

Compromisso com a Excelência
Cuidar a Pessoa em Situação Crítica



Coordenação
Daniel Silva
Madalena Cunha

2012



FICHA TÉCNICA

Título

Compromisso com a Excelência – Cuidar a Pessoa em Situação Crítica

Coordenação editorial

Daniel Silva

Madalena Cunha

Capa e fotocomposição gráfica

António Leal e Nuno Silva Campos

Editor

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, nº 102

3500-843 VISEU

Impressão

Instituto Politécnico de Viseu

Tiragem

90 Exemplares

ISBN

978-989-98305-1-6

Data de edição

Junho de 2012

Data de realização do congresso

21 e 22 de Outubro de 2011



1º Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica
«Compromisso com a excelência — Cuidar a pessoa em situação crítica»

Organização / Comissão Editorial

Professor Doutor Daniel Silva
Prof.ª Doutora Madalena Cunha
Professor Olivério Ribeiro
Professor António Madureira
Estudantes do 1º CMEMC

Comissão Científica

Professor Doutor Daniel Silva
Prof.ª Doutora Madalena Cunha
Professor Olivério Ribeiro
Professor António Madureira

Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor

© 2012, Escola Superior de Saúde de Viseu

Edição: Junho de 2012

ISBN: 978-989-98305-1-6

As opiniões expressas nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem, necessariamente, a opinião da Comissão Científica e da Instituição promotora do evento, assim como é declinada toda e qualquer responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos dos trabalhos aqui incluídos, que violem e deixem de observar os direitos de autor.

PREFÁCIO

No pressuposto de que o uso de uma abordagem baseada na melhor evidência nos permite desafiar e ser desafiado sobre o nosso saber e perícia, mantendo-nos responsáveis, a enfermagem desafia-se a si mesma e auto constrói-se diariamente no domínio clínico, educacional e social.

Assumida como pilar fundamental no Sistema de Cuidados de Saúde Globais, a Enfermagem tem desempenhado um papel ímpar na melhoria do estado de saúde de cada cidadão e das comunidades. Fruto dum intenso investimento profissional e académico no último século, a Enfermagem tem desenvolvido um corpo de conhecimentos científicos capaz de catapultar os níveis de saúde das populações e desta forma contribuir de forma decisiva para o bem-estar dos cidadãos.

Individualizando as suas áreas específicas de intervenção, a Enfermagem em Portugal soube, durante os últimos 30 anos, contribuir de forma decisiva para a melhoria do sistema de saúde português.

O novo formato desta individualização encontra-se em processo decisivo com a reformulação do corpo de conhecimentos em enfermagem médico-cirúrgica, consolidando-se por esta via um novo desafio: a Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Daí decorrendo a implementação de intervenções adequadas, face a desafios tão actuais como o da Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente, Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, Doente Crítico/Cuidados Críticos, Gestão da Dor, Modelo de Desenvolvimento Profissional, Enfermagem Avançada, Vias Verdes, Violência Doméstica / Enfermagem Forense, Saúde Séc. XXI, entre outras.

Neste contexto, a publicação deste livro e o 1º Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Compromisso com a Excelência, Cuidar a Pessoa em Situação Crítica, emergem como meios de partilha de experiências, desafios e expectativas e de conhecimento e soluções científicas para os problemas decorrentes do quotidiano da enfermagem médico-cirúrgica, assumindo-se como promotores da discussão/construção da tomada de boas decisões clínicas e de práticas baseadas em evidência.

Daniel Silva,

Madalena Cunha

& Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1ª ed.

AGRADECIMENTOS

Compromisso com a Excelência – Cuidar a Pessoa em Situação Crítica é uma obra que procura compilar a produção científica decorrente do 1º Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica: *Compromisso com a Excelência, Cuidar a Pessoa em Situação Crítica*, realizado na Escola Superior de Saúde nos dias 21 e 22 de Outubro de 2011.

Organizada sob a forma de resumos e artigos, constitui-se uma publicação multi-autor, cujos trabalhos foram aceites pela Comissão Científica do congresso, vertendo-se nesta compilação a versão apresentada pelos respectivos autores.

Impõe-se referir que como metodologia seguida na apresentação dos resumos e artigos, se optou pela sequenciação por ordem alfabética dos respectivos títulos.

Finalmente, em face dos múltiplos contributos recebidos, a *Organizadora* desta obra agradece aos conferencistas e aos congressistas/autores a participação/colaboração; aos Estudantes do *CMEMC – 1ª ed.* a colaboração; aos membros da Comissão Organizadora, o planeamento e consecução das actividades; aos membros da Comissão Científica, a arbitragem científica dos trabalhos; ao Senhor António Leal e ao Doutor Nuno Campos, a composição e arranjo gráfico; à Escola Superior de Saúde de Viseu / Instituto Politécnico de Viseu todo o apoio institucional de secretariado, contabilidade, aprovisionamento, telefone, reprografia, motorista ...

E, globalmente, *a todos os que tornaram o congresso e esta obra possíveis o nosso muito obrigada!*

Daniel Silva – PhD e
Madalena Cunha -PhD

Suggested citation:

Silva, D. & Cunha, M. (coord.) (2012). *Compromisso com a excelência — Cuidar a pessoa em situação crítica*. Viseu: Escola Superior de Saúde. ISBN 978-989-96715-6-0

ÍNDICE GERAL

ARTIGOS – CONFERÊNCIAS

- Plano Nacional de Avaliação da Dor 17**
Helena Carneiro, José Pinho, Fernando Alves

ARTIGOS – COMUNICAÇÕES LIVRES

- A Temperatura e a Dor no Pós-operatório do Doente Cirúrgico: Intervenção do Enfermeiro 27**
Tiago Lopes & Madalena Cunha
- Autoconceito, Serviços de Saúde e Adesão ao Regime Terapêutico em Doentes com Coronariopatia Isquémica 33**
Luís Filipe Lopes, Carla Sofia Gonçalves & António Madureira Dias
- Cuidar das vítimas de violência doméstica no serviço de urgência do Centro Hospitalar de Coimbra EPE..... 43**
António Veiga
- Nutrição em Pessoa em Situação Crítica – Um Compromisso Para a Excelência do Cuidar!..... 47**
Anabela Ferraz Marques dos Santos; Célia Catarina Gaspar Franja; Renata Alexandra Cruz Constantino & Sandra Cristina Simões Mateus
- Prevenção da Infecção no Pré, Intra, e Pós-operatório, da Pessoa submetida a Cirurgia Oftalmológica..... 61**
Isabela Maria Brandão de Amorim Alves da Cunha & Vanessa Alves Duarte
- Qualidade no Bloco Operatório: a percepção dos profissionais 69**
José Augusto Gomes & Carla Sílvia Fernandes
- Um Projecto Para a Segurança, no Posicionamento do Utente Cirúrgico..... 81**
José Augusto Pereira Gomes & Carla Sílvia Fernandes

RESUMOS – CONFERÊNCIAS

- A Problemática das IACS na Actualidade 93**
Elaine Pina
- Factores de Mudança da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem 95**
Marta Lima Basto
- Via Verde Trauma..... 97**
Alzira Moreira

RESUMOS – COMUNICAÇÕES LIVRES

- A influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos101**
Ana Gomes & Olivério Ribeiro
- A Temperatura e a Dor no Pós-operatório do Doente Cirúrgico: Intervenção do Enfermeiro ...103**
Tiago Lopes & Madalena Cunha
- Nutrição na pessoa em situação crítica – Um compromisso para a excelência do Cuidar!.....105**
Anabela Ferraz Marques dos Santos; Célia Catarina Gaspar Franja; Renata Alexandra Cruz Constantino; Sandra Cristina Simões Mateus

Colostomia... e agora ? Educar para a (Re) Adaptação à Vida	109
<i>Marques, José; Matias, Sérgio & Monteiro, Rui</i>	
Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos em Doentes cirúrgicos sobre o Acto Anestésico.	111
<i>Madalena Cunha; Gracinda Ramos; Paula Lopes; Teresa Nisa</i>	
Contenção Física e Química dos Doentes: Conhecimentos dos Enfermeiros.....	113
<i>Madalena Cunha & Alunos do 18º Curso de Licenciatura em Enfermagem</i>	
Estado de Ânimo em PEP's do Distrito de Viseu.....	115
<i>Cunha, M.; Estudantes do 9ºCLE & Capela, A.; Almeida, C.; Valente, G.; Coimbra, J.; Preto, O.; Lobão, S.- 1º CMES</i>	
Funcionalidade dos Acessos Vasculares em Doentes Hemodialisados.....	117
<i>Madalena Cunha & Ana Sílvia Fernandes</i>	
Hemoterapia: Prevenção do Risco Clínico.....	119
<i>Sílvia Margarida de Leão Borges</i>	
Protocolo de Insulina: Implementação em Cuidados Intensivos	121
<i>Pedro Dinis; Regina Sousa & Sandrina Bandeira</i>	
Quando a Violência Doméstica Acontece: Implicações nas Vítimas	123
<i>Luís Correia; Madalena Cunha & Fernando Pina</i>	
Satisfação dos Utentes com a Triagem de Manchester.....	125
<i>Madalena Cunha; Alexandra Guedes; Fernando Pina; Ana Lírio; Carla Morais; Etelvina Silva; Teresa Macário; Luís Presas; Paulo Silva; José Fontes; Zita Machado & Anabela Antunes</i>	
Uniformização de Práticas na Nutrição Enteral – Um compromisso para a excelência do Cuidar!	127
<i>Anabela Ferraz Marques dos Santos; Célia Catarina Gaspar Franja; Renata Alexandra Cruz Constantino & Sandra Cristina Simões Mateus</i>	
Vias Verdes na Saúde.....	129
<i>Sílvia Margarida de Leão Borges</i>	

ARTIGOS – CONFERÊNCIAS

Plano Nacional de Avaliação da Dor

Helena Carneiro, José Pinho, Fernando Alves*

A dor em doentes críticos é comum¹ e a sua gestão representa um desafio universal². Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico³ embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes doentes⁴ perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento numa UCI⁵⁻⁸.

Um estudo multicêntrico⁹ mostra que 50 a 65% dos doentes internados sentiram dor e 15% destes referiram uma intensidade moderada a severa durante mais de 50% do seu internamento hospitalar, evidência corroborada por outros estudos.¹⁰⁻¹⁴

Embora as recomendações de sociedades científicas^{15,16}, a adequada avaliação da dor em UCI não é consensual e a aplicação de instrumentos validados não é frequente^{5,17}, sendo de realçar a tendência para a subvalorização da intensidade da dor dos doentes críticos²²⁻²⁴.

A dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, no entanto a Direcção Geral de Saúde indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efectiva humanização dos cuidados de saúde.

Numa primeira fase do Plano Nacional de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (PNAD-SPCI) foi realizado o diagnóstico da situação que procurou conhecer como se avaliava da dor do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Portuguesas. Verificou-se que 8% das UCI's não avaliavam a dor do doente crítico nem a resposta à terapêutica analgésica. 67% das UCI's utilizavam a Escala Visual Numérica para avaliar a intensidade da dor relatada pelo doente, embora este instrumento de avaliação da dor seja considerado o "*gold standard*" para a avaliação da dor e resposta à analgesia. Esta escala é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam, ou seja não é indicada para doentes críticos que estão submetidos a ventilação mecânica e sedados. Desta forma, verificou-se que apenas 25% das UCI's utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequadas para esta tipologia de doentes críticos.

A dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjectivo da observação de comportamentos.

* Grupo Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Baseadas em indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detectar e medir a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade tal como: a *Behavioural Pain Scale*⁸, que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória); a *Critical Care Pain Observation Tool*^{21,22} que inclui 4 itens comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ventilatória ou vocalização); e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor*²³ que inclui 5 itens comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória, conforto). No entanto o uso destas escalas está limitado a doentes submetidos a sedação profunda, tratamento com bloqueadores neuromusculares, tetraplegia e polineuropatia²⁴.

Em Portugal 4 UCI's usavam a *Behavioral Pain Scale* (BPS), 2 UCI's aplicavam a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID) e nenhuma aplicava a *Critical Care Pain Observation Tool*.

O diagnóstico da situação mostrou que existia uma ausência de uniformização de ferramentas avaliação da intensidade da dor do doente internado nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas.

Esforços devem ser feitos para melhorar a avaliação e o tratamento da dor em doentes críticos e representa uma oportunidade de melhoria na qualidade de cuidados²⁵.

O Grupo de Avaliação da Dor (GAD) da SPCI propôs como objectivo designar uma escala comportamental para avaliar a dor do doente adulto, submetido a ventilação mecânica, sedado e que não comunica de forma verbal e motora para isso elaborou o PNAD de forma a promover o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde na área da avaliação da dor.

O PNAD pretendeu incluir todas as UCI's Portuguesas na sua implementação sendo por isso considerado pela Ordem dos Enfermeiros como um projecto pioneiro a nível mundial pois pretendia que todos os enfermeiros portugueses participassem na avaliação das propriedades das duas escalas comportamentais de avaliação da dor do doente crítico propostas (BPS e ESCID) e decidissem qual o instrumento a adoptar pelas UCI's Portuguesas.

Na primeira fase da implementação do PNAD foi constituída uma rede de nacional, sendo designado um enfermeiro de referência em cada UCI que tinha como objectivo implementar o PNAD na sua equipa de trabalho.

O GAD-SPCI elaborou uma formação fundamental para os 1346 enfermeiros que participaram no PNAD que foi ministrada pelos enfermeiros de referência às equipas de enfermagem das 61 UCI's que participaram com o objectivo de sensibilizar e dotar de conhecimentos na área da avaliação da dor.

Reunidas 17 Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas no Hospital São Teotónio de Viseu, decidiram constituir um grupo de trabalho, designado com Grupo de Avaliação da Dor (GAD), com o objectivo, da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), indicar uma escala comportamental, para avaliar a dor em doentes sedados, que não comunicam de forma verbal ou motora e ventilados.

Tornaram-se também objectivos do GAD promover o desenvolvimento de competências na área da avaliação da dor em doentes críticos, avaliar as propriedades, como instrumento de medida, de duas escalas de avaliação da dor em doentes críticos, que não comunicam e submetidos à ventilação mecânica e conhecer a opinião dos enfermeiros participantes no Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD), sobre a aplicabilidade das escalas propostas, apresentando-se os resultados no presente relatório.

Na primeira fase do PNAD foi realizado, a nível nacional, o diagnóstico da situação a partir de um questionário aplicado, durante o mês de Setembro de 2010, aos Enfermeiros Chefes ou seu substituto, no qual se tornou possível conhecer como se avaliava a dor no doente crítico em 24 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e conclui-se que:

1. Existia ausência de uniformização de ferramentas avaliação da intensidade da Dor do doente internado nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas;
2. **8%** das UCI's não utilizavam um instrumento de mensuração para avaliar a dor;
3. **67%** das UCI's tinham instituída a Escala Visual Numérica(EVN);
4. **92%** das UCI's tinham instituído escalas de autoavaliação, sendo elas: a Escala Visual Numérica, a Escala Qualitativa da Dor, a Escala de Faces da Dor, a Escala Comportamental, a Escala Visual Analógica e a Escala Observacional;
5. **41%** das UCI's tinham adoptado escalas de avaliação comportamental e referenciaram a FLACC, a Escala de Avaliação Não Verbal, Escala Observacional, a BPS e a ESCID;
6. **25%** das UCI's utilizavam em simultâneo escalas de autoavaliação e escalas comportamentais;
7. Das escalas comportamentais indicadas pelas UCI's apenas **25%** utilizam escalas de avaliação comportamental adequadas a adultos, sedados e ventilados;
8. Das escalas adequadas aos doentes críticos, adultos, sedados, que não comunicavam de forma verbal e motora e sedados somente **19%** aplicavam a BPS e **6%** aplicavam a ESCID, sendo que a CPOT não era aplicada nas UCI's.

Claramente percebeu-se que existia uma desinformação por parte dos profissionais de saúde quanto aos instrumentos de avaliação da intensidade da dor para esta população de doentes, desta forma o GAD decidiu desenvolver uma formação uniformizada para todos os enfermeiros das UCI's

Portuguesas com o objectivo de promover o desenvolvimento de competências na área da avaliação da dor em doentes críticos.

Para que a formação abrange-se o máximo de profissionais foi implementada uma plataforma de formação, durante o mês de Fevereiro de 2011, e criada a figura do enfermeiro de referência em cada UCI que participava no PNAD com o objectivo de conduzir todo o processo de formação e implementação. Desta forma contribuíram para este estudo 107 enfermeiros de referência que formaram 1346 enfermeiros das 61 UCI's Portuguesas.

Durante os meses de Março e Abril de 2011 foi realizado o estudo de opinião em que foi proposto aos enfermeiros que avaliassem as características, como instrumento de medida, de duas escalas de avaliação da dor em doentes sedados, que não comunicavam de forma verbal e motora e submetidos à ventilação mecânica.

Os instrumentos para avaliar a intensidade da dor seleccionados para este estudo foram a BPS e a ESCID porque eram as duas escalas, para esta população de doentes, que estavam a ser aplicadas em Portugal, ficando a CPOT excluída por esse motivo.

No XIV Congresso de Medicina Intensiva realizado em Lagos estiveram presentes os autores das duas escalas em estudo para que todos os enfermeiros que participaram no PNAD tivessem a oportunidade de esclarecer questões sobre as escalas que foram surgindo durante o processo de implementação.

Foi realizada uma monitorização da implementação do PNAD através de um questionário aplicado aos enfermeiros de referência ao qual responderam 156 enfermeiros a 15 perguntas propostas pelo GAD.

Apresenta-se de seguida os resultados desta monitorização:

1. Verificou-se uma taxa de adesão ao PNAD de 96% dos enfermeiros que trabalham nas UCI's que participaram no estudo;

2. Enfermeiros de referência indicaram que as principais dificuldades sentidas na formação do grupo foram: o tempo para formar a equipa na totalidade (47%), a interpretação das escalas (15%) e o conhecimento reduzido sobre a temática (10%), refere-se ainda que 28 % não sentiu qualquer dificuldade;

3. As principais dificuldades sentidas indicadas pelo grupo foram: interpretação da escalas (40%), os critérios de inclusão e exclusão definidos (26%), falta de conhecimentos sobre a temática (7%), os enfermeiros de referência indicaram que o que teve na base das dificuldades sentidas foram: a falta de tempo (49%), a conjuntura organizacional (24%), a falta de motivação (19%) e a falta de reconhecimento/ envolvimento das chefias (2%);

4. Quanto aos principais pontos fortes na implementação, os enfermeiros de referência indicaram: a sensibilização/motivação para a avaliação da dor (59%), as potencialidades do PNAD

(17%), a implementação de um instrumento para a avaliação da dor (15%) e o facto de a formação ser uniformizada (9%);

5. O apoio que os enfermeiros de referência indicaram que concederam foi: ao nível de esclarecimento de dúvidas (62%), na formação à equipa e individualmente (26%) e na motivação da equipa (8%);

6. Relativamente ao nível do envolvimento do grupo 49% dos enfermeiros de referência consideraram que foi elevado, 32% considerou que foi bom, 11% indicou que foi insuficiente e 8% entendeu que foi razoável;

7. Quando questionados sobre como decorreu o processo, 68 % considerou que não houveram interferências, 9% indicou que existiram resistências da estrutura organizacional, 8 % entendeu que existiu dificuldade na sistematização dos registos da intensidade da dor e 6% apontou a falta de tempo como um factor pernicioso para a implementação do PNAD;

8. 85% Consideraram que as expectativas iniciais foram atingidas contra os 11% que entendeu o contrário;

9. Os principais desvios positivos apontados pelos enfermeiros de referência foram: a sensibilização para a problemática da dor (36%), a integração no PNAD (32%), o envolvimento da equipa no PNAD (21%) e os ganhos na objectividade da avaliação da dor;

10. Por outro lado os principais desvios negativos do PNAD foram: os critérios de inclusão e exclusão serem restritos (21%), a falha na sistematização dos registos (15%), a falta de motivação da equipa (13%), o instrumento de registo ser confuso (4%) e 32% considerou que não houve qualquer desvio negativo;

11. Quando questionados sobre quais as oportunidades de melhoria na prática clínica que proporcionaria o PNAD, os enfermeiros de referência indicaram: a avaliação sistemática da dor (30%), a possibilidade de implementação de uma das escalas (21%), a uniformização da avaliação da dor (13%), intervenção na alívio da dor (2%);

12. Por último, 72% dos enfermeiros de referência entenderam que se registou mudança na preocupação com a percepção da avaliação da dor.

Durante o mês de Maio foi disponibilizada uma plataforma *online* (www.gad-spci.blogspot.com) em que todos os enfermeiros que participaram no PNAD puderam indicar a sua opinião sobre os dois instrumentos de avaliação da dor implementados pelo GAD, e esses resultados encontram-se no capítulo seguinte.

Os resultados do estudo tiveram o apoio científico de dois consultores externos, professora doutora Madalena Cunha e Professor Doutor João Duarte que acompanham todo o processo até à validação das escalas estudadas que está a ser realizada pelo GAD-SPCI e será concluída durante 2012 e apresentada à comunidade científica.

A sensibilização nacional foi conseguida, para a importância da avaliação da dor do doente crítico, como o primeiro passo fundamental para eficaz gestão da dor, evidencia-se como a principal conclusão do Plano Nacional de Avaliação da Dor

A formação proporcionada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos aos 1346 enfermeiros permitiu dotá-los de competências científicas, técnicas e relacionais nesta área e desta forma uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde. Fica assegurado ao doente crítico o direito à sua gestão da dor, cumprindo-se um dever profissional e garantindo a efectiva humanização dos cuidados a estes doentes.

Ao implicar os profissionais, que participaram no PNAD, a escolha pela BPS, como escala de avaliação da dor do doente crítico, permite responsabiliza-los, pois parte da base a decisão da escolha. É importante referir que a estatística revelou significância quando a análise efectuada incidiu na relação das 20 perguntas “globais” com a pergunta 21 direccionada a fazer uma opção só por uma das escalas, ou seja, assume-se uma coerência nas respostas dadas no instrumento de colheita de dados. É de realçar que esta é uma primeira fase de um projecto que tem como principal objectivo fomentar a avaliação e registo de um sinal vital que é a DOR, e, como a preocupação é sempre a criação de boas práticas surgiu a necessidade de aplicar um instrumento aceite por todos.

As recomendações que agora se apresentam constituem uma compilação actualizada de normas, artigos e do estudo realizado a nível nacional.

Após a apresentação dos resultados, o Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos recomenda:

1. O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
2. O uso da EVN é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam;
3. A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjectivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS);
4. A avaliação da dor deve efectuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique;
5. A avaliação da dor deve realizar-se no inicio do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
6. A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos);
7. A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais);
8. A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
9. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;

10. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;

11. Após a avaliação da Dor, deve efectuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

É relevante e pertinente que se mantenha a plataforma de apoio do Grupo de Avaliação da Dor durante o processo de implementação do procedimento da avaliação da dor nas UCIs, pelo que se mantém disponível para qualquer esclarecimento ou apoio o email gad.spici@gmail.com.

Desconhecendo a existência de um instrumento validado para a população portuguesa, a segunda fase deste projecto é a validação das escalas BPS e ESCID com o estudo psicométrico das mesmas. Finalmente após todo o trabalho e de análise dos dados colhidos serão apresentados os resultados deste grupo de trabalho, quer da consulta de opinião quer da validação psicométrica das escalas de avaliação da dor.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. – Validation of a Behavioural Pain Scale in Critically ill, sedated and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg.* 2005;101:1470—6.
- 2-Ahlers SJ, van der Veen AM, van Dijk M, Tibboel D, Knibbe CA. – The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesth Analg.* 2010;110:127—33.
- 3-Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. – Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med.* 2002;30:119—41.
- 4-Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MA. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Crit Care.* 2008;12 Suppl 3:S2.
- 5-Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriant I, Leguillou JL, et al. - Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology.* 2007;106:687—95.
- 6-Puntillo K, Morris A, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White Ch, Wild L. – Pain behaviours observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med.* 2004;32:421—7.
- 7- Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et al. – Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care.* 2001;10:238—51.
- 8-Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med.* 2001;29:2258—63.
- 9- Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, Wenger NS, Connors Jr AF, Lynn J, et al. - Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of treatment. *Crit Care Med.* 1996;24:1953—61.
- 10- Walder B, Tramer MR. – Analgesia and sedation in critically patients. *Swiss Med Wkly.* 2004;134:333—46.

- 11-Stanik-Hutt JA, Soeken KL, Belcher AE, Fontaine DK, Gift AG. – Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Crit Care*. 2001;10:252—9.
- 12-Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C. -Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Am J Crit Care*. 2002;11:415—29.
- 13-Chanques G, Sebbane M, Barbotte E, Viel E, Eledjam JJ, Jaber S. – A prospective study of pain at rest: Incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients. *Anesthesiology*. 2007;107:858—60.
- 14-Puntillo K. – Pain assessment and management in the critically ill: wizardry or science? *Am J Crit Care*. 2003;12:310—6.
- 15-Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. – Monitorización del dolor. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2006;30:379—85.
- 16-Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. – Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med*. 2002;30:119—41.
- 17-Gélinas C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillo K. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *Am J Crit Care*. 2004;13:126—35.
- 18-Freire AX, Afessa B, Cawley P, Phelps S, Bridges L. – Characteristics associated with analgesia ordering in the intensive care unit and relationships with outcome. *Crit Care Med*. 2002;30:2468—72.
- 19-Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MA. – Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Crit Care*. 2008;12 Suppl 3:S2.
- 20-Puntillo K, Neighbor M, O’Neil N, Nixon R. – Accuracy of emergency nurses in assessment of patients’ pain. *Pain Manag Nurs*. 2003;4:171—5.
- 21-Gélinas C, Fillion L, Puntillo K, Viens Ch, Fortier M. – Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006;15:420—7.
- 22-Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA. – Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for nonverbal adults. *J Adv Nurs*. 2009;65:203—16.
- 23-Latorre M, Solis M, Ruiz TF. – Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. Elsevier. 2011;22:3-12.
- 24-Cade CH. – Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nurs Crit Care*. 2008;13:288—97.
- 25-Erdek MA, Pronovost PJ. – Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *Int J Qual Health Care*. 2004;16:59—64.

ARTIGOS – COMUNICAÇÕES LIVRES

A Temperatura e a Dor no Pós-operatório do Doente Cirúrgico: Intervenção do Enfermeiro

Tiago Lopes¹ & Madalena Cunha²

RESUMO

Palavras-chave: temperatura; dor; medidas de controlo

Introdução: Manter a normotermia é importante para a segurança do doente cirúrgico. Reconhece-se que, durante o período peri-operatório, principalmente no pós-operatório, os doentes devem acesso a um maior alívio da dor e a rapidez com que se resolve a dor aguda é um dos elementos-chave.

Objectivos: Avaliar a temperatura no doente cirúrgico; Avaliar a dor no doente cirúrgico; Verificar a influência que a aplicação de medidas de controlo tem na dor e na temperatura do doente cirúrgico; Verificar a relação entre o valor de temperatura e o nível de dor do doente cirúrgico no peri-operatório.

Material e Métodos

Participantes: Uma amostra de 50 indivíduos submetidos a cirurgia abdominal eletiva, 58,0% do sexo feminino e 42,0% do sexo masculino; com idades entre os 24 e os 95 anos (Média=61,54; Dp=15,55); com um índice de massa corporal médio de 26,69 (Pré-obesidade). A esses participantes foram efetuada 3 avaliações temperatura central (timpânica) de 30 em 30 minutos no período intra-operatório onde a temperatura ambiente média das sala operatória foi de 20,99 centígrados e a humidade relativa ambiente média foi de 45,12% e 3 avaliações de temperatura central (timpânica) de 30 em 30 minutos e em simultâneo nível de dor quando se encontravam na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

Material: Como suporte para a colheita de informação utilizaram-se: Grelha de colheita de dados validade através de pré-teste e termómetro BRAUN thermoscan 6012.

Resultados: Observou-se que a temperatura central intra-operatória variou entre um mínimo de 35,20°C e um máximo de 37,40°C nos três momentos de avaliação sendo que a temperatura média na terceira avaliação foi de 35,96°C para um Dp=0,36. No intra-operatório 26,0% doentes receberam medidas de controlo de temperatura e 74,0% não. Na UCPA no 3.º momento de avaliação 57,14% doentes do sexo masculino e 55,17% de sexo feminino ainda apresentavam uma dor entre 1

¹ 1º CMEMC, ESSV – IPV.

² ESSV – IPV.

e 3 (escala numérica da dor) e 19,04% doentes do sexo masculino e 3,44% do sexo feminino apresentavam uma dor localizada entre 4 e 6. Na UCPA apenas 6,0% doentes não receberam medidas de controlo de temperatura. Houve uma diminuição do nível médio de dor do 1.º momento, sexo masculino (Média=2,48; Dp=2,14) sexo feminino (Média=2,10; Dp=2,02), para o 3.º momento, sexo masculino (Média=1,62; Dp=1,63) sexo feminino (Média=1,21; Dp=1,35). Ao longo do estudo houve 44,0% doentes que não receberam quaisquer medidas de controlo de dor e 66,0% que pelo menos receberam uma vez medidas farmacológicas ou não-farmacológicas.

Conclusões: A aplicação de medidas activas ou passivas de controlo de temperatura são fundamentais para o controlo da dor do doente. A avaliação da dor e aplicação de medidas para o seu controlo carece de intervenção prioritária.

INTRODUÇÃO

A hipotermia, definida como uma temperatura central inferior a 36°C é comum em teatros operatórios e tem sido muitas vezes ignorada por ser considerada como uma consequência inevitável da anestesia geral e cirurgia (SAJID, 2009). A normotermia perioperatória é importante para a segurança e satisfação do doente e resultados cirúrgicos positivos. Manter a normotermia diminui a duração da estadia no hospital em 40% e reduz o risco de infecções cirúrgicas em 64% (LINCH; [et al] 2009). Cerca de 50-90% dos doentes cirúrgicos sofrem de hipotermia não planeada cada ano. Torna-se então mais fácil e concreto prevenir a hipotermia em todos os doentes avaliando a sua temperatura central. A Association of periOperative Registered Nurses (AORN) emitiu recomendações de práticas para a prevenção de hipotermia perioperatória não planeada (LINCH; [et al] 2009) sendo uma das responsabilidades dos enfermeiros perioperatórios a prevenção desta complicação cirúrgica evitável.

A dor aguda não controlada resulta em internamentos mais prolongados após a cirurgia. Em 2010, o custo médio da diária num hospital dos Estados Unidos da América era de 2129 dólares americanos, se apenas 20 milhões de doentes submetidos a cirurgia tivessem ficado mais um dia no hospital devido a dor pós operatória mal controlada no mesmo ano os custos seriam de 42580 milhões de dólares americanos (IASP, 2011). Reconhece-se, assim, ser uma prioridade que, durante o período peri-operatório, principalmente no pós-operatório, os doentes tenham acesso a um maior alívio da dor (IASP, 2011).

OBJECTIVOS

Avaliar a temperatura no doente cirúrgico;

Avaliar a dor no doente cirúrgico;

Verificar a influência que a aplicação de medidas de controlo tem na dor e na temperatura do doente cirúrgico;

Verificar a relação entre o valor de temperatura e o nível de dor do doente cirúrgico no peri-operatório.

MÉTODOS

Tipo de estudo: Estudo descritivo transversal, analítico correlacional.

Participantes: Uma amostra de 50 indivíduos submetidos a cirurgia abdominal eletiva, 58,0% do sexo feminino e 42,0% do sexo masculino; com idades entre os 24 e os 95 anos (Média=61,54; Dp=15,55); com um índice de massa corporal médio de 26,69 (Pré-obesidade). A esses participantes foram efectuadas 3 avaliações temperatura central (timpânica) de 30 em 30 minutos no período intra-operatório onde a temperatura ambiente média da sala operatória foi de 20,99 centígrados e a humidade relativa ambiente média foi de 45,12% e 3 avaliações de temperatura central (timpânica) de 30 em 30 minutos e em simultâneo nível de dor quando se encontravam na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

Material: Como suporte para a colheita de informação utilizaram-se: Grelha de colheita de dados validada através de pré-teste e termómetro BRAUN *thermoscan 6012*.

RESULTADOS

Observou-se que a temperatura central intra-operatória variou entre um mínimo de 35,20°C e um máximo de 37,40°C nos três momentos de avaliação sendo que a temperatura média na terceira avaliação foi de 35,96°C para um Dp=0,36. No primeiro momento de avaliação de temperatura no intra-operatório 10,0% dos doentes apresentavam hipotermia. No segundo momento de avaliação de temperatura no intra-operatório 32,0% dos doentes apresentavam hipotermia. No terceiro momento de avaliação de temperatura no intra-operatório 50,0% dos doentes apresentavam hipotermia. No primeiro momento de avaliação de temperatura na UCPA 76,0% dos doentes apresentavam hipotermia. No segundo momento de avaliação de temperatura na UCPA 62,0% dos doentes apresentavam hipotermia. No terceiro momento de avaliação de temperatura na UCPA 50,0% dos doentes apresentavam hipotermia. No intra-operatório 26,0% doentes receberam

medidas de controlo de temperatura e 74,0% não. Na UCPA no 3.º momento de avaliação 57,14% doentes do sexo masculino e 55,17% de sexo feminino ainda apresentavam uma dor entre 1 e 3 (escala numérica da dor) e 19,04% doentes do sexo masculino e 3,44% do sexo feminino apresentavam uma dor localizada entre 4 e 6. Na UCPA apenas 6,0% doentes não receberam medidas de controlo de temperatura. Houve uma diminuição do nível médio de dor do 1.º momento, sexo masculino (Média=2,48; Dp=2,14) sexo feminino (Média=2,10; Dp=2,02), para o 3.º momento, sexo masculino (Média=1,62; Dp=1,63) sexo feminino (Média=1,21; Dp=1,35). Ao longo do estudo houve 44,0% doentes que não receberam quaisquer medidas de controlo de dor e 66,0% que pelo menos uma vez, receberam medidas de controlo de dor, fossem elas farmacológicas ou não-farmacológicas.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O tempo médio de duração da cirurgia foi de 102 minutos. MORGAN [et al] 2003, afirmam que qualquer procedimento cirúrgico em que o doente seja submetido a anestesia geral com duração superior a 15 minutos implica a monitorização da temperatura central do doente.

Verificou-se uma diminuição gradual dos valores de temperatura durante a cirurgia, sendo que 46,7% dos doentes apresentaram em algum momento temperaturas inferiores a 36°C, consideradas como hipotermia. Este resultado revela a necessidade de implementar ou reforçar medidas para a prevenção de hipotermia perioperatória não planeada (LINCH; [et al] 2010). Estas medidas de acordo com os resultados devem ser aplicadas com maior incidência no intraoperatório uma vez que 74,0% dos doentes não foram submetidos a quaisquer medidas de controlo de temperatura. Do primeiro para o terceiro momento de avaliação de temperatura central, verificou-se um aumento de 40%, dos doentes em hipotermia.

As correlações entre a temperatura e a dor apresentaram na sua maioria valores negativos, o que indica que estas variáveis variaram na razão inversa, ou seja tendencialmente a diminuição da temperatura induz um aumento do nível de dor, mas os resultados não foram estatisticamente significativos. Isoladamente em nenhum momento de avaliação da temperatura, a temperatura tem influência significativa sobre a dor, no entanto observa-se que para a última avaliação de temperatura o conjunto das 6 avaliações de temperatura apresentam uma correlação positiva e moderada ($r=0,403$) explicando no seu conjunto 4,60% do valor obtido na última avaliação da dor. O erro padrão desta estimativa é de 1,43.

Os doentes que foram submetidos a medidas de controlo de temperatura desde o primeiro momento apresentaram sempre um nível médio de dor inferior ao dos que não foram submetidos a qualquer medida de controlo de temperatura. Uma hora depois da cirurgia (segundo momento de

avaliação da dor) os valores médios de dor referidos pelos doentes submetidos a medidas de controlo de temperatura, eram no mínimo 4 vezes inferiores aos dos doentes a quem não foram implementadas medidas de controlo de temperatura, na primeira avaliação de temperatura, verificando-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0,019$). No terceiro momento de avaliação de temperatura o nível médio de dor referido, foi três vezes inferior para os doentes submetidos a medidas de controlo de temperatura no primeiro momento, em comparação aos que não foram submetidos a essas medidas, sendo que não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p=0,12$).

Relativamente às medidas de controlo de temperatura tomadas no segundo momento de avaliação de temperatura, tendencialmente as mais eficazes são as medidas activas de controlo de temperatura, pois estão relacionadas a níveis médios de dor mais baixos, contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas em nenhum dos momentos de avaliação de dor.

Também no que diz respeito às medidas de controlo de temperatura prestadas num terceiro momento de avaliação de temperatura durante a cirurgia e no primeiro e no segundo momentos de avaliação após a cirurgia, não existem diferenças estatísticas significativas.

CONCLUSÕES

A temperatura do doente nos procedimentos perioperatórios irá predizer o nível de dor que este apresenta no final. Sendo que tendencialmente doentes menos frios durante a cirurgia terão percepção menor nível de dor no pós-operatório.

É importante garantir a monitorização e a implementação de medidas de controlo de temperatura para evitar complicações nomeadamente o agravamento da dor.

As medidas de controlo de temperatura revelaram-se eficazes pois houve um aumento gradual da temperatura após a sua implementação. Por outro lado, como ainda houve uma elevada percentagem de doentes com hipotermia torna-se necessário implementar estas medidas precocemente com o objetivo de prevenir esse risco.

O enfermeiro tem a responsabilidade de reduzir o risco de hipotermia do doente cirúrgico através de medidas cuja necessidade de aplicação se revelou ter de ser mais precoce e frequente através deste estudo.

Parece ser importante a realização de um estudo mais abrangente, com acompanhamento dos doentes durante todo o período de internamento.

BIBLIOGRAFIA

- DE BERNARDIS R.C.G, et al; Uso da manta térmica na prevenção da hipotermia intraoperatória. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(4): 421-6 [em linha] [Consult. 11 Janeiro 2011] Disponível em: www.scielo.br/pdf/ramb/v55n4/a17v55n4.pdf
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD; 18/06/08. [em linha] [Consult. 13 Janeiro 2011] Disponível em:www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor; Nº 09/DGCG; 14/06/2003. [em linha] [Consult. 5 Janeiro 2011] Disponível em: [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor .pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf)
- EUROPEAN FEDERATION OF IASP CHAPTERS [em linha] [Consult. 13 Janeiro 2011] Disponível em:<http://www.efic.org/pain-efic-declaration.php>
- IASP (FACTSHEETS - Global Year against acute pain) [em linha] [Consult. 8 Janeiro 2011] Disponível em: www.iasp-pain.org
- LINCH S, [et al]. Reducing the Risk of Unplanned Perioperative Hypothermia. [em linha] [Consult. 13 Janeiro 2011] Disponível em:[www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(10\)00918-X/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(10)00918-X/fulltext)
- MORGAN G., MAGED S. Anestesiologia Clínica, 2.ª Ed, Revinter 2003 ISBN 85 – 7309 -515 - 6
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dor - Guia orientador de boa prática. Cadernos OE; série I, N.º 1. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros; 2008. [em linha] [Consult. 4 Janeiro 2011] Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências do Enfermeiros Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Colégio de Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica [em linha] [Consult. 6 Janeiro 2011] Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Assembleia_CEEMC_PropostaRegInterno CEEMC.pdf
- PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR [em linha] [Consult. 25 Outubro 2010]. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf
- RIGOTTI M. A., FERREIRA A. M.; Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arq Ciênc Saúde 2005 jan-mar;12(1):50-4. [em linha] [Consult. 5 Janeiro 2011] Disponível em: www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf
- SAJID, et al; The role of perioperative warming in surgery: a systematic review. Sao Paulo Med J. 2009; 127(4): 231-7 [em linha] [Consult. 4 Janeiro 2011] Disponível em: www.scielo.br/pdf/spmj/v127n4/v127n4a09.pdf

Autoconceito, Serviços de Saúde e Adesão ao Regime Terapêutico em Doentes com Coronariopatia Isquémica

Luís Filipe Lopes, Carla Sofia Gonçalves & António Madureira Dias

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular é um problema mundial de saúde. No mundo cerca de um terço das pessoas morrem de doença cardiovascular, na sua maioria de doença coronária e AVC. Nos países em desenvolvimento 80% das mortes são causadas por doença cardiovascular (THYGESEN, ALPERT e WHITE, 2007, p.2185).

Nos países desenvolvidos as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre as pessoas de ambos os sexos, sendo a doença das artérias coronárias a causa principal das doenças cardiovasculares (MANUAL MERCK, 2008).

Estudos realizados em 2002 referem que, em Portugal morreram entre 10.000 a 99.999 pessoas, vítimas de coronariopatia. Comparativamente com outras causas de morte (tuberculose, acidentes de viação) na faixa etária entre os 15 e os 59 anos morreram cerca de 1332 mil pessoas vítimas de coronariopatias e cerca de 5825 mil pessoas na faixa etária superior a 60 anos com a mesma patologia (MACKAY e MENSAH, 2004).

Relatório de 2002 da Organização Mundial de Saúde refere que até 2020 mais de 50% da mortalidade e incapacidade resultantes da doença cardíaca isquémica (DCI) e dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) poderia ser evitada pela implementação de medidas simples e custo-efectivas a nível individual (intervenção medicamentosa) e nacional (desenvolvimento por parte dos governos de políticas e programas promotores da saúde populacional) dirigidas ao controlo adequado dos principais factores de risco da hipertensão arterial, hipercolesterolemia, tabagismo e obesidade (OMS, 2003).

Em Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são extremamente prevalentes. Assim, as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, sendo a terceira e a quarta causa de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2002).

O enfarte agudo do miocárdio constitui a segunda causa de morte em Portugal, sendo a primeira os acidentes vasculares cerebrais. Trata-se de uma verdadeira epidemia que provocou em

todo o mundo um enorme interesse por esta afecção, a nível da prevenção, tratamento e reabilitação.

Cerca de 75 % da doença cardiovascular pode ser atribuída ao conjunto dos Factores de Risco (FR) ditos modificáveis. A ausência da correcção destes FR poderá ser responsável pela perda de cerca de 25 % do conjunto de anos de vida saudáveis até ao ano de 2020 (COSTA [et al], 2003). Os tratamentos implicam, na sua maioria, mudanças de comportamentos e hábitos de vida e a sua eficácia dependem da adesão dos indivíduos.

O tratamento pode ser invariavelmente longo. Um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, no cuidar dos doentes, é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir. Com efeito, a questão da adesão é particularmente importante quando se trata do doente cardíaco. Embora não existam dados consistentes que relacionem a cardiopatia e adesão, é grande a repercussão da não-adesão, tanto no controle de sintomas, quanto na manutenção da capacidade funcional, tendo implicações importantes na sua qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) reconhece que a baixa adesão à terapêutica interfere negativamente nos resultados dos tratamentos de doenças crónicas, com consequente aumento dos custos em saúde, e representa um importante problema de saúde pública. A adesão é fundamental para o sucesso da terapêutica no contexto de doenças cardiovasculares.

A relevância da questão na terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crónica, a prevenção de uma patologia. E se o doente não adere? Porque é que isso acontece? Será que o doente sabe o que é aderir ou tem consciência da questão?

Com efeito, a adesão terapêutica tem vindo a merecer uma grande atenção por parte da inúmera comunidade científica. A saúde pública, o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos melhorará através da eliminação de comportamentos de risco, difusão de meios de prevenção, promoção e a adopção de comportamentos de saúde mais generalizados das populações a par dos avanços na terapêutica (PEREIRA, ALMEIDA e DOMINGOS, 2008).

A pertinência do estudo vem ao encontro desta ideia, ou seja, numa população que nos é familiar, os doentes cardiovasculares. Neste contexto, e seguindo a mesma linha de raciocínio, este estudo debruça-se essencialmente sobre a adesão à terapêutica, sendo nossa pretensão, contribuir para o estudo da **“Adesão à Terapêutica em doentes com Coronariopatia Isquémica”**.

Perante esta problemática, e movidos pela vontade de contribuir positivamente para a melhoria do nível de adesão dos nossos doentes, traçámos como principal objectivo do estudo, saber

se existe efeito significativo entre as variáveis auto-conceito e serviços de saúde com a adesão à terapêutica.

MATERIAL

Com vista à realização do presente estudo e a obtenção de resultados mensuráveis, foi utilizado um formulário como instrumento de colheita de dados, composto pelo Inventário clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1986) para as variáveis relacionadas com o Auto-conceito, o Questionário de caracterização dos serviços de saúde para as variáveis relacionadas com os Serviços de Saúde e Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT *cit. in* DELGADO e LIMA, 2001).

MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo transversal, analítico correlacional e quantitativo, no Distrito de Viseu numa amostra de 98 doentes com coronáriopatia isquémica, 60 homens e 38 mulheres.

Para que pudessem ser incluídos no estudo, os participantes tinham obrigatoriamente de possuir Nacionalidade Portuguesa, residir no Distrito de Viseu, ter idade superior a 25 anos e inferior a 95, não estar institucionalizados, ausência de deficiência mental, demência ou patologia psiquiátrica e ter um diagnóstico de coronáriopatia isquémica com menos de 10 anos em tratamento.

A amostra do estudo é do tipo não probabilístico, dado que resulta de factores como a acessibilidade e disponibilidade dos participantes, não dependendo de uma selecção aleatória.

O período de colheita de dados situou-se entre Agosto e Outubro de 2008.

RESULTADOS

Através da análise dos valores do coeficiente de correlação de *Pearson*, apurados para estudar a associação entre os quatro factores do autoconceito e a adesão, apurou-se que: Aceitação/Rejeição social ($r=0.246$, $p=0.015$); Auto-eficácia ($r=0.235$, $p=0.020$); Maturidade psicológica ($r=0.307$, $p=0.002$) e Impulsividade/Actividade ($r=0.147$, $p=0.147$).

Observa-se assim, que os factores Auto-eficácia/Rejeição social e Auto-eficácia, apresentam estatística significativa; o factor Maturidade psicológica apresenta uma estatística bastante significativa. Todos os outros factores, apresentam uma associação baixa. O factor Impulsividade/Actividade não é estatisticamente significativo e apresenta uma associação muito

baixa. Aferimos ainda a existência de uma associação positiva baixa com uma estatística bastante significativa entre o auto-conceito total e a adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica ($r=0.275$; $p=0.006$). Desta forma inferimos que quanto maior for o valor global do auto-conceito melhor é a adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre o Auto conceito e a adesão à terapêutica

Auto – conceito	MAT	
	r	p
Aceitação/Rejeição social	0.246	0.015*
Auto-eficácia	0.235	0.020*
Maturidade psicológica	0.307	0.002**
Impulsividade/Actividade	0.147	0.147
Valor Global – AC	0.275	0.006**

r - correlação de Pearson

** $p<0.01$ * $p<0.05$

Os homens ($\bar{X} = 74.75$; $s=10.63$) têm melhor auto-conceito do que as mulheres ($\bar{X} = 69.78$; $s = 11.55$) e médias superiores em todos os factores que compõem a escala (Tabela 2). Existe diferença estatística significativa nos factores “*auto-eficácia*” e no factor “*impulsividade/actividade*” ($t = 0.660$; $p=0.006$; $t=0.086$; $p=0.031$, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao Auto-conceito

	Masculino (n = 60)		Feminino (n = 38)		t	p
	\bar{X}	s	\bar{X}	s		
“ <i>Aceitação /rejeição social</i> ”	18.70	3.49	17.87	3.49	0.789	0.254
“ <i>Auto-eficácia</i> ”	20.73	2.74	19	3.35	0.660	0.006*
“ <i>Maturidade psicológica</i> ”	15.10	2.63	14.37	2.72	0.782	0.189
“ <i>Impulsividade/actividade</i> ”	11.83	2.01	10.84	2.44	0.086	0.031*
Nota Global	74.75	10.63	69.78	11.55	0.693	0.032*

t – t de student

* $p<0.05$

Relativamente ao efeito que a variável acompanhamento médico tem sobre a adesão à terapêutica aplicámos o teste ANOVA. Verificamos assim que existe uma maior adesão à terapêutica quando os indivíduos são acompanhados em simultâneo por médico cardiologista e médico de família ($\bar{X} = 5.61$) sendo que os que apresentam menor adesão à terapêutica são aqueles que são acompanhados por médico particular. Através desta análise verificamos que existe relação estatisticamente significativa do tipo de acompanhamento médico na adesão à terapêutica ($F=3.458$; $p=0.011$) (Tabela 3), rejeitando qualquer efeito significativo entre o tipo de acompanhamento médico e a adesão à terapêutica.

Tabela 3 – Associação entre o acompanhamento médico e a adesão à terapêutica

Acompanhamento Médico	Cardiologista N=30		Médico de Família N= 46		Médico Particular N=2		Cardiologista & Médico de Família N= 17		Médico de Família & Médico Particular N= 3		F	p
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
MAT	5.50	0.393	5.09	0.769	4.85	0.202	5.61	0.555	4.80	1.327	3.458	0.011*

F – ANOVA

* $p < 0.01$

Quanto ao acompanhamento médico, a maioria dos indivíduos é acompanhada pelo seu “médico de família” (46.9%). De referir que o género feminino (68.4%) tem acompanhamento pelo seu médico de família, enquanto o género masculino (40.0%) é sobretudo por médico cardiologista.

Já em relação à Dificuldade de deslocação para a consulta a maior parte dos indivíduos refere não ter “*dificuldade em se deslocar para a consulta*” (66.4%). O género masculino (78.3%) refere não ter dificuldade na deslocação, ao inverso do género feminino (52.6%) que refere ter dificuldade em se deslocar (Quadro 1).

Do universo dos indivíduos que têm dificuldades em se deslocar à consulta (33.6%), 39.4% refere que a principal dificuldade é a “*distância para ir a pé*”, 27.3% refere que é o “*custo da deslocação, precisa de transporte*” e 12.1% “*necessita de acompanhante*”. Apenas o género feminino (20.0%) refere “*necessidade de acompanhante*” para a deslocação à consulta, não existindo qualquer elemento do género masculino que refere essa necessidade (0.0%) (Quadro 1).

Verificamos ainda que 44.9% da amostra tem “*consultas entre 0 e 3 meses*”, 33.7% tem “*consultas entre os 3 e os 6 meses*” e apenas 2.0% tem “*consultas superiores a 12 meses*”. A maioria dos indivíduos da amostra (70.4%), considera o “*número de consultas adequado*”. Apenas 27.6% refere a necessidade de ter “*maior número de consultas*” (Quadro 1).

Quanto ao Relacionamento com Enfermeiro, 78.6% considera que tem uma “*boa relação com o Enfermeiro*” e 21.4% um “*relacionamento indiferente*”. Não existe qualquer referência a “*mau relacionamento com o enfermeiro*” (0.0%) (Quadro 1).

No que concerne ao Relacionamento com o Médico, a maioria dos indivíduos da amostra (90.8%) considera ter uma “*boa relação com o médico*” que o acompanha. Não existe aqui também qualquer referência a “*mau relacionamento*” com o médico (0.0%) (Quadro 1).

Quanto às condições financeiras para aquisição de medicamentos, verificamos que 67.3% da amostra considera que “tem condições financeiras” para adquirir os medicamentos, não existindo grandes diferenças entre os géneros (68.3% masculino e 65.8% feminino) (Quadro 1).

Quadro 1 – Características relativas aos serviços de saúde

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acompanhamento médico						
“Cardiologista”	24	40.0	6	15.8	30	30.6
“Médico família”	20	33.3	26	68.4	46	46.9
“Médico particular”	-	0.0	2	5.3	2	2.0
“Cardiologista e médico família”	14	23.3	3	7.9	17	17.4
“Médico família e médico particular”	2	3.3	1	2.6	3	3.1
Dificuldade deslocação à consulta						
Não	47	78.3	18	47.4	65	66.4
Sim	13	21.7	20	52.6	33	33.6
Dificuldades na deslocação						
“A distância é grande para ir a pé”	5	38.5	8	40.0	13	39.4
“Necessita de acompanhante”	-	0.0	4	20.0	4	12.1
“Tem afazeres domésticos”	1	7.7	-	0.0	1	3.0
“Não pode faltar ao trabalho”	1	7.7	2	10.0	3	9.1
“Custo financeiro, precisa de transporte”	5	38.5	4	20.0	9	27.3
“A distância é grande para ir a pé”+“Custo financeiro”	1	7.7	-	0.0	1	3.0
“Tem afazeres domésticos”+“Não pode faltar ao trabalho”	-	0.0	1	5.0	1	3.0
“A distância é grande para ir a pé”+“Necessita de acompanhante”+“Custo financeiro”	-	0.0	1	5.0	1	3.0
Periodicidade das consultas						
“Não vai à consulta”	2	3.3	-	0.0	2	2.1
“0-3 meses”	28	46.7	16	42.1	44	44.9
“3-6 meses”	19	31.7	14	36.8	33	33.7
“6-12 meses”	11	18.3	6	15.8	17	17.3
“Superior a 12 meses”	-	0.0	2	5.3	2	2.0
Número consultas						
“Deveria ter menos”	2	3.3	-	0.0	2	2.0
“Deveria ter mais”	14	23.3	13	34.2	27	27.6
“Adequado”	44	73.3	25	65.8	69	70.4
Relacionamento com Enf.						
“Mau”	-	0.0	-	0.0	-	0.0
“Indiferente”	13	21.7	8	21.1	21	21.4
“Bom”	47	78.3	30	78.9	77	78.6
Relacionamento com médico						
“Mau”	-	0.0	-	0.0	-	0.0
“Indiferente”	5	8.3	4	10.5	9	9.2
“Bom”	55	91.7	34	89.5	89	90.8
Condições financeiras para aquisição dos medicamentos						
Não	19	31.7	13	34.2	32	32.7
Sim	41	68.3	25	65.8	66	67.3

DISCUSSÃO

O estudo revela-nos que, quanto maior for o auto-conceito melhor é a adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica. Um estudo de GOMES e RIBEIRO divulga que, o auto-conceito realista, consistente e positivo parece favorecer o confronto com situações de stress, influenciando a Percepção Geral de Saúde e do Bem-Estar. Numa amostra de 30 indivíduos revela existir uma estatística significativa em relação ao auto conceito com a saúde em geral.

A variável acompanhamento médico, revelou que 46.9% dos inquiridos dispõem de acompanhamento nas consultas de médico de família. Constatamos que os doentes que aderem menos, são os que possuem concomitantemente médico de família e médico particular. Pela análise verificou-se que existe associação estatística bastante significativa entre esta variável e a adesão.

No que diz respeito à dificuldade em se deslocar à consulta, 66.4% da amostra nega ter dificuldade em se deslocar. A restante amostra, que afirma ter dificuldade em se deslocar, apresenta como motivo principal, a longa distância do local da consulta (39.4%), seguidamente o custo financeiro, ao necessitar de transporte para a deslocação (27.3%).

Inferimos que, os doentes com coronáriopatia isquémica que não revelam dificuldade em se deslocar à consulta, são os que possuem maior nível de adesão, existindo associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

MEDEIROS (2006), afirma no seu estudo de “Adesão à Terapêutica Anti-Hipertensivo” que, 32.5% dos inquiridos referem ter alguma dificuldade em se deslocar ao local da consulta, todavia os motivos em maior relevância diferem do nosso estudo. Em igual percentagem (25.6%), evidenciam dificuldade em se deslocar, devido ao facto de terem que faltar ao trabalho e possuírem encargos domésticos, casa ou filhos. Estas dificuldades referenciadas por MEDEIROS, também foram mensuradas no nosso estudo, não sendo citadas, por não apresentarem percentagens relevantes.

Relativamente à periodicidade das consultas, constatou-se que 44.9% da amostra recorre às consultas num período de 0 a 3 meses, equitativamente outra grande maioria da nossa amostra (33.7%) dirige-se à consulta num período de 3 a 6 meses. O estudo inferencial revela que existe menor adesão, nos doentes que não recorrem à consulta e aqueles que se dirigem à consulta num período superior a 12 meses.

No estudo de MEDEIROS (2006), a maior parte da sua amostra recorre à consulta, mensalmente e bimestral.

Da amostra, 70.4% consideram adequado o número de consultas que possui e apenas 2% considera que deveriam ter menos, os restantes elementos da amostra ponderam ter mais consultas.

MEDEIROS (2006), revela que quanto à adequação do número de consultas, 76.7% da amostra, considera adequado e 14.2% afirmam que deveriam ter maior número de consultas.

Pela análise inferencial concluiu-se que os doentes que aderem mais, são aqueles que consideram o número de consultas adequado. Sendo esta, associação bastante significativa.

Quanto ao relacionamento com os profissionais de enfermagem, a maioria dos doentes refere possuir um bom relacionamento com o enfermeiro (78.6%), contrariamente 21.4% dos indivíduos revelam ser indiferente o relacionamento que estabelecem com o enfermeiro.

MEDEIROS (2006), no âmbito do seu estudo concluiu que o relacionamento que os doentes estabelecem com o enfermeiro é bom (89.2%), contudo 3.3% refere ter um mau relacionamento. O que contraria o nosso estudo, no sentido em que não existe referência de um mau relacionamento.

O nosso estudo inferencial evidenciou um efeito estatisticamente significativo entre o relacionamento com o enfermeiro e a adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica, pelo que, quanto melhor for o relacionamento com o enfermeiro, mais elevada é a adesão, sendo esta conclusão gratificante na nossa profissão.

Relativamente ao relacionamento com o seu Médico, a maioria dos doentes (90.8%), considera ter um bom relacionamento com o médico que o acompanha. A percentagem vai de encontro ao estudo de MEDEIROS (2006), em que 91.7% referem ter um bom relacionamento com o médico. Inferimos assim que, os doentes que possuem um bom relacionamento com o médico, apresentam maior adesão à terapêutica, do que aqueles em que o relacionamento lhes é indiferente.

No entanto, a qualidade, a duração e a frequência da interação entre o doente e o médico, bem como a atitude em relação ao doente e da sua capacidade de obter e respeitar as preocupações, fornecer a informação adequada e demonstrar empatia são da maior importância, contudo 50% do que o médico transmite ao doente é esquecido quase imediatamente, não se verificando portanto, uma relação significativa entre a relação do médico com o doente e a adesão à terapêutica neste estudo, (MANSUR [et al], 2001).

Quanto às condições financeiras os resultados obtidos mostram que os doentes com coronariopatia isquémica, apresentam condições financeiras (67.3%) para a aquisição dos medicamentos prescritos, e numa análise inferencial as condições financeiras influenciam a adesão à terapêutica do doente com coronariopatia isquémica. Contudo o estudo de MEDEIROS (2006), contraria o nosso estudo, revelando que na sua amostra 63.3% dos doentes, não possuem condições financeiras para adquirir a medicação prescrita continuamente.

CONCLUSÕES

As doenças isquêmicas coronárias, apesar da baixa taxa de mortalidade observada no nosso país comparativamente a outros países europeus, devem continuar a ser uma preocupação para o nosso sistema de saúde, dado existir uma perspectiva de crescimento da sua incidência, apontada internacionalmente, até ao ano de 2025. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A Organização Mundial de Saúde defende que, a adesão melhora consideravelmente, quando existe acesso à informação, apoio e monitorização constante, o que implica uma redução dos efeitos negativos provocados pela doença com melhoria da qualidade de vida dos doentes e diminuição da carga das condições crónicas (WHO, 2003, p.3). Desta forma, revelou-se pertinente a realização de um estudo que avalie a adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica.

Concluimos assim que o auto-conceito, bem como os serviços de saúde, os seus serviços e os seus profissionais têm efeito sobre a variável dependente em estudo.

Desta forma, verificamos que os inquiridos com melhor auto-estima e que gozam de um serviço de saúde e profissionais de saúde capazes de responder às suas necessidades são os que apresentam maior adesão à terapêutica.

Cuidar das vítimas de violência doméstica no serviço de urgência do Centro Hospitalar de Coimbra EPE

António Veiga¹

Os profissionais dos serviços de urgência encontram-se estrategicamente posicionados para uma detecção mais precoce das situações de Violência Doméstica e para iniciar uma intervenção e um encaminhamento capaz de contribuir para quebrar o “ciclo da violência” e minimizar e esbater o impacto desta na perda de qualidade de vida dos seus intervenientes. Atento á importância desta problemática em 2005 a direção do Serviço de Urgência em colaboração com o Projecto “VIOLENCIA: Informação, Investigação, Intervenção (VIII) (de que fazem parte uma série de instituições*)”, iniciou a implementação dum projecto de atendimento mais personalizado e um encaminhamento mais adequado às necessidades das vítimas de Violência Doméstica.

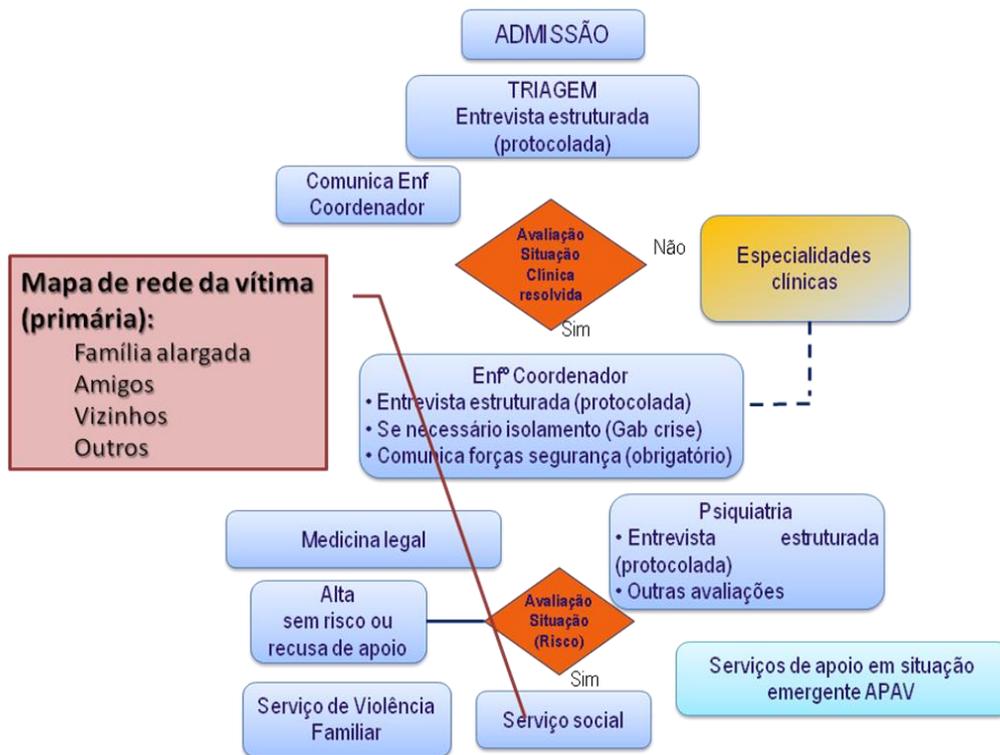
O serviço de urgência enquanto parceiro deste Projecto tem como estratégia não apenas cuidar das vitimas de Violência Doméstica de uma forma mais humanizada e dirigida às suas reais necessidades, mas também compreender melhor este fenómeno e a sua epidemiologia, pelo que se pretende continuar a desenvolver instrumentos e contextos que permitam registar e analisar informações para melhor avaliar as necessidades efectivas das vitimas e dos agressores no âmbito desta temática.

Este projecto iniciou-se com uma discussão desta problemática e formação a todos os profissionais de enfermagem do serviço, mas em que também foram envolvidos outros técnicos de saúde do CHC EPE e também dos Cuidados Primários da área de influência da Unidade de Saúde de Coimbra Sul.

Numa outra fase da implementação deste projecto as estratégias de intervenção foram então desenvolvidas em sessões de formação com a equipa de enfermagem do serviço de urgência em colaboração com o serviço de Violência Familiar. Foi então elaborado e desenvolvido um Protocolo com o objectivo de ajudar os profissionais de saúde a elaborarem uma leitura mais precisa das reais necessidades das pessoas ou vítimas que recorrem ao serviço de urgência por questões relacionadas com a violência doméstica. Foi então criado um fluxograma de encaminhamento das vítimas de violência doméstica no nosso serviço de urgência (Fig.1).

¹ Centro Hospitalar de Coimbra.

Fig.1 Fluxograma de encaminhamento das vítimas de violência doméstica.



Já integrados no Projecto de Intervenção em Rede (PIR) seguiu-se uma outra etapa de formação com o objectivo de formar redes locais para melhor atender e cuidar das vítimas de violência doméstica. Nesta fase além de termos um grupo de enfermeiros a participar como formandos pudemos igualmente contribuir como formadores transmitindo a experiência pessoal dos profissionais do serviço de urgência no desenvolvimento deste projecto.

Actualmente podemos afirmar que as vítimas de violências podem esperar no nosso serviço de urgência um atendimento personalizado, a quem são prestadas todas as informações consideradas úteis e em que a segurança é sempre uma das prioridades. Das várias acções efectuadas pelo enfermeiro coordenador, destacamos a entrevista estruturada, em que é feita uma descrição detalhada e registos pormenorizados, realizada em sala própria, sala essa onde existem algumas referências à violência doméstica, tais como cartazes, panfletos e brochuras. Nessa entrevista são valorizados os aspectos que são considerados mais importantes para o contexto. (Quadro 1). E pelo facto de não estarmos sós, mas sim fazermos parte de uma rede, já que onde e com quem trabalhamos fazemos parte dessa rede que nos permite uma melhor identificação dos serviços de apoio e, desse modo adoptar, ao nível da nossa intervenção, respostas mais rápidas e mais adequadas a cada uma das vitimas.

Posteriormente a entrevista estruturada e registada no sistema informático Alert, nossa ferramenta de trabalho, sendo que esta informação é enviada mais tarde para a consulta de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, após informação fornecida às

vítimas e sempre com o seu consentimento. Temos uma articulação permanente com a técnica do serviço social do serviço a quem é sempre pedido parecer social, quer para avaliação da vítima no período de funcionamento deste (09-16 h), quer para um follow up posterior.

Desde que em 2007 iniciamos um registo sistematizado de vítimas de violência doméstica e até ao presente, registamos um total de 235 casos de vítimas do sexo feminino e 33 do sexo masculino.

Quadro 1 – Aspectos da entrevista estruturada

<ul style="list-style-type: none"> •Tipo de violência e a natureza do abuso: Verbal/físico/psicológico/sexual/económico. 	<ul style="list-style-type: none"> •Caracterizar a vítima e o agressor
<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar o risco para a vítima aquando da alta 	<ul style="list-style-type: none"> •Se existem menores envolvidos e se correm riscos (CPCJ se necessário)
<ul style="list-style-type: none"> •Identificar os apoios de que dispõe na comunidade (familiares, amigos, outros) 	<ul style="list-style-type: none"> •Informar e registar das ajudas de que dispõe: APAV/CPCJ/ consulta de violência familiar do CHPC, SEG SOCIAL/FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO/PSP/GNR)
<ul style="list-style-type: none"> •Contacto com as forças de segurança 	<ul style="list-style-type: none"> •Contacto seguro e hora do contacto e informar que a informação irá ser enviada para a consulta de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.
<ul style="list-style-type: none"> •Referir se houve necessidade de recorrer a: Medicina Legal Urgência Psiquiatria 	

Não tem sido uma tarefa fácil, mas tem sido muito gratificante podermos apoiar de uma forma mais efectiva as vitimas de violência domestica numa altura em que muitos ainda pensam que intervir em situações de violência doméstica é tarefa exclusiva da esfera judicial ou policial, contudo é tarefa de todos nós, pois é aos serviços de saúde que quase todas as vitimas de violência doméstica recorrem num ou noutro momento da sua vida. Por nós, no nosso serviço tentamos que algumas regras estejam presentes no atendimento às vítimas de violência doméstica:

☺ Cada vítima é única ☺ Merece simpatia e respeito ☺ Não deve ser culpabilizada ☺ Deve ser informada ☺ Deve ser encaminhada.

Muito está ainda por fazer, é um facto! Mas, é fundamental evitar leituras lineares e causalisticas porque diminuem a eficácia das intervenções. É imperioso mudar mentalidades, valores e preconceitos. É necessária uma perspectiva multidisciplinar sobre cada intervenção, que inevitavelmente deve ser centrada nos subsistemas: individuo, família, redes primárias e secundárias. É pois urgente reforçar a importância do desenvolvimento de condições facilitadoras de uma acção colectiva que reforce a importância de implementar redes comunitárias de cooperação multisectorial, onde todos possam dar o seu contributo de uma forma integrada e integradora.

Nutrição em Pessoa em Situação Crítica – Um Compromisso Para a Excelência do Cuidar!

Anabela Ferraz Marques dos Santos; Célia Catarina Gaspar Franja; Renata Alexandra Cruz Constantino & Sandra Cristina Simões Mateus¹

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição enteral, uniformização de práticas, pessoa em situação crítica.

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica apresenta graves alterações do seu metabolismo requerendo a aquisição de nutrientes adequados à manutenção da homeostase metabólica. No entanto, as suas reservas energéticas endógenas estão limitadas. O hipercatabolismo associado a um inadequado aporte nutricional contribui para uma elevada prevalência da desnutrição. O papel da nutrição enteral no hipercatabolismo é suportar o processo metabólico, minimizando as perdas das proteínas musculares e ajudando a manter as diversas funções orgânicas.

O suporte nutricional por via entérica é o mais recomendado, desde que a pessoa apresente tracto digestivo funcionante e deve ser iniciado o mais precocemente possível devido às suas inúmeras vantagens.

Apesar dos seus benefícios, a utilização da via entérica na pessoa em situação crítica é frequentemente limitada pelo número de complicações associadas: mecânicas e gastrointestinais (vómitos, distensão abdominal, estase gástrica, diarreia e obstipação).

Na tentativa de colmatar estas complicações e uniformizar práticas, implementou-se no serviço um protocolo de administração e actuação face às mesmas.

QUADRO TEÓRICO

O suporte nutricional é essencial para o sucesso do tratamento à pessoa em situação crítica. A nutrição entérica como método preferencial de fornecimento de alimento, há muito que deixou de ser controverso, devido ao seu baixo custo, aos seus efeitos benéficos e à redução do número de complicações.

Actualmente, o aspecto nutricional é colocado no mesmo patamar que os valores analíticos ou a terapêutica farmacológica; por outras palavras, a nutrição assume-se como incontornável nos cuidados de saúde prestados a determinada pessoa. A pessoa crítica não será excepção e, como tal, o seu arsenal terapêutico deverá incluir, como elemento chave, uma nutrição adequada.

¹ Enfermeiras no Serviço de Medicina Intensiva dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE (SMI-HUC).

Nutrição entérica (NE) será todo e qualquer método de alimentação que permite o aporte total ou parcial de nutrientes directamente no estômago ou intestino, através de uma sonda, gastrostomia ou enterostomia. Pressupõe portanto, uma administração independente da vontade, quando a ingestão voluntária possível não é suficiente para suprir as necessidades nutricionais da pessoa, desde que o aparelho digestivo da mesma se encontre funcionante.

Ainda de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (RDC nº63 em 06/07/2000), Nutrição Enteral define-se como: *“alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para o uso por sonda ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou completar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme as necessidades nutricionais, em regime hospitalar, de ambulatório ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.”*

Segundo um estudo de Marik (publicado na *Critical Care Medicine* em 2001), quanto mais precoce for o início da nutrição entérica, menor a taxa de infecção, o número de complicações não infecciosas e ainda a taxa de mortalidade.

De acordo com as *guidelines* da ESPEN (publicadas na *Critical Nutrition* em 2006), o suporte nutricional por via entérica deverá ser iniciado a todo e qualquer pessoa em que se prevê não retomar a alimentação oral, ou esta é insuficiente, nos três dias seguintes, até às 48 horas de internamento, desde que se encontre estabilizada do ponto de vista hemodinâmico, em equilíbrio hidroelectrolítico e com tracto digestivo funcionante.

OBJECTIVOS DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA

- Proporcionar um meio de alimentação, quando a via oral é inacessível ou está contra-indicada;
- Contribuir para o restauro ou manutenção de um correcto estado nutricional (nível óptimo de depósitos de nutrientes);
- Contribuir para a manutenção do equilíbrio hidroelectrolítico da pessoa;
- Manutenção de uma correcta função intestinal devido à presença de nutrientes no lúmen intestinal.

Indicações da Nutrição Entérica

As indicações para utilização de suporte nutricional artificial por via entérica poder-se-ão dividir em:

- Patologias digestivas: distúrbios gastrointestinais, obstrução no esófago, gastrectomias, atrofia vilositária, enteropatias causadas por irradiação abdominal e/ou radioterapia e quimioterapia na área;

- Patologia cardio-respiratória e cardiopatias congénitas;

- Patologia renal;

- Patologia neurológica grave: perdas dos reflexos da deglutição e/ou tosse, situações do foro psiquiátrico nas quais a pessoa recusa a alimentação;

- Estados hipermetabólicos;

- Outros: prematuridade, malnutrição calórico-proteica primária grave, anorexia nervosa, malnutrição secundária a SIDA, glucogenose, queimaduras, trauma e pós-operatório de cirurgia radical da face e do pescoço.

Contra-indicações

A nutrição entérica está contra-indicada nas seguintes situações:

- Obstrução intestinal;

- Vômitos por obstrução do tubo digestivo;

- Perfuração gastrointestinal;

- Hemorragia gastrointestinal aguda ou não corrigível;

- Insuficiente superfície de absorção;

- Enterocolite necrosante;

- Cirurgia intestinal;

- Diarreia severa.

Apesar de todas as contra-indicações acima descritas, a única que será absoluta para o início da nutrição entérica é a obstrução mecânica.

Vantagens

- Promove o normal funcionamento da mucosa intestinal mantendo a sua integridade;

- Melhora a capacidade de absorção;

- Reduz a translocação bacteriana;

- Aumenta a síntese proteica e melhora a eficiência da utilização dos nutrientes;

- Mantém as funções secretoras do tracto gastrointestinal;

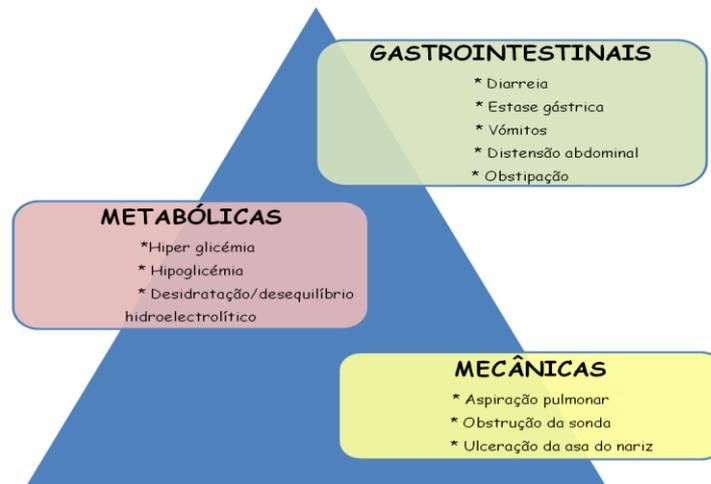
- É mais fisiológica, apresenta uma maior tolerância e menos distúrbios metabólicos que a parentérica;

- Fácil de preparar e de administrar;

- Menos dispendiosa que a parentérica.

Complicações

Apesar de todas as suas vantagens, a nutrição entérica não está isenta de complicações. O papel do enfermeiro é de suma importância na detecção, controlo e despiste das várias complicações inerentes à nutrição entérica.

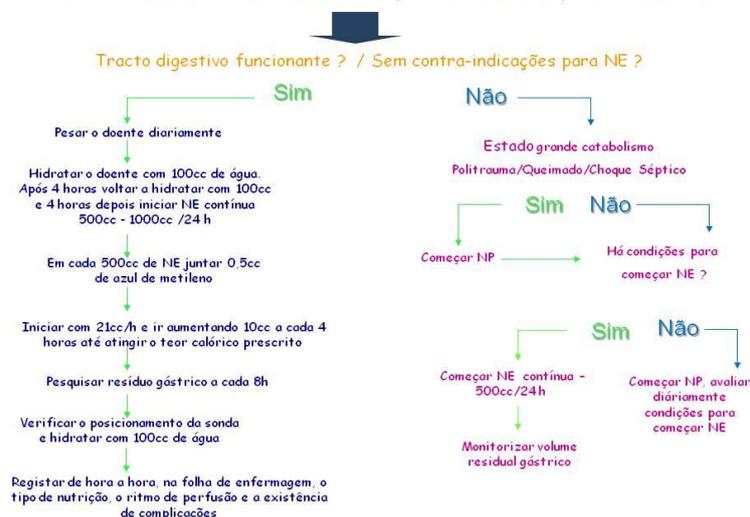


Estas podem ser evitadas ou minimizadas com a utilização do protocolo de nutrição.

Assim, desde de 2002 que no Serviço de Medicina Intensiva dos Hospitais da Universidade de Coimbra, existe um protocolo terapêutico destinado à administração de suporte nutricional por via entérica e à vigilância de complicações. Apresenta patamares de actuação para a equipa de enfermagem e, a partir de determinado nível para a equipa médica. Visa, sobretudo, a optimização do suporte nutricional entérico em pessoas críticas e promove a resolução das complicações associadas à utilização desta via.

De salientar que desde que foi instituído, em 2002, o protocolo de nutrição entérica vigente no SMI – HUC, tem vindo a sofrer algumas alterações no sentido de se adequar o mais e melhor possível à realidade existente.

PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL



Protocolos de Actuação Face às Complicações Mais Frequentes no SMI-HUC

Estase gástrica – favorecida pela gastroparésia presente nos primeiros dias, particularmente em pessoas traumatizadas e/ou favorecida pela utilização de sedação e analgesia.

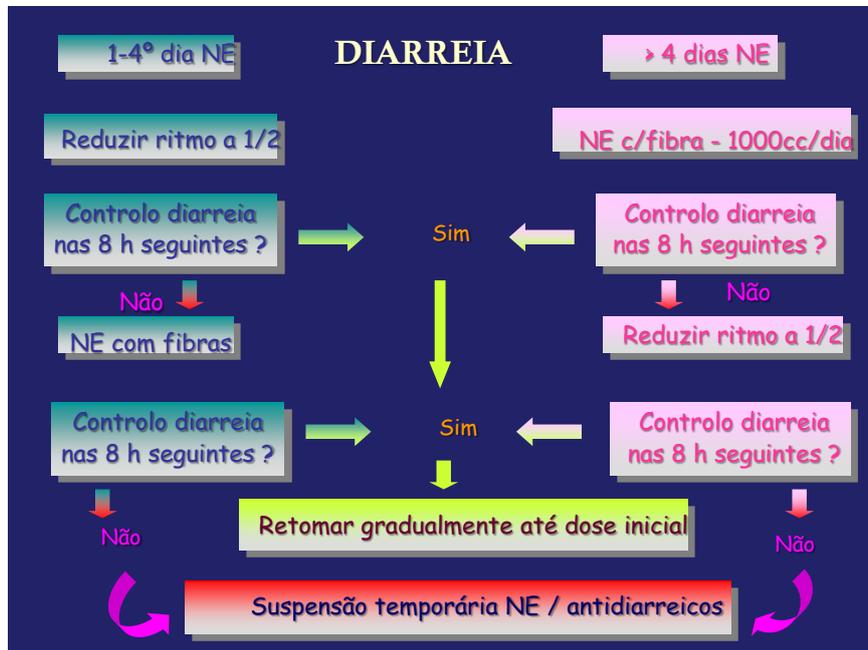


Distensão abdominal – (quase sempre sinónimo de um elevado tempo de esvaziamento gástrico) – resulta da impactação ou sofrimento intestinal.

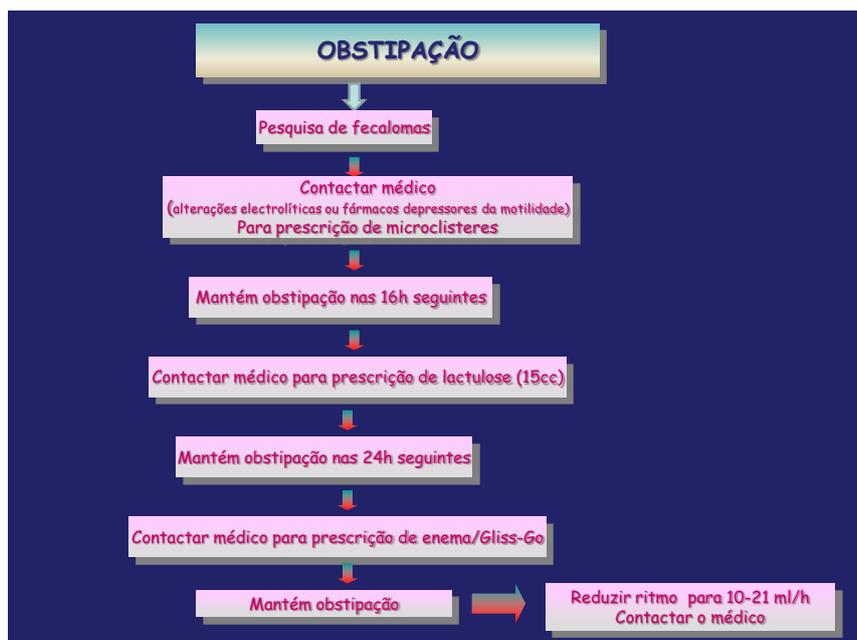
Vómitos – resultam muitas vezes do incorrecto posicionamento (cabeceira <30°) ou da incorrecta localização da SNG (supradiafragmática).



Diarreia – mais de 5 dejectões líquidas e/ou volume de fezes superior a 2000 ml ao longo das 24 horas e resulta, geralmente, das fórmulas entéricas utilizadas, velocidade de administração e/ou uso prolongado de antibioterapia.



Obstipação – ausência de dejectões a cada 3 dias após o início do suporte nutricional por via entérica e resulta da inactividade física, redução do aporte de líquidos, impactação, falta de fibras na dieta e do crescente uso de sedação, analgesia e aminas em pessoas críticas.

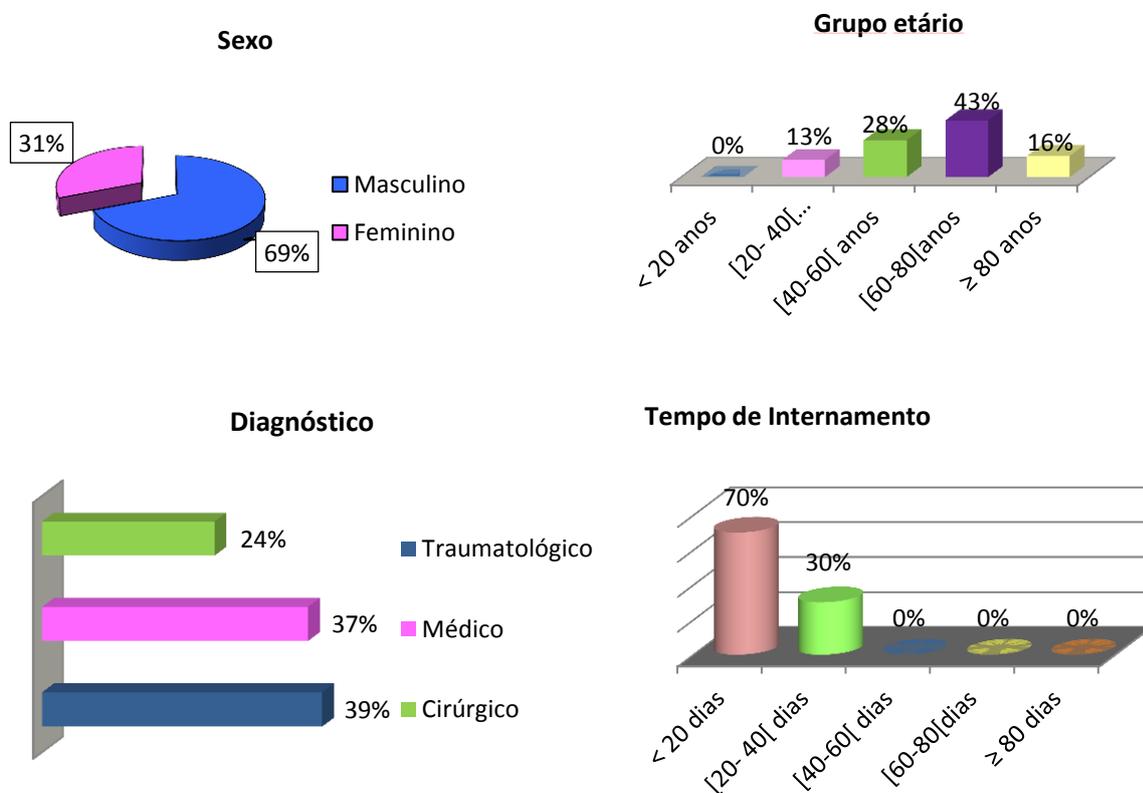


MATERIAL E MÉTODOS

O protocolo de nutrição enteral vigente no SMI-HUC desde 2002, tem vindo a ser submetido a avaliações periódicas. A última das quais, consistiu num estudo retrospectivo com base numa amostra de selecção aleatória a 99 pessoas internadas no SMI, durante o ano de 2010, em que a análise dos dados e tratamento estatístico foi realizada através do programa SPSS (versão 14). Efectuada a comparação dos dados obtidos com as duas avaliações anteriores referentes aos anos de 2008 e 2006.

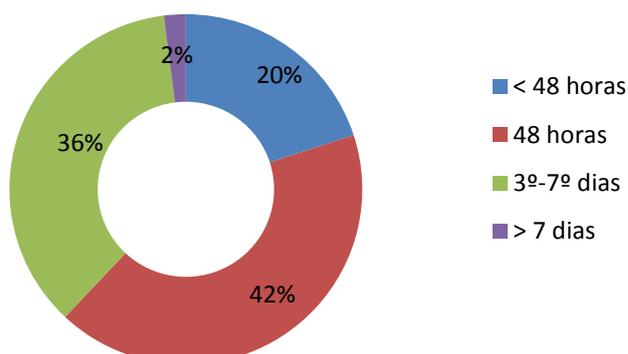
RESULTADOS

• Caracterização Geral da Amostra

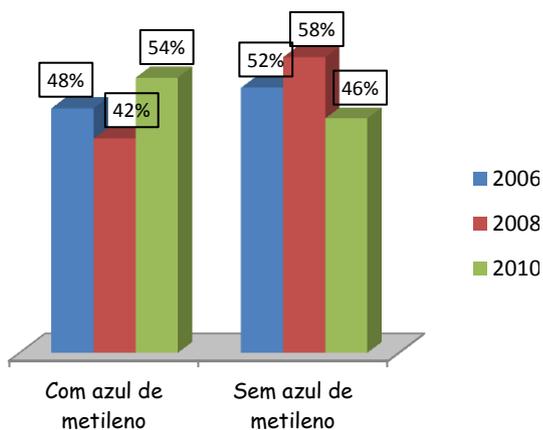


OUTROS DADOS RELEVANTES

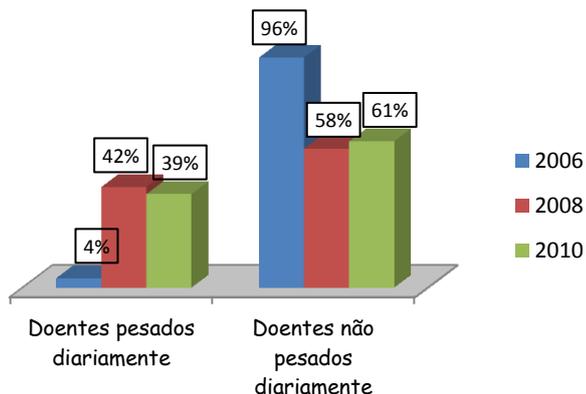
Início da nutrição enteral



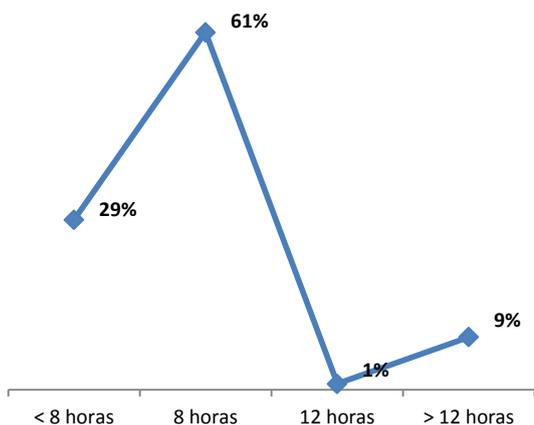
Introdução de azul de metileno



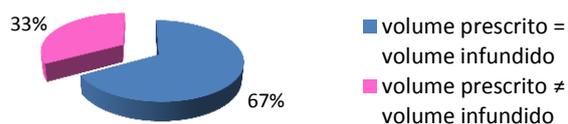
Peso diário



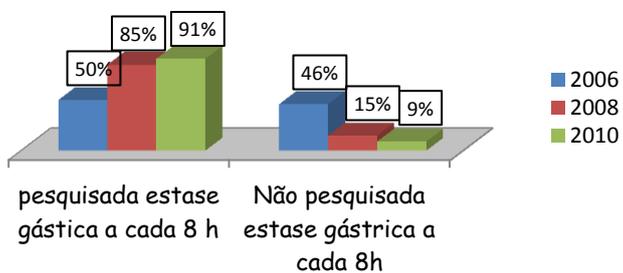
Tempo que demora a atingir o volume prescrito



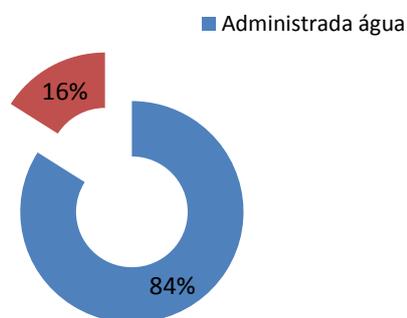
Volume prescrito = volume infundido



Pesquisa de estase gástrica



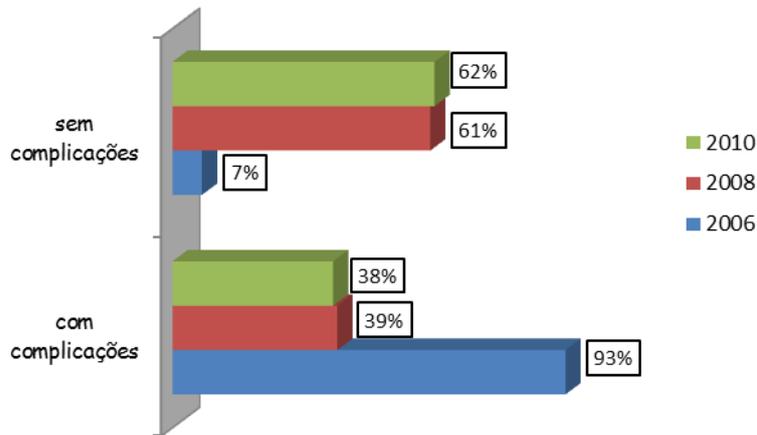
Administração de água



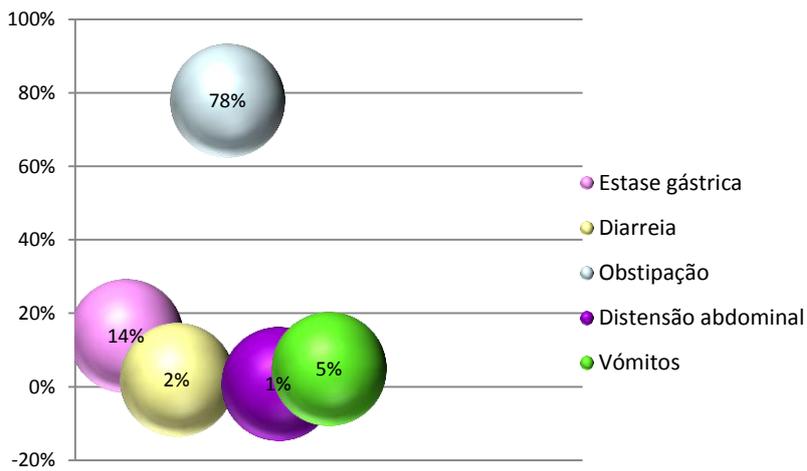
HIDRATAÇÃO A CADA 8H

COMPLICAÇÕES DA NUTRIÇÃO ENTERAL

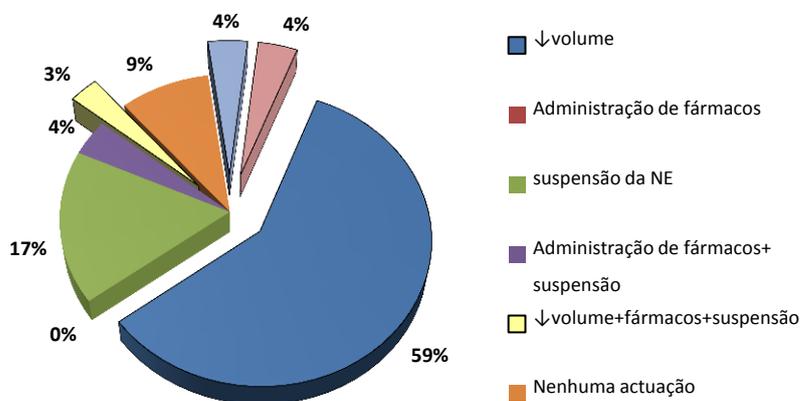
Existência de complicações



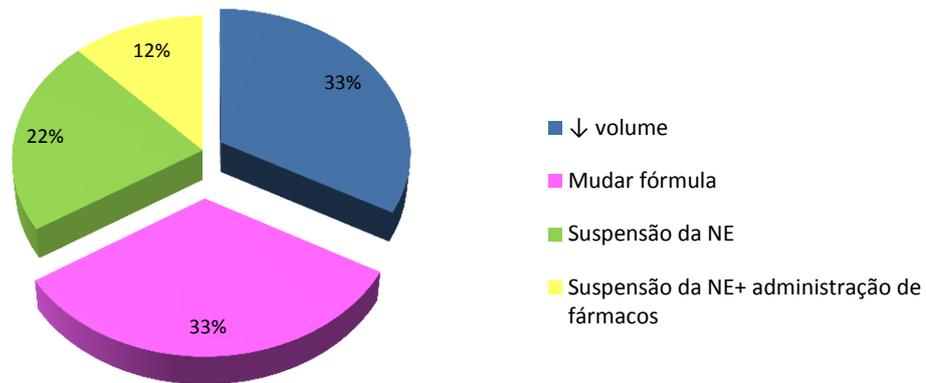
Complicações mais frequentes



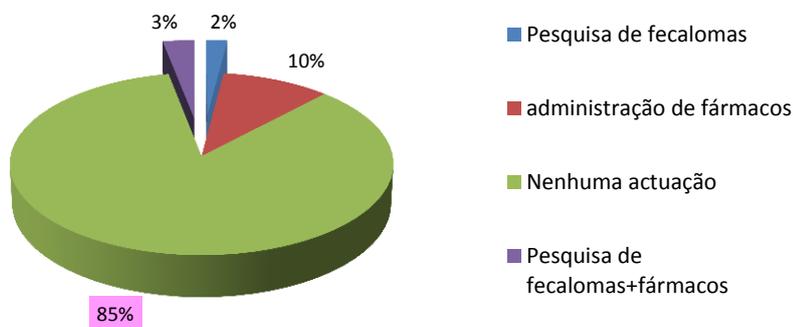
Actuação em caso de estase gástrica



Actuação em caso de diarreia



Actuação em caso de obstipação



Actuação em caso de vómitos



Actuação em caso de distensão abdominal



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para FORTIN (1999), a apresentação bruta dos resultados não tem sentido, senão incluída numa discussão, estabelecendo comparações entre os resultados obtidos com outros trabalhos de investigação anteriormente realizados no mesmo âmbito.

Constatámos na nossa avaliação que a amostra é constituída, na sua maioria, por indivíduos do sexo masculino - 69%. Em relação à idade, encontramos uma predominância de indivíduos pertencentes ao grupo etário dos 60-80 anos - 43%, sendo que o diagnóstico que mais se evidenciou foi o do foro traumatológico - 39%. Quanto ao tempo de internamento no serviço, pode dizer-se que foi relativamente curto dado que maioritariamente foi inferior a 20 dias - 70%. Todos estes dados vão de encontro à estatística obtida nos anos transactos.

Relativamente ao suporte nutricional por via entérica, constatamos que há uma melhoria significativa em relação aos anos anteriores, uma vez que o mesmo é iniciado até às 48 horas de internamento em 62% dos indivíduos. Este facto vai também de encontro às guidelines propostas pela ESPEN (sociedade europeia de nutrição parenteral e enteral), publicadas na *Clinical Nutrition* 2009, que defende que a nutrição entérica deverá ser iniciada o mais precocemente e se possível até às 48 horas de internamento, desde que o indivíduo tenha o tracto digestivo funcionante e se encontre estabilizado do ponto de vista hidroelectrolítico e hemodinâmico.

Na introdução de azul de metileno, pela comparação dos dados obtidos nas várias avaliações, constata-se que houve uma evolução positiva, ainda que não se utilize o mesmo em mais de 45% dos casos estudados. De salientar que a introdução de azul de metileno na nutrição enteral é para despiste de eventuais fístulas.

A avaliação do peso obteve uma evolução negativa em relação ao estudo de 2008, facto que se poderá justificar, em parte, pelo aumento de camas com balanças descalibradas no serviço.

Apenas em 67% dos casos o volume prescrito é igual ao volume infundido. De salientar que os 33% restantes correspondem à existência de complicações ou à suspensão temporária da NE para realização de exames e/ou procedimentos. Na avaliação anterior, referente ao ano de 2008, apenas em 38% dos casos o volume prescrito foi igual ao volume infundido, portanto, houve uma evolução positiva.

Em relação aos anos anteriores houve uma evolução positiva na pesquisa de resíduo gástrico a cada 8 horas passando de 85% para 91%. Tal facto poderá ser explicado pelo aumento da formação em contexto de serviço, quer formal (acções de formação) quer informal (passagens de turno). De enfatizar também a hidratação, uma vez que dos indivíduos estudados 97% foram hidratados a cada 8 horas, ou seja, aquando da avaliação de estase gástrica.

Como se pode verificar através dos dados obtidos, a nutrição enteral não está isenta de complicações e, como tal, 38% dos indivíduos apresentaram complicações decorrentes da mesma, sendo a obstipação a mais frequente – 78%. Este facto é muitas vezes resultado da inactividade física, da redução do aporte de líquidos, da impactação ou da falta de fibras da dieta.

Em caso de estase gástrica, apenas em 59% dos casos actuamos de acordo com o protocolo existente. Seguindo-se 17% dos casos em que foi suspensa a nutrição, o que não estando de acordo com o protocolo, foi por indicação médica.

Relativamente à actuação em caso de vómitos e distensão abdominal, pouco frequentes, a nossa actuação ficou aquém do protocolarizado.

Verificamos que nos casos de diarreia, actuamos de acordo com o protocolo em 66% dos casos, embora em 22% fosse suspensa a alimentação, facto este que não vai de encontro às medidas propostas pelo protocolo.

De acordo com os resultados obtidos, em 85% da nossa amostra, não actuamos de acordo com o protocolo de obstipação vigente no serviço. Apesar do mesmo ter sido o ultimo a ser elaborado e estar muito centrado na prescrição médica, temos a noção que poderemos melhorar a nossa actuação futuramente. Este facto aplica-se também a qualquer um dos protocolos anteriormente mencionados.

CONCLUSÕES

A nutrição é uma terapêutica obrigatória e como tal, deve ser integrada sempre em abordagem multidisciplinar no tratamento global à pessoa.

A nutrição enteral é a via de administração preferencial a todas as pessoas que se encontrem impossibilitadas de se alimentar por via oral, num período superior a três dias (tem um maior relevo em unidades de cuidados intensivos).

O suporte nutricional por via entérica deve ser o mais precoce possível, desde que a pessoa tenha o tubo digestivo funcionante e se encontre estabilizado do ponto de vista hemodinâmico.

O elevado número de complicações/procedimentos impede que o teor calórico prescrito seja igual ao administrado, sendo que a existência de protocolos de actuação ajudem a minimizar estas complicações, aumentando a eficácia do suporte nutricional, onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental.

O principal beneficiário da uniformização e aperfeiçoamento de práticas, através do uso de protocolos de nutrição enteral e suas complicações, é a pessoa em situação crítica. A melhoria da qualidade das práticas garante uma nutrição efectiva e segura, com redução dos tratamentos ineficazes e desnecessários e com conseqüente redução dos custos, contribuindo assim para a excelência do cuidar!

Bibliografia

-  Eldridge B, *Nutrition in the prevention and treatment of disease*. 1ª ed, ed. Coulston A et al. 2001, London: Academic Press.
-  ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: *Clinical Nutrition*, 2006
- ERREIRA, Pedro – Alimentação Parentérica. *In* QUEIRÓS, Paulo – Técnicas de Enfermagem II. 1ªed. Coimbra: Formasau, 1998. ISBN: 972-8485-03-4. 127p.
-  FORTIN, Marie-Fabienne - O Processo de Investigação - da Concepção à Realização. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.
-  PAULINO, C.; TARECO, Ilda; ROJÃO, Manuela – Técnicas e Procedimentos em Enfermagem. 2ªed. Coimbra: Formasau, 1999. 291p.
-  PHIPPS, Wilma *et al* – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 2ªed. Lisboa: Lusodidacta, 1999. ISBN: 972-96610-0-6.
-  SANTOS, Célia – Nutrição Enteral. *In* HENRIQUES, F.; SANTOS, C.; AMARAL, A. – Técnicas de Enfermagem I. 2ªed. Coimbra: Formasau, 2000. ISBN: 972-8485-13-1. 151 p.
-  SILVA, Claudia T. S. – Estimativa das necessidades dos doentes críticos. Universidade do Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, 2009. Dissertação de Mestrado.
-  www.criticalcarenutrition.com

Prevenção da Infecção no Pré, Intra, e Pós-operatório, da Pessoa submetida a Cirurgia Oftalmológica*

Isabela Maria Brandão de Amorim Alves da Cunha¹ & Vanessa Alves Duarte²

PALAVRAS-CHAVE: Infecção, Cirurgia, Enfermagem Perioperatória, Oftalmologia.

RESUMO: O ambiente do bloco operatório é complexo e perigoso, não só pela diversidade e multiplicidade de profissionais e tecnologias, como também pela presença de microrganismos cada vez mais patogénicos e resistentes.

As práticas seguras e o controlo de infeção são áreas onde a segurança da equipa multidisciplinar e da pessoa submetida a cirurgia se torna crítica.

Tendo em vista esta realidade, e sendo enfermeiras a desenvolver atividade num bloco operatório de oftalmologia, apercebemo-nos de que o risco de infeção está inerente a qualquer procedimento cirúrgico, podendo provocar graves consequências a nível da visão. Deste modo, é imperioso que a infeção seja uma preocupação constante do Enfermeiro que presta cuidados perioperatórios.

Segundo a Associação Americana de Enfermeiros de Sala de Operações (AORN, 1978), Enfermagem Perioperatória consiste em todas as atividades desempenhadas pelos enfermeiros de sala de operações, durante as fases pré, intra e pós-operatória.

O objetivo do nosso trabalho é dar a conhecer as medidas de prevenção da infeção que devem ser aplicadas ao longo de todas estas fases e estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem, garantindo o cumprimento das boas práticas, tendo em conta a pessoa submetida a cirurgia, os elementos do ambiente, os profissionais e seus os comportamentos, o material e a sua manutenção.

KEY-WORDS: Infection, Surgery, Perioperative Nursing, Ophthalmology.

ABSTRACT: The operating room environment is complex and dangerous, not only due to the diversity and multiplicity of professionals and technologies, but also due to the presence of increasingly pathogenic and resistant microorganisms.

The areas of safety practices and infection control are critical in order to guarantee the safety of the multidisciplinary team and the person undergoing the surgery.

* Por opção das autoras este artigo foi redigido conforme o Novo Acordo Ortográfico da Língua.

¹ Enfermeira Generalista, Clínica de Santo António – Reboleira, Bloco de Oftalmologia.

² Enfermeira Generalista, Clínica de Santo António – Reboleira, Bloco de Oftalmologia.

Taking this reality into account and given that we are nurses developing our activity on an ophthalmology operative room; we realize that the risk of infection is inherent in any surgical procedure, resulting in serious consequences for the patient's vision. Thus, it is crucial that the infection is a constant concern of the nurses providing perioperative care.

According to the Association of periOperative Registered Nurses (AORN, 1978), Perioperative Nursing consists of all the activities performed by nurses in the operating room during the pre-, intra- and postoperative.

The aim of our work is to introduce measures to prevent infection that should be applied throughout all these phases; and to establish guidelines for the provision of nursing care, ensuring compliance with good practices and taking into account the person undergoing surgery, the elements of the environment, professionals and their behaviors, material and its maintenance.

INTRODUÇÃO

A infecção em doentes hospitalizados continua a ser a mais grave causa de morbidade e mortalidade (Horton, citada por Manley e Bellman, 2000).

A infecção está definida como a invasão de um organismo por um agente estranho (bactéria, fungo, parasita) capaz de nele se multiplicar, e o conjunto das modificações patológicas que daí podem resultar (Manuila et al, 2004).

Sendo uma complicação comum, no entanto evitável em grande parte dos casos, a infecção tem um grande impacto na pessoa submetida a cirurgia.

A Enfermagem Perioperatória representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros que prestam cuidados nas fases pré, intra e pós-operatória, através de um processo programado pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança, e avalia os resultados obtidos no trabalho realizado (Pinheiro et al, 2006).

Segundo Phipps et al (2003), a fase pré-operatória tem início quando é tomada a decisão da realização da intervenção cirúrgica, e termina quando a pessoa submetida a cirurgia é transferida para o bloco operatório. O período durante o qual a pessoa permanece no bloco operatório é definido como intraoperatório. A fase pós-operatória começa com o regresso da pessoa ao serviço de internamento, e culmina no momento da alta hospitalar.

Oftalmologia é definida como a parte da medicina que trata dos olhos e dos seus anexos, do ponto de vista médico e cirúrgico (Manuila et al, 2004).

As infecções pós-cirúrgicas em oftalmologia acarretam consequências graves. Raramente são causa de mortalidade, mas invariavelmente ocasionam diminuição ou perda da visão; na pior das consequências ocorre perda do olho. Podem verificar-se infecções em qualquer estrutura do olho, provocadas por microrganismos.

As infecções pós-cirúrgicas oftalmológicas podem ser: infecções incisionais, infecções da câmara anterior do olho, e infecções da câmara posterior do olho.

Para Read (2004), as endoftalmites são inflamações da câmara anterior e/ou posterior do olho, que podem ser definidas como: infecciosas e não infecciosas. As infecciosas são classificadas quanto à origem como: endógenas (associadas à disseminação para o olho de um foco de infecção existente noutro órgão), e exógenas (são as mais comuns e dividem-se em cirúrgicas e não cirúrgicas ou pós-traumáticas).

As endoftalmites infecciosas exógenas cirúrgicas são também denominadas endoftalmites pós-operatórias (Olson, 2004).

De acordo com Kattan et al (1991), as cirurgias oftalmológicas com maior taxa de incidência de endoftalmites são respetivamente: implantes de lente intraocular (0,3%); queratoplastias (0,11%); extração de catarata extracapsular (0,072%); trabeculectomia (0,061%) e vitrectomia (0,051%).

A incidência de infecção associada à cirurgia em oftalmologia, justifica uma pertinente revisão das práticas aplicadas durante o perioperatório associado às cirurgias oftalmológicas.

OBJETIVOS

Gerais:

- Reconhecer a importância da prevenção de infecção no bloco operatório;
- Conhecer as medidas de prevenção de infecção que devem ser aplicadas nas fases pré, intra e pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica;
- Sensibilizar os enfermeiros para os riscos de infecção.

Específicos:

- Identificar e sintetizar as boas práticas a adotar num bloco operatório de forma a garantir o menor risco de infecção.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a elaboração deste trabalho optámos pela realização de uma análise crítica da literatura relacionada com o tema em questão.

Foi consultada bibliografia respeitante à infeção, cirurgia, enfermagem perioperatória e oftalmologia.

Após extensa leitura dos conteúdos pertinentes, foi realizada uma análise da informação colhida.

Essa análise conduziu a uma síntese que culminou numa coletânea de boas práticas para um controlo eficaz da infeção no pré, intra e pós-operatório, a serem aplicadas pelos enfermeiros que prestam cuidados perioperatórios.

RESULTADOS

A pessoa submetida a cirurgia

A noção de controlo de infeção implica que sejam tomadas medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco. Deste modo a pessoa submetida a cirurgia deve ser alvo de grande atenção.

Os fatores de risco que aumentam a suscetibilidade do doente à infeção foram descritos por Donowitz (1987), citado por Manley e Bellman (2000), sendo:

- Patologia subjacente (diabetes, doença do foro respiratório ou hematológico);
- Extremos etários (crianças com idade igual ou inferior a 1 ano e pessoas com idade igual ou superior a 65 anos);
- Uso de corticosteroides e de citostáticos pode interferir com as defesas do hospedeiro e deprimir a sua imunidade;
- Técnicas invasivas (cirurgia, colocação de cateter venoso);
- Estado nutricional (a má nutrição perturba as defesas do hospedeiro, enfraquecendo a resposta imune).

Especificamente na especialidade de oftalmologia, aos fatores acima citados, acresce ainda a necessidade de o enfermeiro responsável pela preparação pré-operatória da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica, pôr em prática os seguintes cuidados:

- Verificação de sinais de infeção/ inflamação do olho, pálpebras e conjuntiva;
- Preparação da pessoa (banho e lavagem da cabeça, vestuário adequado, retirar próteses e acessórios);
- Administração de antibioterapia profilática, quando prescrito;

- Aplicação de colírios pré-operatórios, quando prescrito;
- Educação para a saúde acerca dos cuidados a ter após a cirurgia (higiene das mãos; lavar a face sem esfregar o olho; evitar esforços; cumprir a posologia da medicação prescrita).

O ambiente

O ambiente da sala operatória engloba várias condições, nomeadamente a temperatura e a humidade, que devem ser controladas a fim de reduzir o risco de infeção.

A temperatura ideal de um bloco operatório situa-se entre os 20°C e os 22°C, uma vez que a maioria das bactérias se desenvolve à temperatura corporal normal. A proliferação bacteriana pode ser inibida recorrendo a uma diminuição da temperatura ambiente. A humidade relativa do ar deve ser mantida entre os 40% e os 60%, porque desta forma inibe-se o desenvolvimento bacteriano e limita-se a eletricidade estática (Phipps, 2003).

A descontaminação e manutenção do material

Existem microrganismos que em condições normais não invadem o tecido saudável, mas quando introduzidos diretamente no organismo são passíveis de causar infeção. Por este facto, todo o material e instrumentos utilizados numa intervenção cirúrgica devem ser esterilizados.

A descontaminação é um processo que abrange as fases de limpeza, desinfeção e esterilização.

A limpeza tem por objetivo remover a matéria orgânica. Esta é a fase mais importante, uma vez que, não sendo realizada corretamente, comprometerá as fases seguintes.

A desinfeção elimina os agentes infecciosos, exceto os esporulados, recorrendo à utilização de produtos químicos aconselhados pela Comissão de Controlo de Infeção de cada instituição de saúde.

O objetivo da esterilização é a destruição dos microrganismos patogénicos (Bilbao e Rola, 2006). A esterilização torna o material seguro para evitar a transmissão de infeção, desde que a assepsia seja mantida (Phipps, 2003).

O vestuário

Os fatos de circulação e as batas cirúrgicas reduzem a libertação de microrganismos e partículas de descamação da pele.

A lavagem dos fatos de circulação deve ser diária, e o material mais adequado à sua confeção é o algodão (White et al, 1983).

As batas cirúrgicas são essenciais nos blocos operatórios, assumindo uma dupla função: proteger a ferida operatória da infecção e proteger os profissionais de saúde da contaminação por fluidos orgânicos. As batas de algodão não devem ser utilizadas uma vez que o seu efeito de barreira é baixo, sobretudo quando molhadas. Deve preferir-se o uso de batas em tecido não tecido descartáveis, que asseguram uma proteção eficaz contra a disseminação de microrganismos.

Barretes e toucas devem ser em tecido não tecido, descartáveis e cobrir todo o cabelo. Estes devem ser colocados imediatamente após o fardamento, de forma a evitar a contaminação da roupa esterilizada.

Segundo Wilson (2001), o chão da sala de operações não está associado à propagação de infecção. Deste modo, os socos são utilizados como proteção individual da equipa cirúrgica. Estes devem ser fechados na parte superior e descontamináveis em máquina.

As máscaras são utilizadas para prevenir a passagem de microrganismos do trato respiratório para o local cirúrgico e para o material. Servem simultaneamente para proteção pessoal dos profissionais. Para a sua correta utilização, a máscara deve ser colocada de forma a tapar o nariz e a boca, bem fixa evitando a ventilação pelos lados. A sua manipulação deve ser cuidadosa para evitar a contaminação das mãos, devendo ser substituída após cada intervenção cirúrgica (Bilbao e Rola, 2006).

A lavagem das mãos

Segundo Phipps (2003) os objetivos da lavagem cirúrgica são: remover a sujidade e microrganismos das mãos, unhas e antebraços; minimizar o número de micróbios residentes e retardar a proliferação de microrganismos. Para tal, deve efetuar-se uma lavagem mecânica das unhas, mãos e braços com sabão antimicrobiano. A técnica utilizada é universal, no entanto, os produtos utilizados variam de acordo com as normas da instituição de saúde. A clorhexidina aquosa a 4% e a iodopovidona a 4,5% são as soluções antissépticas mais utilizadas (Paulssen, 1988).

A desinfeção do local cirúrgico

A desinfeção do local cirúrgico tem como objetivo torná-lo isento de microrganismos transitórios e residentes. É um processo essencial à prevenção de infecção (Phipps, 2003).

A fim de reduzir a flora microbiana do local cirúrgico é, geralmente, utilizada uma solução antisséptica de base alcoólica, como a iodopovidona.

Evacuação dos Resíduos

O tratamento dos resíduos hospitalares deve estar de acordo com o despacho nº 242/96 de 5 de julho; Decreto-Lei 187/96 de 13 de agosto e Decreto-Lei 239/ 97 de 9 de setembro. Este protocolo deve ser do conhecimento de todos os profissionais que trabalham no bloco operatório (Bilbao e Rola, 2006).

Para padronizar os cuidados a ter no controlo de infeção perioperatório, o Centers for Disease Control (CDC) criou, em 1987, um manual que engloba as seguintes precauções:

Cuidados relativos aos objetos cortantes

- Usar equipamento seguro
- Utilizar técnicas de manuseamento seguro
- Inutilizar de forma segura
- Tratar e fazer relatório dos casos de acidente

Utilizar barreiras protetoras

- Proteger-se do contacto direto com fluidos orgânicos
- Avaliar o risco de cada técnica e selecionar a proteção adequada (vestuário)

Proteger lesões

- Utilizar penso impermeável
- Calçar luvas

Lavagem das mãos

- Depois de tirar as luvas
- Após qualquer contacto com fluidos orgânicos

Descontaminar

- Todo o equipamento contaminado com fluidos orgânicos
- Os derramamentos de fluidos orgânicos

Resíduos

- Incinerar os resíduos os resíduos contaminados com fluidos orgânicos
(Enfermagem Perioperatória, AESOP, p. 54)

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A pessoa hospitalizada está vulnerável à infeção em qualquer especialidade. Deste modo, exige-se um tratamento seguro e informado. O controlo de infeção implica que os fatores relacionados com o desenvolvimento da infeção numa determinada situação foram reconhecidos, e que foram tomadas as medidas adequadas para prevenir ou minimizar esses riscos.

Para um controlo de infeção eficaz em todo o período perioperatório, o enfermeiro deve: reconhecer as etapas da transmissão de microrganismos; respeitar a técnica asséptica; aplicar as Precauções Standard e adotar uma consciência crítica.

O bloco operatório é uma área constantemente sujeita a inúmeros avanços científicos e tecnológicos. Aliado a este facto, a especificidade da pessoa submetida a cirurgia, exige do enfermeiro uma formação contínua em constante atualização.

Não se pode definir um procedimento cirúrgico ideal em oftalmologia, pois as práticas realizadas estão dependentes de vários fatores. No entanto, devem ser cumpridas determinadas regras para que as cirurgias oftalmológicas sejam progressivamente mais seguras e o risco de infeção seja o menor possível.

Apesar das limitações presentes no dia a dia da prática de enfermagem perioperatória das instituições de saúde do nosso país, propomos que os profissionais adaptem as boas práticas descritas à realidade vivenciada nos serviços em que exercem a sua atividade, garantindo o máximo bem-estar à pessoa e procurando sempre a excelência dos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - **Enfermagem Perioperatória – da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X (2006) 1-58.
- KATTAN [et al] - **Nosocomial endophthalmitis survey - Current incidence of infection after intraocular surgery**. *Ophthalmology* (1991) 227-38.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. - **Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada**. Lusociência. ISBN 972-8383-54-1 (2000) 27-70, 233-295.
- MANUILA, L.; MANUILA, A.; LEWALLE, P.; NICOULIN, M. – **Dicionário Médico**. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-080-4 (2004) 337, 431.
- OLSON, R. J. - **Reducing the risk of Postoperative Endophthalmitis. Survey of Ophthalmology**. Salt Lake City (2004) 55-62.
- PAULSSEN, J.; EIDEM T.; KRISTIANSEN R. – **Perforations in surgeons gloves**. *Journal of Hospital infection* (1988) 82-85.
- PHIPPS, W. J.; SANDS, J. K.; MAREK, J. F. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica**. Lusociência. ISBN 972-8383-65-7 (2003) 525-615, 2076.
- READ, R. W. - **Endophthalmitis**. Ed. Mosby (2004) 1152-1157.
- WHITE, W; BAILEY P. V.; HAMBLEN D. L.; FISHER W.D.; KELLY I.G. – **A bacteriologically occlusive clothing system for use in operating room**. *Journal of Bone and Joint Surgery* (1983) 502-506.
- WILSON, J. – **Controlo de infeção na prática clínica**. Lusociência (2003) 386.

Qualidade no Bloco Operatório: a percepção dos profissionais

José Augusto Gomes & Carla Sílvia Fernandes

RESUMO: O estudo realizado consistiu num estudo de campo, de natureza qualitativa, efectuado numa Instituição Hospitalar do Norte do país, através da realização de dezoito entrevistas semi-estruturadas a profissionais de saúde com actividades no bloco operatório. A análise das entrevistas foi efectuada com o recurso á teoria de análise de conteúdo descrita por Bardin (2004).

Este estudo teve como finalidade, a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde disponibilizados no bloco operatório, ao utente cirúrgico. E pretendia ainda, reflectir na importância da avaliação da qualidade no bloco operatório, descrevendo os factores que para ela contribuem, realçando a necessidade de criação e aplicação de instrumentos para monitorização da qualidade e por fim, destacar a influência do trabalho em equipa na prestação de cuidados de saúde no bloco operatório.

Os resultados apontaram para a necessidade de introduzir medidas de melhoria da qualidade nas três grandes áreas do modelo de avaliação da qualidade desenvolvido por Donabedian (2003) sobressaindo nas entrevistas, a necessidade de melhorias a nível da estrutura e a incorporação de instrumentos a nível dos processos.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação da qualidade, bloco operatório, utente cirúrgico

INTRODUÇÃO

Na antiguidade já se identificavam alguns aspectos que actualmente estão associados à qualidade, no entanto, a qualidade como conceito só surgiu na década de 50 com Juran e Deming (Pinto & Soares, 2009). Os primeiros estudos foram desenvolvidos para o sector da indústria, mais tarde, porém, deixou de ser uma preocupação exclusiva deste sector de actividade e passou a ser uma prioridade para todas as organizações, inclusive as da saúde (Mezomo, 2001).

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, publicado pela Direcção Geral da Saúde (2004), acerca da situação da qualidade da prestação de serviços de saúde, era identificado: uma escassa cultura de qualidade, acompanhada de um défice organizacional dos serviços; uma carência de indicadores de desempenho e de apoio à decisão; e um insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica nos prestadores de serviços de saúde nacionais.

Com a intenção de reduzir essas limitações o plano aponta como orientações estratégicas e intervenções necessárias à melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e à melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde: a promoção de medidas de implementação de programas de saúde; a aposta na acreditação dos hospitais; a formação de auditores na área da qualidade; e o esforço na qualidade da gestão baseada nos princípios da qualidade total.

O plano recomenda também, a efectivação de avaliações sustentadas da satisfação dos utentes e profissionais dos serviços de saúde para melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão, assim como a dinamização e apoio ao desenvolvimento de normas de orientação clínica para as profissões técnicas de vocação assistencial e a abordagem explícita da problemática do erro médico.

Indo de encontro a estas orientações, pretendíamos com este estudo, para além do interesse em desenvolver competências e conhecimentos conceptuais na área da gestão da qualidade em saúde, em efectuar um percurso para avaliar a qualidade do desempenho no bloco operatório, descrever as deficiências e contribuir para a implementação de um sistema de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente. O desenvolvimento deste trabalho foi orientado no sentido de obter respostas à questão: “Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade num bloco operatório?”

JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A evolução tecnológica dos últimos anos veio revolucionar as técnicas cirúrgicas e anestésicas levando a modificações na prestação de cuidados no BO. O bloco é uma unidade, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida (Bilbao, 2006).

A World Health Organization [WHO] considera que “O tratamento cirúrgico tem sido um componente essencial dos cuidados de saúde em todo o mundo há mais de um século” (WHO, 2008, p. 8). Por sua vez, o resultado da cirurgia está dependente da qualidade do cuidado prestado por todos os profissionais de saúde durante a estadia do utente no hospital (Vicent, et al, 2004).

Segundo a própria WHO, nos países industrializados, os estudos sugerem que a taxa de maiores complicações após a cirurgia são relatados na ordem dos 3-22% dos procedimentos cirúrgicos com internamento e a taxa de mortalidade ocorre em cerca de 0,4-0,8%. De referir que, mais de metade dos eventos adversos que afectam todos os utentes internados são reconhecidos como sendo evitáveis, ocorrendo, pelo menos metade, durante o atendimento cirúrgico (WHO, 2009).

Neste sentido, a WHO (2008) considera que as complicações cirúrgicas evitáveis representam uma grande proporção de mortes e danos cirúrgicos evitáveis a nível global, portanto, incentiva a implementação de projectos de educação e intervenções de saúde pública para melhorar a segurança cirúrgica e a qualidade do atendimento.

O resultado cirúrgico é influenciado por factores como a concepção e utilização de equipamento, a comunicação, a coordenação da equipa, os factores que determinam o comportamento individual dos profissionais de saúde e o próprio ambiente de trabalho, assim como, a utilização de processos de conferência e listas de verificação (Vicent, et al, 2004).

Neste contexto emerge a necessidade de realizar um estudo que abrace “O percurso para avaliação da qualidade no Bloco Operatório”, abrindo a porta para a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade, considerando deste modo o papel da qualidade como motor do processo de mudança, para uma aprendizagem permanente e melhoria contínua dos cuidados de saúde no bloco operatório.

A qualidade nos dias de hoje “deixou de ser uma opção e passou a ser uma obrigação e uma necessidade (...) porque o mercado está cada dia mais competitivo” (Mezomo, 2001, p. 119). Isto porque, a qualidade agrega várias vantagens para as organizações que produzem ganhos internos e externos. Donabedian (2003, p. 4), afirma que a qualidade pode ser concebida como o produto de dois factores. Um factor é a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e o outro é a forma como é aplicada a ciência e a tecnologia nas práticas actuais de saúde. O produto alcançado na prática dos cuidados pode ser caracterizado por sete atributos onde se incluem: a eficácia, a efectividade, a eficiência, a optimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

Segundo Mezomo (2001), para abordar o tema qualidade é preciso ter presente pelo menos três conceitos, que são: “missão”, “serviços” e a “satisfação do cliente” e por isso afirma que não é possível “satisfazer os clientes”, se os serviços não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento deles não estiver previsto na própria definição da “missão” da instituição”. Definindo qualidade como sendo a “Adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes” (Mezomo, 2001, p. 111).

Donabedian foi considerado o “grande mestre da qualidade em saúde” (Mezomo, 2001, p. 73), que “desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que se tornou o padrão no domínio dos serviços de saúde” (Revere, Black & Huq, 2004).

Este modelo foi “Introduzido pela primeira vez em 1966” (WHO, 2010, p. 133), e consiste na avaliação da qualidade em saúde, assente em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultados.

Esta tríade (figura 1) de aspectos essenciais para avaliação da qualidade, é referida por diversos autores como por exemplo Maia et al, (2008), Hayes (2007), Komashie, Mousavi e Gore (2007), Hurst (2005), Paneque (2004), Revere et al, (2004), Mezomo (2001) e a própria WHO (2010).

Figura 1 : componentes da qualidade com base no modelo de Donabedian



Donabedian (2003), considera que o seu modelo, devido à sua simplicidade e capacidade de utilização intuitiva, foi amplamente aceite, embora nem sempre bem entendido ou bem utilizado. Na verdade tem havido algumas sugestões no sentido de alterar e/ou acrescentar algumas mais-valias ao modelo de Donabedian, assim como, também tem existido controvérsias mais ou menos relevantes em relação ao referido modelo. Ao longo deste percurso procurou-se obter dividendos para este modelo contextualizado no âmbito do bloco operatório.

METODOLOGIA

Não existe uma única forma de compreendermos a complexidade do mundo e o conhecimento científico seria escasso caso não existisse essa variedade disponível de métodos alternativos (Polit e Hungler, 1995), “Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação” (Fortin, 1999, p. 22). Daí que a escolha deste desenho tenha estado intimamente relacionado com a problemática em estudo e também com o estado dos conhecimentos à volta da mesma, daí nos contextualizarmos numa abordagem qualitativa porque pretendemos compreender a realidade na sua complexidade e no seu contexto natural. Sendo indiscutível a pertinência desta abordagem no desenvolvimento da prática de cuidados e a sua importância como sendo uma condição prévia necessária para a mudança na senda da qualidade, foi nossa pretensão, alcançar os seguintes objectivos: identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de saúde no bloco operatório; descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos serviços no bloco operatório; analisar a constituição de parcerias profissionais para prestação de cuidados no bloco

operatório; e conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade no bloco operatório.

De acordo com os objectivos e as características do estudo enveredámos por um estudo de campo, tais estudos são investigações feitas em campo. Pretendem examinar, profundamente, as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em acção na vida real. O propósito de um pesquisador de campo é o de aproximar-se das pessoas estudadas de modo a compreender um problema ou situação, a partir do seu cenário natural. O presente estudo foi realizado no bloco operatório de uma Instituição Hospitalar do Norte do país. Utilizamos um grupo de dezoito profissionais da unidade hospitalar que se mostraram disponíveis para colaborar no presente estudo, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1- Constituição do grupo de informantes

Função	Profissão	Quantidade
Presidente do Conselho de Administração	Economista	1
Director Clínico	Cirurgião	1
Enfermeira Directora	Enfermeira	1
Director do Bloco Operatório	Anestésista	1
Director do Serviço de Anestesia	Anestésista	1
Director do Serviço de Cirurgia	Cirurgião	1
Director do serviço de Ortopedia	Ortopedista	1
Director do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia	Ginecologista/Obstetra	1
Director do Serviço de Pediatria	Pediatra	1
Enfermeira Chefe do Bloco Operatório	Enfermeira	1
Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica	Enfermeira	1
Enfermeiro Graduado	Enfermeiro	1
Anestésista Assistente	Anestésista	1
Ortopedista Graduado	Ortopedia	1
Ortopedista Assistente	Ortopedia	1
Ginecologista/Obstetra	Ginecologista/Obstetra	1
Cirurgião Graduado	Cirurgião	1
Cirurgião Assistente	Cirurgião	1

Os indivíduos que participaram neste estudo, tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente. Não se coloca o investigador como perito (Fortin, 1999). A selecção do conjunto de entrevistados decorreu de modo intencional, sendo importante a “forma como o investigador de terreno selecciona um conjunto de informantes, se quer evitar ter visões parciais de uma dada situação” (Burgess, 2001, p. 80). O instrumento de recolha de dados escolhido foi a entrevista semi-estruturada.

A aplicação do instrumento de recolha de dados foi submetida a autorização prévia, salvaguardando os princípios éticos de uma investigação.

RESULTADOS

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas são descritos em três grandes temas: Estrutura, Processo e Resultados. Estes aspectos essenciais para a avaliação da qualidade têm por base, conforme já referido anteriormente, o modelo de Donabedian que se tornou padrão na avaliação da qualidade nos serviços de saúde.

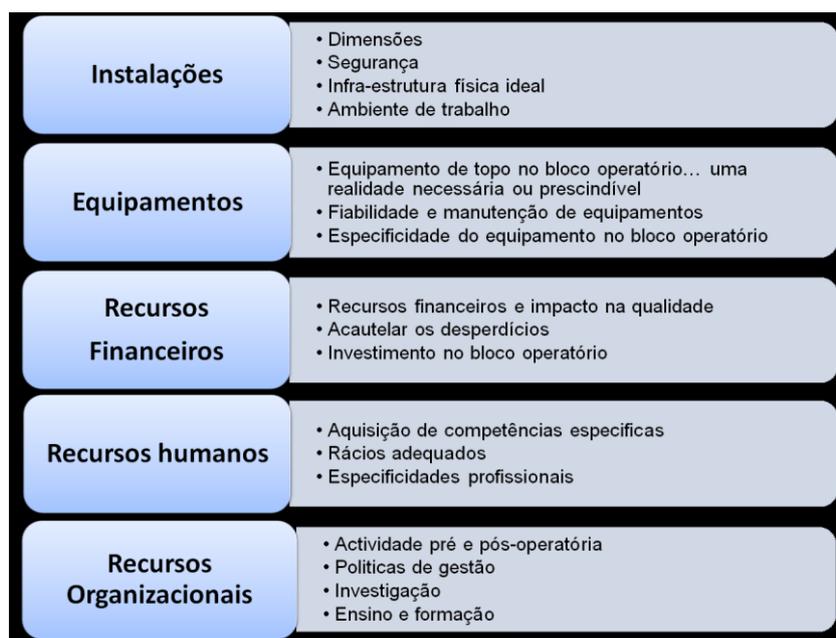
Estrutura

Entende-se por estrutura a apreciação de toda a organização da instituição onde se prestam os cuidados, desde os aspectos físicos aos organizacionais, passando pelos recursos humanos. A avaliação da estrutura inclui a análise do meio onde os cuidados são prestados. É geralmente aceite que a estrutura, ou seja, a forma como o sistema de saúde está configurado, tem uma influência importante sobre as pessoas e como o sistema se comporta e, conseqüentemente, sobre a qualidade da assistência oferecida e apreciada pelo utente. De certa forma poderia ser o principal determinante da qualidade dos cuidados, mas conforme refere Cardoso (2002, p. 33) “A existência de boas condições estruturais, só por si, não garante um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços, muito embora se possa considerar como condição necessária”. A estrutura refere-se às características mais estáveis e serve para designar as condições em que os cuidados são prestados: recursos materiais, recursos humanos, e estrutura organizacional.

Para a AESOP (2006), a estrutura de um bloco operatório é complexa devendo assumir um mínimo de requisitos associados às suas características técnicas especiais, espaços, equipamentos, funções internas e actividades periféricas, circulações e, finalmente, o conceito de assepsia progressiva.

Os atributos associados à estrutura, como forma de avaliar a qualidade no bloco operatório, foram visíveis nas narrativas dos entrevistados, que se encontram descritos sobre a forma de categorias, nomeadamente, instalações, equipamentos, recursos financeiros, recursos humanos e recursos organizacionais e sobre a forma de sub-categorias, conforme apresentado na figura 2.

Figura 2: Categorias e sub-categorais do tema Estrutura



Processo

Por processo entende-se o conjunto de actividades, entre os prestadores e utilizadores, para atingir determinado objectivo. Ou seja, compreende todos os métodos e procedimentos utilizados para o processamento de um determinado serviço. O processo, aborda todas as actividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente: O diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do utente.

Em contraposição à estrutura, as características detalhadas do processo de cuidados de saúde podem fornecer informações válidas sobre a qualidade. De certa forma, a afirmação “Qualidade dos cuidados” poderia ser tomada no sentido “Qualidade dos processos de cuidados”. Mas, esses atributos derivam também de uma relação

previamente estabelecida entre o processo e o resultado. Ou seja, dizemos que tais características do processo significam qualidade, porque sabemos que elas contribuem para os resultados desejáveis. Os processos de cuidados relacionam-se mais directamente com os resultados, do que propriamente as características da estrutura (Donabedian, 2003).

Por outro lado, alguns autores expressam a existência de contradições entre indicadores de processo e de resultados, uma vez que para alguns, os indicadores de processo perdem sentido se a sua qualidade não se reflectir no resultado, enquanto outros argumentam que os resultados dependem de factores individuais dos pacientes e nada têm a ver com a qualidade do processo (Paneque, 2004).

Nos discursos dos participantes do estudo foi visível a aparecimento de atributos relevantes da área dos processos da avaliação da qualidade de Donabedian (2003), sobre a forma de categorias, nomeadamente trabalho em equipa, comunicação, potencial humano, estratégias de qualidade nos processos e o papel do utente e da família e sobre a forma de sub-categorias, conforme descritos na figura 3.

Figura 3: Categorias e sub-categorais do tema Processo

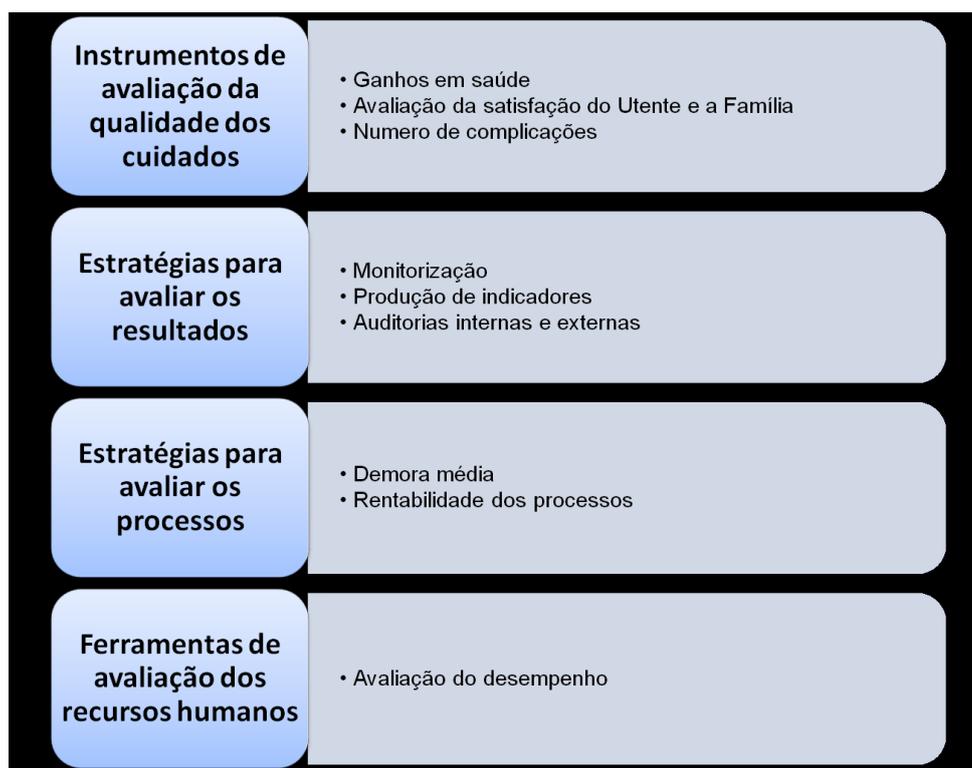


Resultado

Por último, o resultado reflecte as mudanças, no sentido desejável ou indesejável, que são provocadas no estado de saúde do indivíduo ou populações que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde, também podem ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do utente e família.

Os resultados emergem assim, da avaliação dos efeitos obtidos pela prestação de cuidados, permitindo medir a modificação provocada junto do utente/família e/ou comunidade. Os resultados constituem os ganhos de saúde obtidos, presentes ou futuros e a satisfação que o utente manifesta relativamente aos cuidados prestados (Cardoso, 2002). “A medição dos resultados é apenas o primeiro passo de uma série de actividades. Para fazer correcções, tem que se andar para trás, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados, daí podendo ter que ir até aos aspectos de estrutura que tenham sido responsáveis ou contribuído para os mesmos” (Silva et al, 2004, p. 61). No decorrer das entrevistas sobressaem as categorias e sub-categorias descritas na figura 4.

Figura 4: Categorias e sub-categorais do tema Resultado



Conforme nos referem estes autores e apesar de terem sido descritos separadamente convém salientar que esta tríade de elementos não é formada por partes autónomas e dissociadas entre si, mas sim, elementos intimamente ligados e inter-relacionados, que mantêm uma certa linha de causalidade e efeito (Mezomo, 2001). Ao considerar cada um destes atributos de modo isolado surgem problemas e insuficiências, sendo a melhor estratégia para a avaliação da qualidade seleccionar um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (Donabedian, 2003).

DISCUSSÃO

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos, denominados de componentes da qualidade no bloco operatório conjugando uma tríade de elementos, inicialmente proposta por Dobadebian (2003), a Estrutura, o Processo e o Resultado.

Apesar de alguns autores referirem que as variações das características da estrutura não apresentam significado para a qualidade, há no entanto, um conjunto de atributos da qualidade que lhes estão associados e que foram os mais visíveis nas narrativas dos entrevistados. Estes factores conduziram ao afloramento das seguintes categorias: instalações, equipamentos, recursos financeiros, recursos humanos e recursos organizacionais, que por sua vez, desdobraram-se em subcategorias como a segurança, a infra-estrutura física ideal, o ambiente de trabalho, o tipo de equipamento, a fiabilidade do equipamento, a manutenção e especificidade, os recursos financeiros e seu impacto na qualidade, a necessidade de acautelar os desperdícios, o investimento no bloco

operatório, a aquisição de competências específicas pelos recursos humanos, os rácios adequados, as especificidades profissionais, a actividade pré e pós operatória, as políticas de gestão, a investigação, o ensino e a formação.

Embora Donabedian (2003) tenha afirmado que a “qualidade dos cuidados” poderia ser tomada no sentido “qualidade dos processos de cuidados”, das narrativas dos participantes não foi visível esta particularidade, uma vez que, os atributos associados ao processo que sobressaíram das entrevistas e agrupados em cinco categorias foram: o trabalho em equipa, a comunicação, o potencial humano, as estratégias de qualidade e o papel do utente e família. Que por sua vez se desdobraram em subcategorias: relações interpessoais, multidisciplinaridade e articulação de funções, liderança, comunicação interna e externa, o “Know how” e a inteligência emocional dos profissionais, estratégias de qualidade, as variáveis associadas ao utente e o contributo da família.

Por último, as referências aos resultados, surgem divididas pelas seguintes categorias: instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados, estratégias de avaliação dos processos, ferramentas de avaliação de recurso humanos e estratégias para avaliar resultados. As componentes do resultado foram as menos relevadas pelos entrevistados sendo o item mais abordado a este nível a pertinência da avaliação da satisfação dos utentes.

No decorrer das entrevistas foram referidas estratégias para um caminho para a qualidade no bloco operatório, nomeadamente a utilização do manual da qualidade, dos protocolos, a “checklist” como estratégia de qualidade, a utilização da ficha de não conformidades, a pertinência da contagem das compressas e o recurso aos círculos da qualidade. No entanto, foi sentido ao longo das entrevistas, uma referencia exacerbada em relação á componente individual em detrimento da componente organizacional no alcance do objectivo da qualidade, o que reforça a necessidade de trabalhar a constituição de parcerias profissionais, formação e envolvimento dos profissionais numa política de melhoria contínua da qualidade.

Conforme refere Donabedian (2003), para avaliar a qualidade, temos primeiro de desvendar um mistério: o próprio significado da qualidade, resta saber se pode ser feito pacientemente pela separação de cada um dos seus fios ou se temos em desespero, de usar uma lâmina para cortar o nó górdio.

CONCLUSÕES

Recorda-se que se pretendia com este estudo identificar os aspectos que seriam necessários integrar para avaliar a qualidade num bloco operatório através de um estudo de campo. A presente pesquisa procurou obter mais-valias para o desenvolvimento de uma política de qualidade no bloco operatório e com isso contribuir para a melhoria de cuidados. A pesquisa de campo permitiu-nos aproximarmo-nos das pessoas estudadas de modo a entender a problemática em estudo no seu

contexto natural e fornecendo informações importantes e precisas para a prossecução de um caminho para a Qualidade.

Sugerimos que sejam desenvolvidos novos estudos através da implementação das estratégias sugeridas pelos entrevistados e construídos instrumentos de avaliação da qualidade, baseados nessas estratégias, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente no bloco operatório.

BIBLIOGRAFIA

- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70
- Bilbao in Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Burgess, R. G. (2001). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora
- Cardoso, F. (2002). *Avaliação da qualidade dos serviços de urgência: satisfação dos utentes*. Tese de Mestrado, ICBAS, Porto
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* (R. Bashshur, Ed.). New York: Oxford University Press
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Hayes, H. (2007). Reviewing and improving a clinical effectiveness department's quality assurance model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(3), 264-272. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0620200308.html>
- Hurst, K. (2005). Quality assurance frameworks. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6). Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=NonArticle&Filename=Published/NonArticle/Articles/06218faa.001.html>
- Komashie, A., Mousavi, A., & Gore, J. (2007). Quality management in healthcare and industry: a comparative review and emerging themes. *Journal of Management History*, 13(4), 359-370. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1580130404.html>
- Maia, C. S., Freitas, D. R. C., Guilhem, D., & Azevedo, A. M. (2008). Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1-15. Recuperado em 01 de Abril, 2010, de http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3058
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos* (1ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Manole

- Paneque, R. E. J. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Ver Cubana Salud Publica, 30(1), 17-36. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <http://www.santacruz.gov.ar/planes/concursos/JIMENEZ%20PANEQUE%20%20Indicadores%20de%20calidad.pdf>
- Pinto, A., & Soares, I. (2009). Sistemas de gestão da qualidade: guia para a sua implementação. Lisboa: Edições Silabo
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Volume. II – orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Revere, L., Black, K. & Huq, A. (2004). Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. The TQM Magazine, 16(2), pp. 105-113. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?ontentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1060160203.html>
- Silva, A., Varanda, J., & Nóbrega, S. D. (2004). Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais. Cascais: Principia
- Vincent, C., Moorthy, K., Sarker, S. K., Chang, A., & Darzi, A. W. (2004, Abril). Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. Annals of Surgery, 239(4), 475-482. Recuperado em 03 de Abril de 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356252/>
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. (2008). The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneve: Autor. Recuperado em 06 de Abril de 2010, de http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneve: Autor. Recuperado em 06 de Abril de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf
- World Health Organization. (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: cirurgia segura salva vidas. Direcção-Geral da Saúde. Recuperado em 30 de Setembro de 2010, de <http://www.dgs.pt/>

Um Projecto Para a Segurança, no Posicionamento do Utente Cirúrgico

José Augusto Pereira Gomes¹ & Carla Sílvia Fernandes²

RESUMO: Este artigo pretende descrever um projecto para a segurança do utente no posicionamento cirúrgico. Os procedimentos cirúrgicos implicam posicionar o corpo de modo a facilitar o acesso ao local cirúrgico. No entanto, existem riscos associados aos posicionamentos na realização de intervenções cirúrgicas, surgindo aqui um papel importante dos enfermeiros na salvaguarda da segurança do utente e na redução de possíveis complicações daí decorrentes.

Por outro lado, na visita de enfermagem do pós-operatório os enfermeiros têm observado que um grande número de utentes refere queixas músculo-esqueléticas associadas aos posicionamentos durante a intervenção cirúrgica.

Por isso, com a implementação deste projecto pretendemos realizar um percurso que vise a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem recorrendo á implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade, com a finalidade de gerir eficazmente os recursos e diminuir o tempo de internamento. A opção metodológica teve por base a revisão de literatura existente acerca do tema e foi norteadora pelas competências dos enfermeiros especialistas na área da reabilitação.

PALAVRAS-CHAVE: posicionamento, segurança, utente cirúrgico

INTRODUÇÃO

Os procedimentos cirúrgicos envolvem todas as partes do corpo humano, por isso, é necessário colocar o corpo em posições, que facilitem o acesso ao local cirúrgico, que os actos sejam realizados com precisão e que possam ser obtidos os efeitos pretendidos. No entanto, existem riscos associados aos posicionamentos dos utentes na realização de intervenções cirúrgicas, emergindo aqui o papel importante dos enfermeiros na salvaguarda da segurança do utente e na redução de possíveis complicações provenientes do posicionamento.

O enfermeiro de reabilitação, detentor de uma idoneidade técnica específica oriunda do conhecimento académico e da prática de cuidados, assume um papel essencial na gestão e

¹ Enfermeiro do Centro Hospitalar Povoá de Varzim/Vila do Conde, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Gestão de Unidades de Saúde.

² Enfermeira Graduada do Centro Hospitalar Povoá de Varzim/Vila do Conde, Coordenadora da Equipa de Gestão de Altas, Mestre em Ciências de Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Doutoranda em ciências de Enfermagem.

implementação de assistência de enfermagem de qualidade ao utente em situação de incapacidade, devido á administração de fármacos anestésicos. O enfermeiro de reabilitação tem a competência para prestar cuidados de enfermagem que exijam um nível de conhecimento mais profundo e uma capacidade técnica elevada ao utente em situação de risco, como é o caso do utente posicionado para uma intervenção cirúrgica no bloco operatório.

Na visita de enfermagem do pós-operatório os enfermeiros têm verificado que um grande número de utentes refere queixas músculo-esqueléticas. Nesse sentido, surge este projecto para estudar objectivamente as queixas manifestadas pelos utentes no pós-operatório. Por isso, torna-se necessário avaliar o utente no pré-operatório, elaborar diagnósticos de enfermagem adequados e definir intervenções de enfermagem eficazes, de forma a avaliar os ganhos em saúde resultantes das acções de enfermagem através de indicadores precisos.

Com a realização deste projecto pretendemos apresentar um plano de acção de enfermagem para o bloco operatório no sentido de determinar ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem e demonstrar a importância da enfermagem de reabilitação neste serviço.

A implementação deste projecto abrange áreas específicas do conteúdo funcional da carreira dos enfermeiros especialistas, nomeadamente no âmbito da especialidade de reabilitação, ou seja, na prestação de cuidados de enfermagem com um nível de conhecimentos e habilidades mais profundo; na definição e utilização de indicadores que permitam avaliar as mudanças verificadas na situação de saúde devidas á sua implementação; na gestão e utilização de recursos disponíveis para a prestação de cuidados de enfermagem específicos para a prevenção de riscos de lesão e desconforto para o utente; na realização de investigação que vise a melhoria dos cuidados de enfermagem afectos aos posicionamentos do utente; na determinação de necessidades formativas dos elementos da equipe do bloco operatório; e na proposta de acções de formação capazes de influenciar e provocar mudanças nos resultados de saúde dos utentes.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No contexto actual de crescimento e procura da excelência dos cuidados surge a necessidade de um olhar atento para o posicionamento dos utentes submetidos a cirurgia no bloco operatório, com a finalidade: de proporcionar uma exposição cirúrgica e acesso óptimo ao local da intervenção; de manter um alinhamento corporal adequado; de manter as funções respiratória e circulatória equilibrada; de garantir o acesso á administração de fármacos; de manter a integridade cutânea; de preservar as estruturas vasculares e nervosas; e de assegurar conforto apropriado. Desde logo, depreende-se que é vital prevenir efeitos indesejados dos posicionamentos cirúrgicos, promover o bem-estar e promover a segurança do utente durante a intervenção (Ricker, 1991).

O posicionamento pode ser descrito como “a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas” (AESOP, 2006, p. 72). A responsabilidade do posicionamento em si é do cirurgião, do anestesista e do enfermeiro, mas cada um tem as suas próprias responsabilidades, logo, é necessário que cada um saiba o que lhe compete fazer. Ainda segundo a AESOP (2006) o posicionamento para uma intervenção é um acto prescrito e a sua escolha deve ser acertada entre o cirurgião e o anestesista, consoante o tipo de cirurgia a realizar e a técnica anestésica a utilizar. Ao enfermeiro cabe o papel de posicionar o utente em colaboração com o cirurgião e o anestesista e monitorizar o estado fisiológico do utente durante a intervenção cirúrgica.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação portador de um conhecimento científico mais aprofundado e de competência técnica específica a nível de anatomia e fisiologia humana, assim como de todo o equipamento necessário para a realização do posicionamento tem a responsabilidade acrescida de identificar diagnósticos de enfermagem relativos ao elevado risco de lesões que envolvem os sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso e musculo esquelético e prescrever intervenções de enfermagem que reduzam o risco de lesões de forma a provocar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Indo por sua vez, de encontro às indicações da Ordem dos Enfermeiros para a competência dos enfermeiros, em que “na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual, (...) as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Estando também reforçado pelo regulamento nº 122/2011, que refere que, o enfermeiro especialista tem a competência para criar e manter um ambiente terapêutico seguro, por isso, “Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.” Por sua vez, a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação “visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (regulamento nº 125/2011).

Há cerca de uma década, um utente submetido a cirurgia abdominal num hospital de Louisiana, nos EUA, foi colocado na mesa de operação com os braços estendidos a 45 graus. O cirurgião esteve do lado direito do utente durante todo o procedimento, uma hora e 20 minutos. No pós-operatório, o utente relatou dormência e parastésias na mão direita, que persistiram após a sua alta hospitalar. Foi-lhe diagnosticado uma lesão do nervo cubital, com dormência e dores que não responderam à fisioterapia. O utente entrou com uma acção judicial; tendo os testes descartado outras causas. Após ouvir o depoimento de um especialista no julgamento, o júri presumiu que os braços não foram devidamente posicionados. O júri atribuiu a falhas ao anestesista, ao cirurgião e á

enfermeira (Millsaps, 2006). Este exemplo ilustra com clareza a importância do posicionamento durante uma intervenção cirúrgica.

METODOLOGIA

O planeamento de uma intervenção é um processo metódico de modo a decidir o que fazer, como fazer e como avaliar. Planear uma intervenção implica identificar os factores condicionantes onde se pretende intervir, de modo a, entre outros, determinar o tipo de actividades pretendidas e escolher a metodologia de intervenção. De seguida são abordadas as diferentes fases deste plano.

A população definida para esta intervenção é constituída pelo número de utentes submetidos a cirurgia no período compreendido de 6 meses, de um hospital do norte do país composto por uma lotação de 140 camas, abrangendo as seguintes especialidades cirúrgicas: Ortopedia, Cirurgia e Ginecologia.

Numa primeira fase do projecto, para um **diagnostico** mais eficaz da problemática e facilitar a elaboração de um plano de actuação, procedemos a uma análise SWOT, caracterizando o ambiente interno a nível de pontos fortes e pontos fracos e o ambiente externo no que se refere a oportunidades e ameaças, conforme visualizável na figura 1.

Figura 1- Análise de SWOT para o bloco operatório

	Pontos fortes	Pontos fracos
Ambiente Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Existência no BO de acessórios específicos para posicionamento • Enfermeiros do BO sensibilizados para o risco de lesão • Implementado, no serviço, metodologias de trabalho baseadas em círculos de qualidade por áreas de intervenção • Possibilidade de realizar formação dentro do espaço físico do BO • Motivação dos enfermeiros para a formação • Enfermeiros no BO com especialidades em diversas áreas • Chefe do serviço empreendedora, dinâmica e proactiva no desempenho das suas funções • Utilização de sistemas de informação suportado pela CIPE • Contributos vindos dos profissionais que conhecem outros BO 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade insuficiente de alguns profissionais para a utilização de todos os meios disponíveis e necessários para um adequado posicionamento • Custo de alguns acessórios de posicionamento • Pressão de alguns profissionais para a realização apressa de algumas actividades
Ambiente Externo	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de publicações nacionais e internacionais sobre práticas recomendadas para o BO • Sensibilidade da direcção do serviço e concelho de administração para aquisição de material de apoio ao posicionamento • Existência da internet e intranet para formação, informação e divulgação 	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação deficiente entre o BO e os serviços do internamento • Tempo insuficiente para a realização da visita de enfermagem pré-operatória e pós-operatória

Numa segunda fase de **Planeamento da Acção**, pretendemos definir as etapas a seguir na implementação do projecto e explicar um conjunto de acções a desenvolver durante a sua execução.

No entanto, é importante não esquecer que para a implementação e sucesso do projecto é necessário envolver toda a equipe de trabalho e uma boa articulação entre os vários grupos profissionais.

A implementação do projecto pode ser dividida em três etapas principais, sendo a primeira a avaliação e diagnóstico da situação actual, uma segunda fase para a intervenção e execução de medidas estratégicas e por último, uma fase para avaliar os ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem devido às medidas introduzidas (Diagrama 1). Por sua vez, o projecto apresentado baseia-se no desenvolvimento contínuo de um ciclo de melhoria contínua da qualidade evidenciado através do ciclo PDCA de Deming.

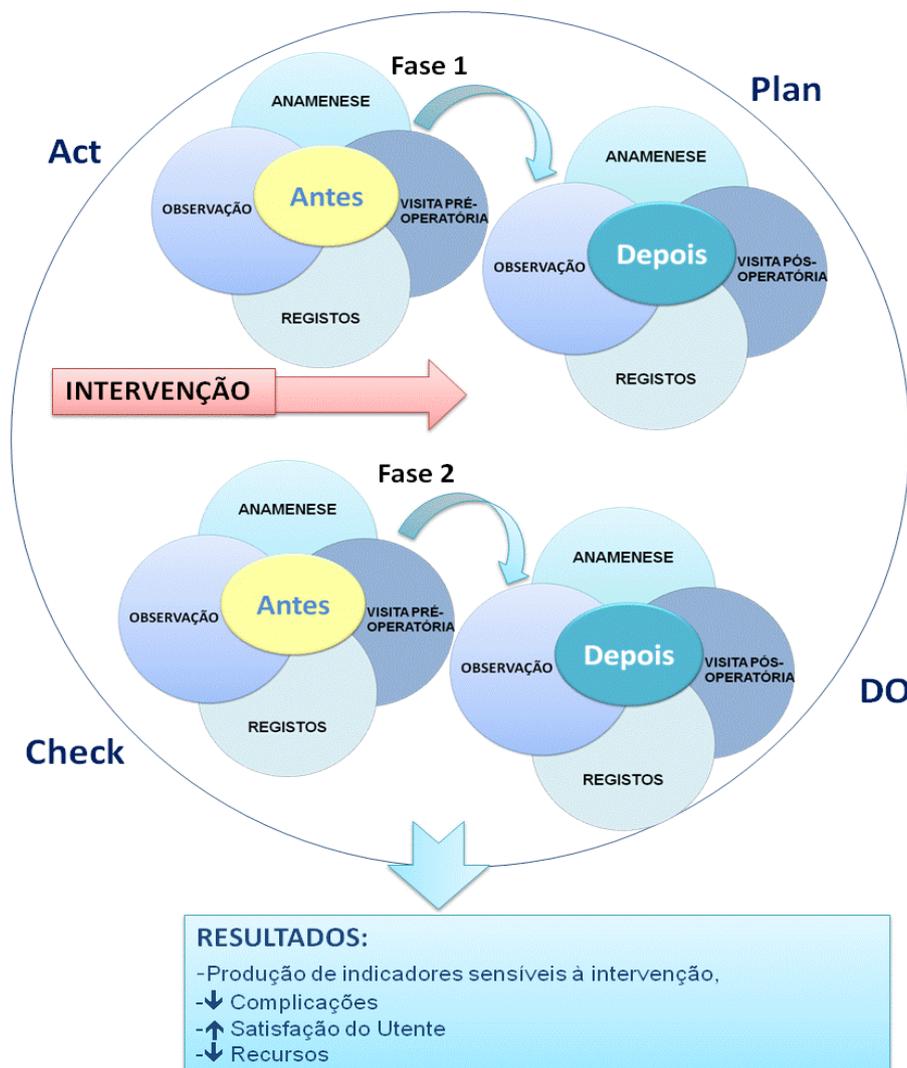


Diagrama 1: Desenho do projecto

Nesta **primeira fase** de implementação é fundamental a criação de um instrumento de colheita de dados, e a parametrização dos fenómenos de enfermagem relevantes para facilitar a

introdução dos dados no aplicativo informático do SAPE. Esta colheita de dados deve ser realizada no momento da realização da visita de enfermagem pré-operatória pelo enfermeiro de anestesia.

Na visita deve ser verificada a anamnese realizada pelo enfermeiro do internamento e deve ser efectuada uma avaliação física do utente proposto para cirurgia, ou seja, deve ser observado e registado a integridade da pele, a amplitude dos movimentos, as áreas lesadas e qualquer problema músculo-esquelético ou vascular encontrado.

Para a realização do posicionamento devem ser formulados diagnósticos de enfermagem de acordo com os dados recolhidos na avaliação pré-operatória. O plano de cuidados para o posicionamento deve ser individualizado para atender os problemas específicos do utente e as intervenções de enfermagem devem ser definidas de acordo com os diagnósticos formulados.

A avaliação dos cuidados de enfermagem deve ser contínua durante o procedimento cirúrgico e concluída, para efeitos deste projecto, na visita de enfermagem pós operatória realizada pelo enfermeiro do recobro no dia seguinte ao da cirurgia. Todas as situações anómalas observadas ou referidas pelo utente, como por exemplo, zonas de pressão, alterações da integridade da pele, dores músculo-esqueléticas e alterações da circulação nas extremidades, devem ser documentadas na avaliação pós operatória.

Em todos os utentes submetidos a cirurgia durante o período de tempo determinado, será efectuada uma avaliação inicial, formulados diagnósticos de enfermagem, definidas intervenções de enfermagem e será realizado uma avaliação individual dos resultados. Esta avaliação será efectuada pela verificação de mudanças introduzidas no status dos diagnósticos de enfermagem e será concluída no momento da visita de enfermagem pós-operatória.

Por sua vez, será também necessário elaborar indicadores referentes ao foco da prática de enfermagem, que permitam avaliar de uma forma sistemática as mudanças no estado de saúde do utente devidos á prática dos cuidados de enfermagem. Nesta fase pretendemos definir objectivos estratégicos e definir iniciativas a implementar, como por exemplo, as necessidades de formação, sensibilização, etc.

Numa segunda fase, após definidos os objectivos estratégicos e implementadas as iniciativas procede-se, durante um novo período de tempo, aos passos da fase um, nomeadamente avaliação inicial, formulação de diagnósticos, definição de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados para cada utente sob a forma de alteração no status dos diagnósticos de enfermagem.

No fim deste novo período de tempo, pretende-se mensurar novamente os indicadores, avaliando as mudanças verificadas no estado de saúde dos utentes e que foram o resultado das práticas dos cuidados de enfermagem.

A comparação dos indicadores de saúde em diferentes momentos de tempo permite medir os ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem devido às medidas correctivas e estratégias implementadas.

Na fase de intervenção foram realizadas várias iniciativas, para a qual nos socorremos de algumas estratégias de gestão nomeadamente o Balanced Scorecard (BSC).

O BSC é um modelo de gestão que permite equilibrar objectivos através de medidas financeiras e não financeiras. Basicamente está organizado na perspectiva financeira, no utente, nos processos internos e na formação e crescimento. Neste sentido, o BSC será adaptado á natureza deste projecto, para identificar as principais estratégias, identificar claramente os objectivos, criar metas ligadas aos objectivos, estabelecer iniciativas de intervenção e mensurar indicadores relacionados com a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos utentes.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- Reduzir o número de lesões devido ao posicionamento durante a intervenção cirúrgica.
- Diminuir a gravidade das lesões devidas ao posicionamento durante a intervenção cirúrgica.
- Diminuir o desconforto provocado pelo posicionamento cirúrgico.

INDICADORES

- Número de lesões diagnosticadas.
- Número de lesões diagnosticadas consoante a gravidade (reduzida, moderada, elevada e muito elevada).
- Número de diagnósticos de desconforto formulados.

METAS

- Reduzir em X% a ocorrência de lesões.
- Reduzir em Y% a gravidade de lesões diagnosticadas: - muito elevada, elevada, moderada e reduzida.
- Reduzir em Z% as situações de desconforto.

INICIATIVAS

- Sensibilizar os profissionais para os riscos de lesão devido aos posicionamentos.

- Efectuar levantamento das necessidades de equipamento e acessórios de apoio aos posicionamentos.

- Efectuar formação de acordo com a necessidade dos elementos da equipe.

- Realizar Workshops sobre os posicionamentos cirúrgicos na mesa operatória.

- Efectuar Workshops sobre o funcionamento da mesa operatória e utilização adequada dos seus acessórios.

- Solicitar a presença do representante do fabricante da mesa operatória para demonstração do seu funcionamento e utilização adequada dos seus acessórios.

- Elaborar normas e procedimentos para os posicionamentos utilizados de acordo com as intervenções cirúrgicas.

- Efectuar a monitorização dos posicionamentos, das lesões observadas e das situações de desconforto detectadas.

- Elaborar um manual da qualidade.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação é difícil em todos os campos, isto porque muitas vezes os fenómenos são complexos e os intervalos entre as intervenções realizadas e os resultados obtidos podem ser longos. No entanto, cremos que, melhorando os indicadores de saúde referentes às lesões devidas aos posicionamentos e às situações de desconforto manifestadas pelos utentes, estaremos a contribuir para melhorar a performance de alguns indicadores globais de gestão, nomeadamente:

- Redução do custo de internamento, pela redução na medicação analgésica utilizada para as dores músculo-esquelética

- Redução do tempo de internamento, uma vez que os utentes referem menos queixas álgicas e menor desconforto físico

- Diminuição do tempo de recuperação associado á intervenção cirúrgica

- Aumento da satisfação do utente quanto ao serviço prestado

A nível do Bloco Operatório pensamos que conduzirá a melhoramentos nos processos internos a nível de registo de informação, procedimentos de actuação, trabalho em equipa e acima de tudo um contributo para a excelência da prática dos cuidados de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O posicionamento correcto numa cirurgia é essencial para promover o conforto e a segurança do utente cirúrgico, neste sentido, os enfermeiros detêm um papel importante na prevenção de traumas e desconfortos devido aos posicionamentos.

Por sua vez, o enfermeiro com a especialidade de reabilitação, portador de um conhecimento mais aprofundado e experiência técnica mais aperfeiçoada, tem a capacidade para gerir os cuidados de forma eficaz. Por isso, é-lhe exigido a formulação de diagnósticos de enfermagem específicos relativos ao risco de lesão e a prescrição de intervenções de enfermagem eficazes para a diminuição do risco de lesão no utente cirúrgico, devendo utilizar para o efeito todos os meios que encontre ao seu alcance.

Com a implementação deste projecto pretendemos percorrer um caminho que vise a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, recorrendo á implementação da melhoria contínua da qualidade. Para isso, foi necessário definir objectivos estratégicos do serviço a prestar e delinear iniciativas a implementar para os atingir. Com as acções a implementar esperamos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e uma maior satisfação dos utentes pelos serviços prestados.

Numa vertente de gestão, procuramos com a implementação deste projecto uma gestão mais eficaz dos recursos, diminuição do tempo de internamento e diminuição dos gastos por utente, ou seja, pretendemos que os indicadores de saúde melhorem a sua performance.

BIBLIOGRAFIA

- ANTONIO, N. S., TEIXEIRA, A., *Gestão da qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM*, Lisboa, Edições Silabo, 1ª ed., 2007
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas - *Enfermagem Perioperatória da Filosofia á Prática dos Cuidados*, Lusodidatica, 2006
- Conselho Internacional de Enfermeiras, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*, Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros, versão beta, 2000
- HOEMAN, Shirley P., *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo*, Loures, Lusociencia, 2ª ed., 2000
- MILLSAPS, Carla, *Pay attention to patient positioning*, Modern Medicine, jan 2, 2006.
- Ordem dos enfermeiros, *Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*, 2005, consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt>, em 01/07/2009
- Ordem dos enfermeiros, *Reflexões - Padrões de Qualidade dos Cuidados*, 2005, consultado em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>, em 01/07/2009
- REGULAMENTO nº 122/2011. *D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8648-8653*
- REGULAMENTO nº 125/2011. *D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8658-8659*
- RICKER, Leslie Elileen, *Posicionamento do Paciente para Cirurgia*, in MEEKER, Margaret Huth, ROTHROCK Jane C., *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Kogan, 10ª ed., 1997

RESUMOS – CONFERÊNCIAS

A Problemática das IACS na Actualidade

Elaine Pina⁹

Em cada momento mais de 1,4 milhões de doentes em todo o mundo têm uma infecção associada ao internamento no hospital (IN). Não se conhece a dimensão das infecções associadas a cuidados de saúde (IACS) noutras tipos de instituições nem as resultantes de cuidados domiciliários. O risco de adquirir uma IACS é universal. Trata-se de uma questão que diz respeito a todas as instituições de saúde independentemente dos recursos de que dispõe.

Já desde Semmelweis (sec XIX) se sabe que há infecções evitáveis. Mais recentemente, nos EUA, o estudo SENIC (1970-1976) demonstrou de forma inequívoca que pelo menos um terço das IN eram seguramente evitáveis. Estudos mais recentes apontam para valores da ordem dos 70%. Algumas instituições têm conseguido obter reduções significativas, e mesmo taxas de 0% para alguns tipos de IN.

Mas não é realista pretender um risco zero e haverá sempre IACS apesar da adopção de todas as medidas de prevenção. Contudo, estamos longe de atingir o mínimo irreduzível sendo ainda possível conseguir, com medidas simples e que não custam dinheiro, reduzir as taxas que actualmente se observam no nosso país. Para isso, é necessário que ao nível da DGS haja empenho e investimento no PNCI para criar um núcleo central capaz de analisar e interpretar a informação obtida através dos programas de vigilância epidemiológica tornando os mesmos atraentes e úteis para os participantes e desenvolver recomendações de boas práticas. Será necessário reforçar os programas regionais de controlo de infecção e, a nível de cada instituição de saúde, responsabilizar os gestores pelos resultados premiando aqueles que demonstrem uma redução das IACS. Até prova em contrário, cada IACS deve ser considerada evitável e analisada para identificar as suas causas.

⁹ Coordenadora do PNCI.

Factores de Mudança da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Marta Lima Basto

Medir a qualidade dos cuidados de enfermagem é uma tarefa difícil, que se torna mais clara à medida que vamos sendo capazes de objectivar o que são cuidados de enfermagem e a sua finalidade. De acordo com a nossa concepção actual de cuidados de enfermagem, considerando a relação enfermeiro-cliente a base em que assentam os cuidados, cada vez é mais importante incluir informação sobre como se sentem os clientes e os enfermeiros que lhes prestam cuidados, relacionando com as acções concretas dos enfermeiros, embora não sejam só esses que permitam medir a qualidade. São dados exemplos. Para medir a qualidade há que considerar a estrutura, o processo e os resultados.

A investigação no contexto português tem mostrado que de entre os factores de mudança da qualidade dos cuidados de enfermagem, intrapessoais, interpessoais, posicionais e ideológicos, ressaltam a liderança, a concepção de cuidados dos enfermeiros e a crença na sua própria capacidade de mudar ou auto-eficácia.

Via Verde Trauma

Alzira Moreira¹

O Trauma é a principal causa de morte em indivíduos com idade inferior a 45 anos. Se considerarmos todas as faixas etárias, apenas as doenças cardiovasculares e as doenças oncológicas superam as taxas de mortalidade associadas ao trauma.

Em Portugal, à escala do que se passa mundialmente, o trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade.

Tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis, também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas – daí a pertinência de uma Via Verde Trauma num sistema integrado de saúde.

Uma Via Verde Trauma, mais do que estabelecer um standard elevado no atendimento ao politraumatizado, cria procedimentos que protegem o doente potencialmente grave.

Sendo actualmente aceite pela comunidade científica que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados, torna-se imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação bem como a instituição de terapêutica optimizada em tempo útil – na denominada *Golden-hour* do doente politraumatizado.

A Organização Mundial da Saúde publicou, em 2004, recomendações e *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e, em 2009, programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado; do mesmo modo, em Portugal, a Ordem dos Médicos, em 2009, publica as “Normas de Boa Prática em Trauma”.

Baseada nessas recomendações, entre outras, e dada a importância da patologia em causa, bem como o potencial impacto na redução da mortalidade e morbilidade dos doentes traumatizados, a Direcção-Geral de Saúde “traduziu e adaptou as orientações existentes a nível nacional e internacional, com a participação activa de um grupo de peritos e representantes dos vários Colégios da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e das Sociedades Científicas afins ao tema”, publicando a Circular Normativa nº07/DQS/DQCO datada de 31/03/2010.

Esta circular normativa, estabelece ainda um cronograma de implementação destes mesmos procedimentos em todas as unidades de urgência do Sistema Nacional de Saúde.

Cumprindo, na actualidade, a todos os profissionais no âmbito da rede de serviços de urgência e emergência colaborar na implementação desta que é a mais recente Via Verde nos cuidados de saúde em Portugal.

¹ Centro Hospitalar São João.

RESUMOS – COMUNICAÇÕES LIVRES

A influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos

Ana Gomes¹ & Olivério Ribeiro²

Palavras-Chave: Depressão, Doentes em Cuidados Paliativos, Estado Nutricional

Introdução: É filosofia dos cuidados paliativos proporcionar cuidados de suporte global, visando o controlo de sintomas e a melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares. Nesta perspectiva a avaliação realizada na triagem nutricional permite identificar o risco do doente. Ao conhecermos os resultados desta avaliação torna-se possível enquadrá-lo num plano nutricional, contribuindo desta forma para o seu bem-estar a nível físico, psíquico e social. Sendo o diagnóstico de depressão cada vez mais frequente na nossa sociedade e estando estes doentes mais vulneráveis é impreterível a sua detecção precoce, tratamento e monitorização no sentido de não a subdiagnosticar.

Objectivos: Identificar a depressão nos doentes em Cuidados Paliativos; Verificar se há influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, transversal, descritivo, correlacional.

Recorrendo à aplicação da escala Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), (Bapen, 2003), Inventário Depressão Beck (Vaz Serra, e Abreu, 1973) e a um formulário, numa amostra não probabilística, constituída por 50 doentes (52% mulheres e 48% homens), apresentando idades entre os 41 e os 95 anos, sendo que 66% apresentam depressão moderada, 84% esteve internado na UCP uma vez, dos quais 62% medicados com antidepressivos. O diagnóstico mais frequente é a neoplasia (86%), e apresentando 62% perda de apetite e 40% vómitos nos últimos meses,

Resultados: Através do Inventário Depressão Beck constatou-se que na amostra, 92% “apresentam depressão” e que a sintomatologia depressiva é mais grave no sexo feminino do que no sexo masculino ($\bar{x}=27.23$ Vs $\bar{x}=24.63$), contudo pela aplicação do teste U de MannWhitney, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas. Identificou-se ainda que 60% apresentam depressão grave. Através da escala MUST verificou-se que a amostra apresentou IMC em $\bar{x} = 22.61$, com peso médio de 69.80Kg, uma perda de peso médio de 13.83%, caracterizando um risco elevado de desnutrição (70%).

Conclusões: Constatou-se que das variáveis sócio-demográficas, a idade apresenta uma associação baixa e positiva ($r=0.260$; $p=0.048$), contudo não é estatisticamente significativo.

¹ CHTV-EPE.

² ESSV.

Verifica-se que o risco do estado nutricional, não influencia na depressão, observando-se uma associação muito baixa e positiva ($r=0.035$; $p=0.817$). Face à variável estado nutricional, não existem diferenças estatisticamente significativas, não se verificando a influência do estado nutricional na depressão

Bibliografia:

ACREMAN S. - Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs. [Em linha]. 2009 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19966682>>.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION [Em linha]. 2010 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.eatright.org/>>.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, Qaseem ,Amir et al - Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians [Em linha]. 2008 [Consultado. 12 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<[http:// www.acponline.org/clinical.../guidelines/](http://www.acponline.org/clinical.../guidelines/)>

BRAUN, URSULA K. [et al.] – A detecção de depressão em cuidados paliativos - Reconhecimento e tratamento da depressão no final da vida. Revista Geriatrics, mar/abr, vol 5,nº26,2009.

A Temperatura e a Dor no Pós-operatório do Doente Cirúrgico: Intervenção do Enfermeiro

Tiago Lopes¹ & Madalena Cunha²

Palavras-chave: temperatura; dor; medidas de controlo

Introdução: Manter a normotermia é importante para a segurança do doente cirúrgico. Reconhece-se que, durante o período peri-operatório, principalmente no pós-operatório, os doentes devem acesso a um maior alívio da dor e a rapidez com que se resolve a dor aguda é um dos elementos-chave.

Objectivos: Avaliar a temperatura no doente cirúrgico; Avaliar a dor no doente cirúrgico; Verificar a influência que a aplicação de medidas de controlo tem na dor e na temperatura do doente cirúrgico; Verificar a relação entre o valor de temperatura e o nível de dor do doente cirúrgico no peri-operatório.

Material e Métodos

Participantes: Uma amostra de 50 indivíduos submetidos a cirurgia abdominal eletiva, 58,0% do sexo feminino e 42,0% do sexo masculino; com idades entre os 24 e os 95 anos (Média=61,54; Dp=15,55); com um índice de massa corporal médio de 26,69 (Pré-obesidade). A esses participantes foram efetuada 3 avaliações temperatura central (timpânica) de 30 em 30 minutos no período intra-operatório onde a temperatura ambiente média das sala operatória foi de 20,99 centígrados e a humidade relativa ambiente média foi de 45,12% e 3 avaliações de temperatura central (timpânica) de 30 em 30 minutos e em simultâneo nível de dor quando se encontravam na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

Material: Como suporte para a colheita de informação utilizaram-se: Grelha de colheita de dados validade através de pré-teste e termómetro BRAUN thermoscan 6012.

Resultados: Observou-se que a temperatura central intra-operatória variou entre um mínimo de 35,20°C e um máximo de 37,40°C nos três momentos de avaliação sendo que a temperatura média na terceira avaliação foi de 35,96°C para um Dp=0,36. No intra-operatório 26,0% doentes receberam medidas de controlo de temperatura e 74,0% não. Na UCPA no 3.º momento de avaliação 57,14% doentes do sexo masculino e 55,17% de sexo feminino ainda apresentavam uma dor entre 1 e 3 (escala numérica da dor) e 19,04% doentes do sexo masculino e 3,44% do sexo feminino

¹ CMEMC - ESSV – IPV.

² ESSV/IPV.

apresentavam uma dor localizada entre 4 e 6. Na UCPA apenas 6,0% doentes não receberam medidas de controlo de temperatura. Hove uma diminuição do nível médio de dor do 1.º momento, sexo masculino (Média=2,48; Dp=2,14) sexo feminino (Média=2,10; Dp=2,02), para o 3.º momento, sexo masculino (Média=1,62; Dp=1,63) sexo feminino (Média=1,21; Dp=1,35). Ao longo do estudo houve 44,0% doentes que não receberam quaisquer medidas de controlo de dor e 66,0% que pelo menos receberam uma vez medidas farmacológicas ou não-farmacológicas.

Conclusões: A aplicação de medidas activas ou passivas de controlo de temperatura são fundamentais para o controlo da dor do doente. A avaliação da dor e aplicação de medidas para o seu controlo carece de intervenção prioritária.

Bibliografia: LINCH, S. DIXON, J., LEARY D. Reducing the Risk of Unplanned Perioperative Hypothermia. [em linha] [Consult. 13 Janeiro 2011] Disponível em:[www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(10\)00918-X/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(10)00918-X/fulltext)

Nutrição na pessoa em situação crítica – Um compromisso para a excelência do Cuidar!

Anabela Ferraz Marques dos Santos; Célia Catarina Gaspar Franja; Renata Alexandra Cruz Constantino; Sandra Cristina Simões Mateus¹

Palavras-Chave: Nutrição Enteral, Uniformização de práticas, pessoa em situação crítica.

Introdução: A pessoa em situação crítica está sujeita a um hipercatabolismo com consumo de proteínas musculares devido ao elevado número de solicitações energéticas necessárias à manutenção das defesas orgânicas e aos processos de cicatrização. O papel da nutrição no hipercatabolismo é o de suportar o processo metabólico, minimizando as perdas das proteínas musculares, coadjuvando a manutenção das funções orgânicas e influenciando o curso e recuperação destes doentes graves. Para realizar o suporte nutricional, a via entérica é assim a recomendada, tendo em vista a redução do número de complicações e do tempo de internamento. Porém, esta apresenta um leque de complicações que, podem ser evitadas ou minimizadas, com a utilização do protocolo de nutrição instituído no serviço, no sentido de uma uniformização e aperfeiçoamento das práticas de enfermagem.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo a 99 pessoas internadas no SMI durante o ano de 2010; selecção aleatória da amostra; Colheita de dados em grelha de monitorização própria; Análise dos dados e tratamento estatístico (SPSS).

Resultados: Até ao 3º dia de internamento cerca de 62% das pessoas internadas iniciaram NE, sendo que, somente em apenas 67% dos casos foi cumprido na íntegra o protocolo. O não cumprimento ficou a dever-se, essencialmente, à existência de complicações ou à paragem da NE para realização de exames e/ou procedimentos. Assim, 38% dos doentes apresentaram complicações (uma ou mais), sendo as mais frequentes: obstipação (78%), estase (14%), vómitos (5%), diarreia (2%) e distensão abdominal (13%).

Conclusão: O elevado número de complicações/procedimentos impede que o teor calórico prescrito seja igual ao administrado. A existência de um protocolo de actuação ajuda a minimizar estas complicações e aumenta a eficácia da nutrição enteral.

¹ Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

RESUMOS – POSTERES

Colostomia... e agora ? Educar para a (Re) Adaptação à Vida

Marques, José¹; Matias, Sérgio² & Monteiro, Rui³

Palavras-chave: Colostomia; Educar

Introdução: Colostomia é a formação cirúrgica de uma abertura do cólon à parede abdominal, com um carácter definitivo ou transitório.

Objectivos: Contribuir para um conhecimento específico das implicações do doente submetido a colostomia; Identificar as principais dificuldades sentidas pelos utentes, bem como a pertinência do acompanhamento dado pelas redes de apoio disponíveis na comunidade.

Participantes: A população estudada foi de 39 utentes em dois locais: consulta de colostomizados do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro E.P.E. - Unidade de Lamego e Centro de Saúde de Vagos. População constituída por 21 participantes do sexo feminino e 18 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 55 e 85 anos.

Material e Procedimentos: Pesquisa não experimental, segundo uma lógica dedutiva, através de um estudo quantitativo e transversal, foi aplicado um instrumento de pesquisa, no período de Maio a Julho de 2009.

Resultados: Factores que mais afectam os doentes colostomizados é o contacto social com Família e Actividade de vida diária. Os ensinamentos que os utentes acham mais pertinentes são os que garantem um melhor aceitação e favorecem o bem estar psicológico: banho; vestuário; cuidados a ter com a colostomia; alimentação; complicações e formas de resolução das mesmas.

Conclusões: 24 participantes referem alterações de vida após colostomia; As redes de apoio disponíveis na comunidade têm influência na (re) adaptação à vida para 24 dos inquiridos; Ensinamentos realizados pelo enfermeiro ao utente colostomizado são de extrema pertinência para 29 inquiridos; A (in) dependência no vestuário e cuidados pessoais do utente colostomizado afecta directamente a sua (re) adaptação à vida; A readaptação à vida após colostomia é um processo lento sustentado pelos ensinamentos realizados pelos enfermeiros, bem como o apoio dado pelas redes de apoio disponíveis na comunidade; O Enfermeiro assume uma atitude proactiva na readaptação à vida do utente.

¹ Enf^o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

² Enf^o HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.

³ Enf^o Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Conhecimentos, Medos, Crenças e Mitos em Doentes cirúrgicos sobre o Acto Anestésico.

Madalena Cunha¹; Gracinda Ramos²; Paula Lopes²; Teresa Nisa²

Palavra-chave: conhecimentos; medos; crenças; mitos, acto anestésico

Introdução: Apesar do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, mitos e crenças continuam presentes, principalmente na procura de soluções de problemas que fogem ao entendimento humano. Para muitas pessoas que precisam de se submeter a uma cirurgia, o principal medo não é só da cirurgia em si, mas sim do acto anestésico.

Objectivos: Avaliar os conhecimentos, medos, crenças e mitos do doente cirúrgico sobre o acto anestésico.

Material e Métodos: Estudo exploratório realizado numa amostra de 180 doentes (80 homens e 100 mulheres), com uma média de idades de 57,25% internados nos serviços de Cirurgia do CHTV-EPE, Unidade de Viseu. A colheita de dados foi feita através de um questionário.

Resultados: A maioria dos doentes respondeu possuir conhecimentos sobre o acto anestésico (69,4%). Destes apenas 66,44% revelou possuir conhecimentos verdadeiros, a presença de crenças e mitos foi verificada em 16,44% e de medos em 17,12%. Os conhecimentos verdadeiros mais referidos foram “*ser o acto de adormecer*” 20,13%, “*a administração de medicamentos anestésicos*” 9,06%. “*Existem vários procedimentos anestésicos*” 7,38%; Quanto às crenças e mitos, os mais referidos foram “*o efeito da anestesia só termina a pessoa a vomitar*” 8,05% e “*perda de memória*” 5,03%. Os medos mais referidos foram “*o medo da dor*” 7,38% e “*o medo de morrer*” 7,04%.

Conclusões: Os resultados denotam existir no doente cirúrgico défice de informação sobre o acto anestésico, perdurando ainda medos, crenças e mitos, daí se inferindo da pertinência da realização da visita de enfermagem pré-operatória.

¹ ESSV/IPV.

² CMEMC - 1ªed.- ESSV/IPV.

Contenção Física e Química dos Doentes: Conhecimentos dos Enfermeiros

Madalena Cunha & Alunos do 18º Curso de Licenciatura em Enfermagem¹

Palavras-chave: Contenção Física e Química, Enfermeiros, Conhecimentos

Introdução: A contenção física e química dos doentes apesar de frequentemente aplicada sem reais bases científicas, faz parte da prática de enfermagem no cuidar ao doente desde sempre. O presente estudo pretendeu avaliar os conhecimentos dos enfermeiros dum hospital português localizado na zona centro do país, sobre a aplicação da contenção física e química em doentes hospitalizados.

Material e métodos: Foi avaliada uma amostra de conveniência constituída por 156 enfermeiros com idades compreendidas entre os 24 e 57 anos (idade média 35,11 anos), sendo 79,22% do género feminino e 20,78% do género masculino. O estudo transversal e descritivo foi realizado através da colheita de dados com base num questionário de conhecimentos dos enfermeiros sobre a contenção física e química dos doentes.

Resultados: A maioria dos enfermeiros (92,3%) considera que a contenção física é uma prática protectora da segurança do doente, referindo que a mesma deve ser aplicada em doentes com risco de queda (87,2%). Neste sentido, consideram adequado aplicar contenção física em doentes portadores de: perturbações psicóticas (91,0%), perturbações relacionadas com consumo de substâncias (68,6%), perturbações da personalidade (59,6%) e perturbações do humor (55,1%).

Relativamente aos riscos da aplicação da contenção física, 79,5% dos enfermeiros considera que a mesma comporta riscos acrescidos para o doente e, nomeiam o desenvolvimento de úlceras de pressão (82,1%), os hematomas (79,5%) e o medo (67,3%) como os mais potenciais.

Para os enfermeiros a aplicação de grades laterais constitui um importante factor de contenção, seguido da contenção física e da imobilização no leito. Na aplicação da contenção física, os materiais mais utilizados são as ligaduras, os lençóis e o algodão e como partes do corpo a imobilizar a maioria dos enfermeiros destaca os pulsos e o tórax.

O agrupamento dos enfermeiros em função do nível de conhecimentos revela que a maioria (53,1%), possui conhecimentos sobre a contenção física e química dos doentes, observando-se que 46,9%, apresentaram bons conhecimentos e 6,2% razoáveis conhecimentos. Contudo um grupo significativo de enfermeiros pontuou com fracos conhecimentos (46,9%). O somatório dos scores

¹ ESSV/IPV.

relativos aos conhecimentos dos enfermeiros sobre contenção física e química dos doentes foi revelador da presença de conhecimentos nas dimensões segurança do doente; prática legal e ética; conhecimento científico e qualidade dos cuidados. No entanto, é significativa a percentagem de enfermeiros que afirmaram não terem recebido formação sobre contenção física e química dos doentes no decorrer da sua formação em enfermagem, tendo adquirindo-os apenas durante a prática hospitalar.

Conclusões: Perante os resultados surge a preocupação de sugerir a inclusão de conteúdos sobre contenção física e química no plano de estudos dos cursos de enfermagem, bem como implementar o treino da prática simulada das medidas de contenção, dotando os futuros enfermeiros de competências transferíveis para o contexto da prática clínica. Torna-se ainda imprescindível promover a formação contínua dos enfermeiros sobre as boas práticas de contenção, dissipando deste modo falsas percepções da sua utilização indevida no acto de cuidar.

Estado de Ânimo em PEP's do Distrito de Viseu

Cunha, M.; Estudantes do 9^oCLE & Capela, A.; Almeida, C.; Valente, G.; Coimbra, J.; Preto, O.; Lobão, S.- 1^o CMES¹

Palavra-chave: Profissional que Exerce Prostituição; estado de ânimo.

Introdução: A troca de favores sexuais por dinheiro e a ausência de elementos sentimentais, caracteriza a profissional que exerce a prostituição (PEP), que ao expor a sua intimidade se encontra mais susceptível de desequilibrar o seu bem-estar.

Material e métodos: A amostra não probabilística por conveniência ficou constituída por 200 PEP's, com idades entre 17 e 57 anos ($X=30.19$; $Dp=7.029$). A colheita de informação teve por base uma bateria de testes: Questionário Socio-Biográfico; Questionário sobre Práticas de Saúde; Questionário de QDV – WHOQOL – BREF (VAZ SERRA e CANAVARRO, 2005; Inventário de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986); Inventário de Personalidade de Eysenck (Vaz Serra; [et al.], 1980); Inventário de Depressão de Beck versão portuguesa de Vaz Serra e Pio de Abreu (1973).

Resultados: Os resultados indicam que 74% das mulheres consideram o seu aspecto físico como sendo normal, contudo 13,5% consideram-se gordas e 12,5 % magras; Quanto ao Perfil Psicossocial, as PEP's encontram-se razoavelmente satisfeitas com a sua Qualidade de Vida ($X=88,540$; $Dp=13,497$); possuem razoável Auto-Conceito ($X=69,620$; $Dp=10,088$) e são maioritariamente extrovertidas (neuroticismo ($X=12,405$; $Dp=5,426$); extroversão ($X=13,665$; $Dp=3,591$)). Os resultados evidenciaram também que 42,5% das PEP's têm depressão: 14.5% grave, 12.5% moderada e 15,5% leve. A qualidade de vida (25.5%), a personalidade neurótica (4.8%) e a idade (1.7%) revelaram-se preditoras da variabilidade do estado de ânimo (34,4%).

Conclusões: Inferimos que quanto melhor a qualidade de vida das PEP's, mais positivo o seu estado de ânimo e quanto mais acentuado o traço de neuroticismo e a idade, pior o seu estado de ânimo. Relativamente ao aspecto físico, as mulheres que se consideram mais gordas e com pior auto-conceito apresentam mais sintomatologia depressiva. O estudo evidencia a necessidade de se intervir na promoção do estado de saúde das PEP's.

¹ ESSV/IPV.

Funcionalidade dos Acessos Vasculares em Doentes Hemodialisados

Madalena Cunha¹ & Ana Sílvia Fernandes²

Palavras-chave: Acessos vasculares; diálise; hemodiálise

Introdução: O acesso vascular é vital em doentes IRCT em programa de diálise e a sua disfunção é a maior causa de morbilidade e hospitalizações ROY-CHAUDHURY (2006). É responsabilidade do enfermeiro dotar cada indivíduo de competências para preservar e cuidar o acesso (EBPG, 2007), criar programas de avaliação da qualidade e implementar procedimentos para maximizar a sua longevidade (K/DOQI, 2006).

Objectivos: Caracterizar o tipo de acesso; Avaliar a funcionalidade dos acessos; Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na funcionalidade do acesso.

Material e Métodos: Tipo de estudo: estudo quantitativo, expositivo-descritivo. Amostra: não probabilística por conveniência. Instrumento de colheita de dados: Grelha de observação.

Resultados: Amostra constituída por 127 IRCT (65,4% homens e 34,6% mulheres), com idade média de 67,76 anos (Dp=14,372). A etiologia mais frequente é a diabetes (20,5%). O acesso predominante é a FAV (68,5%), seguida do CVC (26%). A diabetes afecta 29,1% da amostra. Acessos não funcionais são predominantes nas mulheres (22,7%), no grupo etário > 70 anos (83,2%) e em doentes com CVC.

Discussão dos resultados: O sexo masculino é predominante na amostra, tal como referem TAVARES (2009) e LOVERA (2010). A etiologia mais comum é a diabetes (20,5%), NKF (sd). A diabetes está presente em 29,1% dos doentes, valor semelhante ao nacional (RAOND, 2009). 45,5% dos CVC e 3,4% das FAV são disfuncionais, opinião consistente com CHAND (2008). CVC com uso de Citra-Lock™ como solução tampão apresentaram maior percentagem de disfunção (60%), apesar de fundamentação favorável (DIRINCO, sd).

Conclusões: Os CVC são os acessos com maior percentagem de disfunção, especialmente aqueles com Citra-lock™ como solução tampão e com localização na subclávia e femural. Homens e doentes com idade inferior a 70 anos apresentam acessos mais funcionais. Os enfermeiros devem fomentar a monitorização e preservação dos acessos, intervindo precocemente e promovendo o melhor tratamento possível.

¹ ESSV/IPV.

² CMEMC – 1ªed. ESSV/IPV.

Hemoterapia: Prevenção do Risco Clínico

Sílvia Margarida de Leão Borges¹

Palavras-chave: Uso óptimo de sangue; Melhoria da Qualidade; Gestão de Risco Clínico.

Introdução: Segundo a DGS, de 70 hospitais públicos, apenas 20 têm programas de gestão de risco clínico e segurança do doente. Recorda ainda que os efeitos adversos dos medicamentos, as quedas dos doentes e as infeções contraídas em hospitais são as três áreas onde se verifica mais erros no mundo.

Torna-se imperativo que cada hospital realize a identificação do enquadramento estratégico e organizacional para garantir a eficácia do processo de gestão de risco. A identificação dos potenciais riscos internos e externos associados à prestação do serviço, organização, utentes e colaboradores e ainda desenvolva um processo sistemático de análise e caracterização dos riscos.

O Decreto Lei 267/2007 estabelece o regime jurídico da “qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, respectivas exigências técnicas, requisitos de rastreabilidade e notificação de reacções e incidentes adversos graves e as normas e especificações relativas ao sistema de qualidade dos serviços de sangue, com vista a assegurar um elevado nível de protecção da saúde pública.”

Os profissionais de enfermagem desempenham a função mais importante no acto transfusional, não só do ponto técnico, mas também de monitorização e acompanhamento do doente.

O processo transfusional, consiste na administração de sangue ou seus derivados, de acordo com *guidelines* apropriadas, com o objectivo de conseguir um uso óptimo do sangue, isto é, uma utilização segura, clinicamente eficaz e eficiente do sangue humano doado.

Uma rede de eventos integrados que começam com a decisão de que o doente precisa de sangue e termina com a avaliação do resultado da transfusão.

A introdução de uma cultura de segurança nos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, é indispensável para uma prestação de cuidados de saúde seguros pois todos os sistemas de prestação de cuidados podem causar dano.

Objectivos:

¹ CHTV-EPE.

- Sensibilizar os profissionais de saúde para os riscos inerentes à hemoterapia
- Promover a melhor prática na transfusão de sangue
- Uniformizar o procedimento de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem

Métodos/material: Identificação do risco; Revisão bibliográfica.

Resultados: Elaboração de protocolo de hemoterapia e poster de sensibilização para a temática.

Bibliografia:

- **Optimal Blood Use Project.** Manual para o uso óptimo do sangue – Apoio para uso clínico seguro, eficaz e eficiente do sangue na europa. 2010.
- <http://www.optimalblooduse.eu/>
- <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009893.pdf>
- http://www.sas.com/offices/europe/portugal/eventos/2009/risco_saude/sinase.pdf

Protocolo de Insulina: Implementação em Cuidados Intensivos

Pedro Dinis; Regina Sousa & Sandrina Bandeira¹

Palavras-chave: Insulina, Glicemia, Estabilidade, Segurança

Introdução: No Serviço de Medicina Intensiva (SMI) dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em 2003 teve início a utilização de insulina em perfusão contínua através da implementação de um protocolo terapêutico. Periodicamente este protocolo é sujeito a monitorização e submetido às alterações consideradas adequadas.

Material: Instrumento de colheita de dados; Programa informático SPSS.

Metodologia: Estudo Prospectivo da estabilidade e segurança dos Protocolos em vigor, em dois momentos diferentes.

Primeira Monitorização: Colheita de dados realizada entre 1/12/2005 e 28/02/2006, cujo protocolo visava a estabilidade da glicemia entre 60-150 mg/dl, através de um instrumento de colheita elaborado para o efeito. Neste estudo foram incluídos 115 doentes.

Segunda Monitorização: Colheita de dados realizada entre 15/10/2008 e 30/03/2009, cujo protocolo visava a estabilidade da glicemia entre 60-120 mg/dl, através de um instrumento de colheita elaborado para o efeito. Neste estudo foram incluídos 112 doentes.

Resultados: No primeiro estudo da totalidade das pesquisas de glicemias efectuadas (15530), verificaram-se 0,19% de hipoglicemias (glicemias inferiores a 40 mg/dl). Em 89% do tempo de internamento verificou-se estabilidade de glicemias (glicemias entre 60 e 150 mg/dl). No segundo estudo da totalidade das pesquisas de glicemias efectuadas (19032), verificaram-se 0,10% de hipoglicemias (glicemias inferiores a 40 mg/dl). Em 84% do tempo de internamento verificou-se estabilidade de glicemias (glicemias entre 60 e 120 mg/dl).

Conclusões: Após os resultados obtidos concluímos que o Protocolo de Insulina é seguro, no que diz respeito a situações de hipoglicemia, e na grande maioria do tempo de internamento é, também, eficaz.

¹ Hospitais da Universidade de Coimbra EPE - Serviço de Medicina Intensiva.

Quando a Violência Doméstica Acontece: Implicações nas Vítimas

Luís Correia¹; Madalena Cunha² & Fernando Pina³

Palavras-chave: Violência doméstica; vítima.

Introdução: Violência doméstica é “qualquer conduta ou omissão que inflija, reiteradamente, sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja Cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes ou descendentes.” Comissão de Peritos Para o Acompanhamento de Execução do Plano Nacional contra a Violência Doméstica, (2007). Nos últimos anos o número de participações de casos de vitimização é drasticamente significativo (41,4% em 2009) e tem vindo preocupantemente a aumentar.

Objectivos: Caracterizar o contexto da ocorrência de violência doméstica. Enumerar as queixas mais frequentes apresentadas pelas vítimas de violência doméstica.

Métodos e Participantes: Estudo exploratório e descritivo realizado numa amostra de 121 vítimas de violência doméstica com idade média de 44,15 anos, maioritariamente do sexo feminino (89,3%), casadas (62,0%) e de nacionalidade portuguesa (97,5%).

Resultados: Os episódios de violência ocorrem principalmente no período da noite (19:00H às 0:59H) (39,70%), a lesão mais frequente é do tipo físico (98,4%) e a relação do agressor com a vítima é conjugal (67,80%). O agressor é preponderantemente, o cônjuge/companheiro (68,60%). No tipo de lesão física (98,4%) destacam-se as contusões (83,50%), na **psico-afectiva** a ansiedade (5,70%), na **social** o contexto familiar e laboral e na dimensão **sexual** evidencia-se a violação (1,68%).

Discussão: Os resultados do estudo são concordantes com a realidade nacional, porquanto se assemelham aos divulgados pela APAV, que registou em 2010, um aumento de crimes de Violência Doméstica, em 41,4% relativamente a 2009, confirmando a tendência estatística que já se mantinha dos anos anteriores: 86% das vítimas são mulheres maioritariamente entre os 26 e 45 anos (30,7%); predominantemente casadas (44%). O agressor é maioritariamente do sexo masculino (85%), casado e/ou em união de facto (61%) e possuindo entre 26 e 45 anos (26%).

¹ 1º CMEMC, ESSV – IPV.

² ESSV – IPV.

³ CHTV, EPE:

Conclusões: Os resultados permitem inferir existir necessidade de incentivar a participação da queixa; manter e reforçar as campanhas de informação e sensibilização; continuar a proteger as vítimas e promover a integração social; prevenir a reincidência, mas também sensibilizar e qualificar profissionais, manter a monitorização e incrementar investigação.

Bibliografia:

- <http://www.apav.pt/portal/>
- Diário da República, 1ª. Série-Nº 243-17 de Dezembro de 2010.

Satisfação dos Utentes com a Triagem de Manchester

Madalena Cunha¹; Alexandra Guedes²; Fernando Pina²; Ana Lírio³; Carla Morais³; Etelvina Silva³; Teresa Macário³; Luís Presas²; Paulo Silva²; José Fontes²; Zita Machado² & Anabela Antunes²

Palavras-chave: Satisfação; Utentes; Triagem de Manchester.

Introdução: O Sistema de Triagem de Manchester assume-se como uma ferramenta de trabalho no sentido de melhorar a qualidade de atendimento de quem recorre ao serviço de urgência. O afluxo crescente de situações não urgentes torna imprescindível uma metodologia de trabalho coerente, que respeite a boa prática, seja fiável, uniforme e objectiva, principalmente que estabeleça uma prioridade conforme a necessidade clínica. A satisfação dos utentes é também alvo de atenção dos profissionais de saúde que procuram a excelência do exercício profissional e têm como meta promover a qualidade dos cuidados.

Objectivos: Avaliar a satisfação dos utentes com o Sistema de Triagem de Manchester.

Material e Métodos: Estudo exploratório e descritivo realizado numa amostra de 500 utentes (48.2% mulheres e 51.8% homens), com uma idade média de 52,95 anos, maioritariamente casados (70%), residentes em meio rural (62.8%), habilitados com o primeiro ciclo (36.8%). O formulário de suporte à colheita de dados foi aplicado via telefone, sendo os participantes inquiridos 72 horas após o episódio de urgência.

Resultados: A maioria dos utentes foi triado com prioridade amarela (48.8%), seguindo-se/lhe verde (27.6%), laranja (12%), azul (1%), e vermelha (0.4 %). A maioria dos utentes revelou estar satisfeito (80%) com o Sistema de Triagem, constatando-se que 5.2% ficaram totalmente satisfeitos, 44.2% muito satisfeitos e 30.6% satisfeitos. Os utentes mais satisfeitos foram os triados com prioridade clínica mais alta (KW=18,648; p=0.009); esperaram menos tempo após triagem (r= -0.248;p=0.000), e que estavam mais informados (KW=68.9;p=0.000).

Conclusões: Os resultados sugerem que mais informação, prioridade clínica mais elevada e atendimento clínico mais rápido conduzem a um maior nível de satisfação.

¹ ESSV – IPV.

² CHTV, EPE.

³ 1º CMEMC, ESSV – IPV.

Uniformização de Práticas na Nutrição Enteral – Um compromisso para a excelência do Cuidar!

Anabela Ferraz Marques dos Santos; Célia Catarina Gaspar Franja; Renata Alexandra Cruz Constantino & Sandra Cristina Simões Mateus¹

Palavras-chave: Nutrição Enteral, Uniformização de práticas, pessoa em situação crítica.

Introdução: A pessoa em situação crítica apresenta graves alterações do seu metabolismo requerendo a aquisição de nutrientes adequados à manutenção da homeostase metabólica. No entanto, as suas reservas energéticas endógenas estão limitadas. O hipercatabolismo associado a um inadequado aporte nutricional contribui para uma elevada prevalência da desnutrição. O papel da nutrição enteral no hipercatabolismo é suportar o processo metabólico, minimizando as perdas das proteínas musculares e ajudando a manter as diversas funções orgânicas. O suporte nutricional por via entérica é o mais recomendado, desde que a pessoa apresente tracto digestivo funcional e deve ser iniciado o mais precocemente possível devido às suas inúmeras vantagens. Apesar dos seus benefícios, a utilização da via entérica na pessoa em situação crítica é frequentemente limitada pelo número de complicações associadas: mecânicas e gastrointestinais (vómitos, distensão abdominal, estase gástrica, diarreia e obstipação). Na tentativa de colmatar estas complicações e uniformizar práticas, implementou-se no serviço um protocolo de administração e actuação face às mesmas.

Material e métodos: Revisão bibliográfica; estudo retrospectivo a 99 pessoas internadas no SMI, no ano de 2010, com uma selecção aleatória da amostra; elaborada uma grelha para colheita de dados; análise dos dados e tratamento estatístico, com suporte informático e exposição sob a forma de poster.

Resultados: Das 99 pessoas estudadas, 38% apresentaram pelo menos uma das complicações durante o internamento. Destacam-se obstipação com 78%, estase gástrica com 14%, vómitos com 5%, diarreia com 2% e, por fim, distensão abdominal com 1%.

Conclusão: O principal beneficiário da uniformização e aperfeiçoamento de práticas, através do uso de protocolos de nutrição enteral e suas complicações, é a pessoa em situação crítica. A melhoria da qualidade das práticas garante uma nutrição efectiva e segura, com redução dos tratamentos ineficazes e desnecessários e com consequente redução dos custos, contribuindo assim para a excelência do cuidar!

¹ Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

Vias Verdes na Saúde

Sílvia Margarida de Leão Borges¹

Palavras-chave: Doente crítico; Rede de referência; Atendimento pré-hospitalar

Introdução: As Vias Verdes pré-hospitalares fazem parte de uma estratégia organizada que visa a melhoria da acessibilidade dos doentes aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento, dentro da janela terapêutica mais adequada e eficaz.

A re-estruturação do atendimento pré-hospitalar com orientação dos doentes pelo CODU, seguindo o lema “o doente certo no hospital certo” e atendendo à “Golden hour”, a existência das Vias Verdes coronárias, AVC, sépsis e trauma, com protocolos de actuação direccionados, têm vindo a reduzir a mortalidade e a morbilidade.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países desenvolvidos. O EAM constitui a manifestação mais grave da doença e apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento, a mortalidade e morbilidade continuam muito elevadas. Devendo a utilização da via ser melhorada com o objectivo prioritário de realização de reperfusão nas primeiras duas horas. O AVC agudo é uma emergência médica, sendo o AVC isquémico responsável por cerca de 75% de todos os casos. Está provado que a referência precoce destes doentes possibilita o tratamento trombolítico precoce, reduzindo a mortalidade e a morbilidade com os seus elevados custos associados.

Uma Rede de Trauma pretende ser uma resposta planeada e coordenada ao doente vítima de trauma, para que receba um tratamento standardizado e adequado ao seu tipo de lesão, em devido tempo, independentemente do local onde a sofreu, deve receber o tratamento adequado à gravidade da sua lesão. Implementar uma Estratégia Nacional e Regional, para a abordagem do doente vítima de lesões graves, de forma adequada e uniformizada, que proporcione à comunidade serviços de saúde com fácil acessibilidade, equitativos e de elevada qualidade técnica, científica e ética. Previna a lesão, a doença e a incapacidade. Crie planos integrados de reabilitação, de forma a diminuir ou minimizar as incapacidades dos doentes com trauma, restituindo-os, o mais precocemente possível, à comunidade. Minimize a dor e o sofrimento psicológico. Reduza a mortalidade e a morbilidade dos doentes com trauma, ministrando cuidados coordenados e contínuos de emergência médica e cuidados agudos em trauma.

Dados portugueses indicam que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos

¹ CHTV, EPE.

são devidos a Sepsis adquirida na comunidade. Estes casos originam uma mortalidade hospitalar global de 38%, ou seja quase três vezes superior à mortalidade dos casos de AVC internados no ano de 2007. A mortalidade das formas mais graves de Sepsis, nomeadamente do choque séptico, atinge 51% Talvez menos conhecida a via verde para a Sepsis, preconiza um conjunto de atitudes que, se realizados numa fase precoce da doença, reduzem a morbi-mortalidade. Estas atitudes incluem a identificação e estratificação rápidas de doentes, a utilização de antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objectivos. Sabemos hoje, por exemplo, que por cada hora de demora na administração de antibioterapia apropriada, há uma redução de 7.6% na sobrevivência. A implementação de um protocolo terapêutico de Sepsis permite não só diminuir a mortalidade, mas, também, um redução substancial dos custos para as instituições. Uma implementação alargada destes protocolos terapêuticos representa um meio potencial para a melhoria da utilização dos recursos existentes, com contenção simultânea dos custos

Objectivos:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância das vias verdes
- Promover a melhor prática na abordagem do doente crítico
- Uniformizar o procedimento da abordagem do doente crítico de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem

Métodos/material: Revisão bibliográfica.

Bibliografia:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA- Estatísticas 2009. Disponível em http://www.spc.pt/DL/AreaCientifica/outros/EN_WHS09_Full.pdf
<http://www.acs.min-saude.pt/cndcv/>
http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>