório; 4. Supervisionar / executar cuidados de higiene oral e unhas; ✓ Iniciar o preenchimento da ficha de verificação cirúrgica (no turno do Tarde); ✓ Administrar Pré-medicação e executar atitudes terapêuticas prescritas; ✓ Assegurar Assum de Dor (regista no Plano de Cuidados – Escala, regista em Quadro de Cuidados sala de operações, regista no tabuleiro do doente, informa Assistentes Operacionais e família); 4. Avaliar os Sinais Vitais e efetuar os respetivos registos. 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Avaliar Glicémia Capilar antes de ir para o Bloco Operatório ✓ Cuidados diabéticos – Consultar a colheita de perfusão de Glicose em SF e a consumir o valor da Glicémia Capilar; 4. Validar a prescrição da Profilaxia antibiótica; ✓ Promover ida ao sanitário (passar a bexiga antes de ir para o Bloco Operatório); ✓ Validar identificação do doente (com o pré-operatório e com identificação da cama); ✓ Validar e confirmar o preenchimento da Lista de Verificação Cirúrgica (HOC local 01/18)

3/02/2018

NORMA PROCEDIMENTO

1. Cuidados de Enfermagem na Véspera e Dia da Intervenção Cirúrgica

VERSERA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acompanhar o doente ao Bloco Operatório <ul style="list-style-type: none"> ➢ 1º Tempo – desde às 19:00h (ENP + AD do SNC); ➢ Tempos operatórios seguintes descom após chamada do Bloco Operatório (ENP + AD da equipa de Transportes); ✓ No Bloco Operatório: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Validar o nome do doente com o próprio e/ou com o paciente; ➢ Entregar o Processo Clínico e exames ao Enfermeiro do Bloco Operatório, transmitindo dados relevantes sobre o doente.

3/02/2018

NORMA PROCEDIMENTO

2. CUIDADOS ESPECÍFICOS

2.1. Banho Pré-Cirúrgico

- Banho com Clorexhidina (Eli sabão) (CORPO e COURO CABELO), na noite antes da cirurgia e na manhã do dia da cirurgia com pelo menos 2h antes da cirurgia
- Aplicar 30ml da solução e esfregar suavemente o couro cabeludo. Deixar actuar 2 minutos e enxaguar abundantemente.
- Repetir o procedimento.
- Aplicar 30ml da solução e esfregar suavemente o corpo. Deixar atuar 2 minutos e enxaguar abundantemente.
- Repetir o procedimento.
- Secar com toalha lavada.
- Vestir camesa lavada.
- Trocar a roupa de cama por lençóis lavados.

3/02/2018

VERIFICAR RESULTADOS

A implementação da Norma pode ser monitorizada e avaliada através de indicadores

Taxa de adesão (mensal, trimestral, semestral, anual) à implementação do "feixe de intervenções" de prevenção de infeção de local cirúrgico:

- Numerador: Número de cirurgias em que foram realizadas todas as intervenções indicadas no feixe;
- Denominador: Número total de cirurgias no tempo considerado

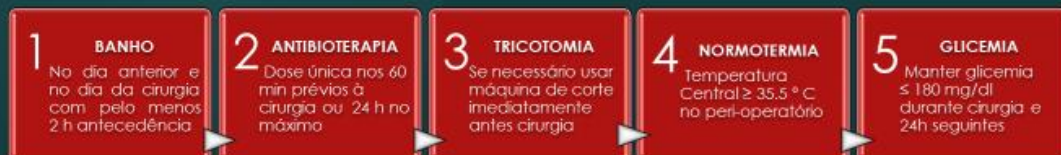
3/02/2018

Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

ILC

2017

VAMOS ADERIR
O SUCESSO ESTÁ NO CONJUNTO



Elaborado por Enf. SANDRA SANTOS

Orientação de Enf. Chefe [REDACTED] e Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes (ESEL).

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem –Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa.

Estudo UIDEMI – Unidade Investigação e Desenvolvimento em Engenharia Mecânica e Industrial – FCT, UI&DE – Unidade Investigação e Desenvolvimento Enfermagem – ESEL.

GCL – PFCIRA [REDACTED]

**APÊNDICE XXI. Ação de Formação realizada à equipa de Enfermagem da
Unidade de Cuidados Intensivos**

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

UCI
Prevenção
Infecção de Local Cirúrgico
(ILC)

Professora: Dr.ª Helena Gomes
Coordenadora: Estágio – EnF-Geral

SANDRA SANTOS
Maio 2017

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO
ILC

_____ / Serviço Neurocirurgia

Desenvolvimento projeto de implementação de medidas de prevenção e controlo da Infecção Local Cirúrgico (ILC) na pessoa idosa

Caracterização da ILC
Factores de risco associados
Identificação das estrípes da ILC

Desenvolvimento de mudanças/melhorias na prevenção da ILC
Estimular a aplicação do estudo a outros serviços do Hospital



PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO
ILC

A Infecção de Local Cirúrgico (ILC) é um problema grave e dispendioso e está associada a hospitalização prolongada e aumento da morbilidade e da mortalidade.

Cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por 2 a 11 vezes de aumento da mortalidade.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO
ILC

Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de "feixes de Intervenções"

USA (2015)

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO
ILC

Inquérito Prevalência Infecção (2012) – Portugal

Taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar 10,6% vs UE – 6,1%

Localização da infecção

- Infecção Vias Respiratórias 29,3%
- Infecção Via Urinária 21,1%
- INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO 18%
- Infecção Corrente Sanguínea 8,1%

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

 (IPI 2012)

Taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar: 12,53%

Serviços Cirúrgicos - Taxa de Infecção 15,8%
 Serviços de Medicina - Taxa de Infecção 11,2%

Taxa de Infecção por localização

LOCAL CIRÚRGICO	45,4%
Taxo Urinário	29,2%
Pneumonia e Infecção da Corrente Sanguínea	23,1%

Classificação de Caretas de Infecção 2012

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

Infecção Local Cirúrgico

Ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco) nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até um ano no caso de colocação de próteses, implante/transplante .

DGS 2015

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC






Fatores de risco

Intrínsecos - Infecção pré-existente, idade avançada, obesidade, desnutrição, tabagismo, diabetes, doenças crônicas e imunossupressão.

Extrínsecos - Preparação pré-operatória, profilaxia antibiótica, duração do ato cirúrgico, técnica asséptica, cuidados pós-operatórios...

DGS 2015

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

-  Pesquisa bibliográfica
-  Avaliação e estudo da Norma DGS
-  Questionário aos profissionais
-  Observação práticas
-  Auditoria clínica

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Pesquisa
Bibliográfica

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Avaliação e
Estudo da
Norma

020/2015

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

"Feixes", são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.

"Feixes de intervenções" têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

DGS (2013)

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

"Feixe de intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

1- Realizar banho com clorexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Categoria IB)

O Banho Pré-operatório:

Garante que a pele está limpa
Reduz a Carga Bacteriana (principalmente do local da incisão)

Apesar de ser menos claro se este procedimento reduz a incidência de infecção, 80% das bactérias em infecções do local cirúrgico têm origem na pele do doente.

WHO (2009) WHO(2016)

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

"Feixe de intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

2- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (Categoria IA)
Dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma nº 031/2013 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica"

A Profilaxia antibiótica cirúrgica têm como objetivo:

Impedir a proliferação bacteriana, com a manutenção de níveis adequados teciduais durante todo o ato cirúrgico e assim diminuir o risco e incidência de ILC.

Deve ser administrada nos 60 minutos (120 minutos, no caso de vancomicina) que antecedem a cirurgia e deve estar completa antes da incisão cirúrgica

DGS(2013)

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

"Feixe de intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

3- Evitar tricotomia (Categoria IIA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (Categoria IA)

Se necessária deve ser:

Restrita ao local da incisão e imediatamente antes da cirurgia com máquina elétrica.
A lâmina provoca microfissuras na pele que servem como focos para a multiplicação bacteriana.

Efetuada fora da sala operatória. Minimiza a dispersão dos cabelos soltos e o potencial de contaminação dos campos cirúrgicos e/ou ferida cirúrgica.

WHO (2009) WHO(2016)

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

"Feixe de intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

4- Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA)

A hipotermia aumenta a incidência de eventos miocárdicos, aumenta significativamente o sangramento intraoperatório e a necessidade de transfusão, resultando no aumento da morbimortalidade cirúrgica

Deve-se utilizar dispositivos de aquecimento para evitar a hipotermia na sala operatória e durante o procedimento cirúrgico de forma a reduzir quer o risco de infecção da área cirúrgica, quer o de outras complicações associadas à cirurgia

WHO(2016)

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

"Feixe de intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

5- Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes. (Categoria IA)

O aumento dos níveis de glicose durante a cirurgia e pós-operatório ocorre devido ao "stress" cirúrgico. Existe um aumento das hormonas contrareguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e diminuição da secreção de insulina.

A hiperglicemia está associada ao aumento do risco de infeções e a má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio.

O controlo da glicemia intra-hospitalar tem um impacto positivo na morbidade, mortalidade peri-operatória e tempo de internamento.

BRUNO, 2016

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Questionário aos profissionais

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

A tricotomia deve ser realizada com:

Lâmina Barbear

Máquina de corte

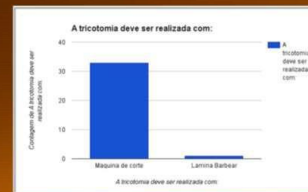
Navalha de barbear

Escaliv

Todas incorrectas

NÃO HÁ RESPOSTA NA ALTERNATIVA CORRECTA

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

Prevenção da ILC

O banho pré cirúrgico deve ser realizado:

No dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia

No dia da cirurgia

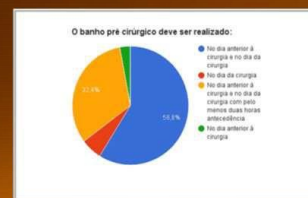
No dia anterior à cirurgia

No dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia com pelo menos duas horas antecirurgia

Todas incorrectas

NÃO HÁ RESPOSTA NA ALTERNATIVA CORRECTA

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Observação
práticas

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Auditoria
clínica

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

Categorias	Índice	Nota	Avaliação
1. Objetivos			
2. Âmbito			
3. Metodologia			
4. Recursos			
5. Avaliação			
6. Monitorização			
7. Comunicação			
8. Anexos			

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Análise Resultados



Revisão Normas
Parametrização SClinico



Propostas



Formação

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Análise
Resultados

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

1 - BANHO

O procedimento no pré-operatório não é sistemático, estando relacionado com o "timing" da admissão no serviço / fornecimento de doses unitárias de cloro-hexidina 2% para efetuarem no domicílio.

Não é efetuado o registo deste procedimento na folha de verificação cirúrgica.

Nem sempre é registado no SClinico (perfil de enfermagem) o procedimento efetuado.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

2 - PROFILAXIA ANTIBIÓTICA CIRÚRGICA

Não existe indicação de profilaxia antibiótica (PA) na Consulta pré-anestésica.

Não há prescrição em SClínico – SGICM de PA no pré-operatório.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

3 - TRICOTOMIA

É realizada na sala operatória, após o doente estar anestesiado e posicionado na marquesa operatória.

Não é efetuado o registo do procedimento (tricotomia) no processo clínico do doente, não estando uniformizado o seu registo.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

4 - TEMPERATURA

Não é prática corrente a monitorização da temperatura aos doentes no intraoperatório.

Não existe em todas as salas operatórias, um sistema de monitorização de temperatura dos tecidos profundos.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

5 - GLICÉMIA

A monitorização da glicémia capilar é efetuada apenas em doentes diabéticos ou sob corticoterapia no S. Neurocirurgia e no Intraoperatório.

Não existe glucómetros em todas as salas operatórias.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Revisão
Normas
Parametrização
SClínico

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

1 - GCL-PPCIRA

Revisão da Norma de Procedimento Geral "Medidas de Prevenção e Controlo das Infecções da Ferida Operatória"

2 - ENDOCRINOLOGIA

Elaboração de Protocolo "Monitorização da Glicémia capilar no pré, intra e pós-operatório"

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

3 - NEUROCIRURGIA

Norma de procedimento "Cuidados Pré-Operatórios a Doentes Neurocirúrgicos"

Protocolo Clínico "Monitorização da Glicémia Capilar no Pré e Pós- Operatório"

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

4 - PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO (Perfil Enfermagem)

Banho pré- operatório – Diagnóstico Enfermagem: Risco de Infecção

Glicemia Capilar – Foco de Atenção: Metabolismo Energético

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Propostas

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

1 - Serviço Neurocirurgia

Consulta Enfermagem Pré – Operatória

2 - Serviço Bloco Operatório

a) Norma de Procedimento/Política sobre a Monitorização da Temperatura Intraoperatória

b) Norma de Procedimento/Política sobre a Monitorização da Glicémia Capilar

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

Serviço Bloco Operatório

c) Aquisição de sistemas de monitorização de temperatura e glucómetros para todas as salas operatórias

d) Incluir banho pré-operatório na Folha de Verificação Cirúrgica

e) Tricotomia - definir onde e quem realiza, podendo ser obviado ou coadjuvado por protocolo

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

3 - GCL - PPCIRA

Realizar a Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico através do programa de vigilância europeu HAI-SSI (IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente HELICS-cirurgia)

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



Formação

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

Neurocirurgiões e Enfermeiros do Serviço Neurocirurgia

Anestesiastas e Enfermeiros do Serviço Bloco Operatório

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC



AVALIAÇÃO

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

A implementação da Norma pode ser monitorizada e avaliada através de indicadores

Taxa de adesão à implementação do 'feixe de intervenções' de prevenção de infeção de local cirúrgico trimestralmente .

- Numerador: Número de cirurgias em que foram realizadas todas as intervenções indicadas no feixe.
- Denominador: Número total de cirurgias no tempo considerado

05/2019

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caskan et al. (2007). Evaluation of nosocomial infections following cardiovascular surgery. *Anadolu Kardiyol Derg.* 7, 164-169
- Direção Geral da Saúde (2019). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos antimicrobianos. Acetado em 3.01.2017. Disponível em: <http://www.dgs.gov.pt/programas-de-saude/prioritarios.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2019). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos antimicrobianos-Orientações Programáticas. Acetado em 3.01.2017. Disponível em: <http://www.dgs.gov.pt/programas-de-saude/prioritarios.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2014). Portugal made maior em números - 2014: A Saúde da População Portuguesa em 65 ou mais anos de idade. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral da Saúde (2018). 'Feixe de Intervenções' de Prevenção de Infeção de local cirúrgico. Lisboa: DGS
- Lesour, H (2010). Infeção em cuidados de saúde - Perspetiva actual. *Cadernos de Saúde.* 3, 17-20
- Ministerio da Saúde (2020). Critérios do CDC para o Diagnóstico das Infeções - PNCI. Lisboa: Ministerio da Saúde

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Ministerio da Saúde (2019). Prevalência da Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses - Inquérito 2012. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Guia para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem. Acetado em 3.01.2017. Disponível em: <http://www.ordenenfermeiros.pt/Portals/0/Ordem%20de%20Enfermeiros%20-%20Guia%20para%20a%20Organizacao%20de%20Projetos%20de%20Melhoria%20Continua%20da%20Qualidade%20nos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf>
- Pereira, M., Ferreira, A., Maveiro, J. Recomendações de boas práticas clínicas no controlo perioperatório de doentes diabéticos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.* 17(4), 10-19.
- Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Infeção Associada Aos Cuidados De Saúde (PNCI) (2012). Vigilância das infeções de local cirúrgico: feixe de cirurgia. Relatório 2009-2010. Lisboa: Ministério da Saúde.
- WHO (2009). Global priorities for patient safety research. Suíça: WHO Library.

PREVENÇÃO INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO ILC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WHO (2009) Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas. Acesso em: 4/07/2017. Disponível em: <http://www.who.int/initiatives/who-surgical-safety-checklist>

WHO (2014) Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Switzerland: WHO Library.

Kaye, K. et al. (2009). The Effect of Increasing Age on the Risk of Surgical Site Infection. *Journal of Infectious Diseases* 191: 1058-1062.

Kaye, K. et al. (2008). Risk Factors for Surgical Site Infections in Older People. *Journal of the American Geriatrics Society* 54: 391-398.

