



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Fenómenos de *sobretriage* e *subtriagem* nos Serviço de Urgência com
aplicação do Sistema de Triagem de Manchester – *Revisão Scoping*

Rafaela Filipa Amorim Nascimento, N^o 4798, 7.º CMEMC

Março de 2022

Fenómenos de *sobretriagem* e *subtriagem* nos Serviço de Urgência com aplicação do Sistema de Triagem de Manchester — Revisão *Scoping*

Rafaela Filipa Amorim Nascimento, n.º 4798

**Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto
de Cuidados Intensivos**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Doutor Olivério Ribeiro

Março de 2022

RESUMO

Introdução: Este Relatório Final foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Instituto Politécnico de Viseu (IPV).

Objetivos: Fazer uma reflexão crítica aos estágios desenvolvidos, e mapear a ocorrência de *subtriagem* e *sobretriagem* nos serviços de urgência de adultos com aplicação do Sistema de Triagem de Manchester através da elaboração de uma revisão scoping.

Métodos: Para o desenvolvimento deste relatório foi utilizada a metodologia descritiva e a revisão *scoping* foi realizada tendo por base o método proposto pela *Joanna Briggs Institute* e escrita de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA – ScR).

Resultados: Foram várias as áreas de interesse que surgiram ao longo destes estágios, nomeadamente a área da gestão, controlo de infeção e prevenção de quedas. Para a revisão scoping foram incluídos 6 artigos, sendo que todos descrevem a ocorrência de *sobretriagem* ou *subtriagem*.

Conclusões: Com a realização destes estágios foi possível o desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades nas áreas da gestão, gestão de cuidados, investigação, gestão da qualidade e controlo de infeção. Com a revisão Scoping foi possível comprovar a existência de *subtriagem* e *sobretriagem* e que estes fenómenos comprometem a segurança do doente que recorre ao serviço de urgência e foi submetido a triagem pelo STM.

Palavras – chave: Serviço de Urgência; Unidade de Cuidados Intensivos; Gestão; *Sobretriagem*; *Subtriagem*; Sistema de triagem de Manchester.

ABSTRACT

Introduction: This Final Report was made as part of the curricular unit called Internship with Final Report in the context of Emergency and Intensive Care, integrated in the 7th Master's Course of Medical-Surgical Nursing (CMEMC), of the Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), of the Instituto Politécnico de Viseu (IPV).

Aim: To reflect on the projects developed, and to map the existence of *under-triage* and *over-triage* in adult emergency services with the application of the Manchester Triage System.

Methods: For the development of this report, a descriptive methodology was used and the *scoping* review was performed based on the method suggested by *Joanna Briggs Institute* and written according to the *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA – ScR).

Results: Several areas of interest have emerged throughout these internships, namely management, infection control, fall prevention, and Manchester Triage System. Six articles for review were included, all of which describe the occurrence of *over-triage*/or *under-triage*.

Conclusions: With these internships it was possible to develop knowledge, skills and abilities in the areas of management, care management, investigation, management and infection control. It was possible to prove the *existence* of *under-triage* and *over-triage* that these phenomena affect the safety of the patient resorting to the emergency service and undergoing MTS.

Keywords: Emergency Service; Intensive Care Unit; Management; *Over - triage*; *Under - triage*; Manchester Triage System.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	8
INTRODUÇÃO	10
PARTE I.....	12
1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS	14
1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	16
1.2. Domínio da Gestão da Qualidade	18
1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	20
1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	24
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE MÉDICO CIRÚRGICA	26
3. CONCLUSÃO	32
PARTE II – FENÓMENOS DE <i>SOBRETTRIAGEM</i> E <i>SUBTRIAGEM</i> NOS SERVIÇO DE URGÊNCIA COM APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER — - REVISÃO <i>SCOPING</i>.....	34
LISTA DE TABELAS	42
LISTA DE FIGURAS	44
LISTA DE SIGLAS	46
INTRODUÇÃO	48
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	50
2. MÉTODOS	52
3. RESULTADOS.....	54
4. DISCUSSÃO	58
5. CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
APÊNDICES.....	66
Apêndice 1 – Precauções de controlo de infeção no contexto da prestação de cuidados no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego - Isolamento de contacto	68
Apêndice 2 – Protocolo de risco de quedas na Unidade de Cuidados Intensivos do CHTV	99
ANEXOS	XXXII
Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados - Grelha de observação – Triagem de Manchester SU Lamego.....	XXXIV

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde
ARDS- Acute respiratory distress syndrome
BIS - Brain Function Monitoring Systems
CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás – os – Montes e Alto Douro
CHTV – Centro hospital Tondela - Viseu
CMEMC- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CVC - Cateter Venoso Central
DGS – Direção Geral de Saúde
ECD - Escala Comportamental da Dor
EPE- Entidade Pública Empresarial
ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu
GPT – Grupo Português de Triagem
IACS - Infecções associadas aos cuidados de Saúde
ILC - Infecção do Local Cirúrgico
IPV- Instituto Politécnico de Viseu
IUCV - Infecção Urinária associada a Cateter Vesical
MS – Ministério da Saúde
NE- Nutrição Entérica
NP- Nutrição Parentérica
OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAV - Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)
PIC - Pressão Intra - Craniana
RASS - Richmond Agitation- Sedation Scale
SIV- Suporte Imediato de Vida
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básica
TISS - Therapeutic Intervention Scoring System
TOF Watch® - Train of Four
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VM – Ventilação Mecânica

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

INTRODUÇÃO

Este Relatório Final foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Instituto Politécnico de Viseu (IPV).

O desenvolvimento dos estágios em contexto de Serviço de Urgência e em Cuidados Intensivos, permitiu a aquisição de competências nos vários domínios enquanto enfermeiro especialista, particularmente, em enfermagem Médico – Cirúrgica.

Foram várias as áreas de interesse que surgiram ao longo destes estágios, sendo que a área da gestão, controlo de infeção e prevenção de quedas se destacam, pelo que foi realizada uma pesquisa mais aprofundada sobre estes temas.

Os objetivos gerais deste relatório são, fazer uma reflexão crítica aos estágios desenvolvidos, bem como, servir como item de avaliação da unidade curricular.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Perceber se as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica foram adquiridas com sucesso;
- Realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências nos vários domínios;
- Contribuir para o desenvolvimento científico em enfermagem através da realização de uma revisão *scoping*.

Assim, este relatório será dividido em duas partes, na primeira são descritas as atividades que permitiram a aquisição de competências em contexto de urgência e de cuidados intensivos; e a segunda será a uma revisão *scoping* sobre os fenómenos de *sobretriagem* e *subtriagem*.

PARTE I

1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS

A primeira parte deste Estágio com Relatório Final decorreu no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego, do Centro Hospitalar de Trás – os – Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD), no período de 01 de março de 2021 a 14 de maio de 2021, e a segunda parte decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), do Centro Hospitalar Tondela – Viseu (CHTV) no período 17 de maio de 2021 a 16 de julho de 2021.

A definição dos objetivos dos estágios teve em conta o Guia Orientador de Estágios da ESSV, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para cada um deles foram planeadas atividades que permitissem a sua concretização.

Tendo em conta o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este deve apresentar competências em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento 140/2019).

Quando falamos no Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, para além das competências acima descritas, tem ainda as específicas da sua área de atuação que são:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica; (Portugal, Regulamento 429/2018, p. 19359).

Ao longo do desenvolvimento dos estágios, a área do controlo de infeção mostrou-se ser fundamental e de extrema importância, sendo esta uma das áreas de competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados e segurança do doente, sendo que, por esse motivo foi realizado um trabalho escrito do qual resultou um procedimento para o Serviço de Urgência do Hospital de Lamego (apêndice 1) (Regulamento 429/2018).

Também a área da gestão emergiu como importante e interessante sendo também uma competência fundamental do enfermeiro especialista em que este “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (Regulamento 140/2019 p. 4745).

Da mesma forma, as medidas de prevenção de quedas foram um tema de interesse dado que as quedas são um problema de saúde pública a nível mundial, com elevado impacto na morbilidade e mortalidade, sendo mesmo o evento adverso mais frequente a nível hospitalar, tendo sido realizado um procedimento de prevenção da queda para a UCIP do CHTV (apêndice 2) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019).

1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante o desenvolvimento dos estágios houve possibilidade de rever alguns dos documentos que regem a profissão de enfermagem, permitindo lembrar que a prática de enfermagem deve pautar-se pelo respeito dos direitos humanos e responsabilidade profissional, e pela obrigação de garantir a humanização dos cuidados gerindo procedimentos e recursos.

Foi possível perceber as implicações éticas e legais da profissão, em situações concretas, nomeadamente pela gestão de reclamações que, embora não estivessem diretamente relacionadas com a prestação de cuidados, envolviam o enfermeiro como elemento capaz de assegurar a proteção do doente em todas as suas dimensões.

A comunicação é fundamental para o enfermeiro, quer seja no âmbito dos cuidados onde é uma ferramenta para o desenvolvimento de empatia e da relação terapêutica, quer no âmbito da gestão em que se constitui como um instrumento de liderança.

O desenvolvimento do estágio no âmbito de cuidados intensivos permitiu desenvolver competências no que diz respeito à promoção de uma prática de cuidados que garantam a segurança, a privacidade e a dignidade do doente, pois é neste serviço que estes se encontram em estado de maior vulnerabilidade e cabe ao enfermeiro promover os direitos dos doentes (Ferrito, 2014).

1.2. Domínio da Gestão da Qualidade

Como já referido, foram duas as áreas relacionadas com a gestão da qualidade que emergiram ao longo dos estágios, o controlo de infeção e a prevenção de quedas, estando estas diretamente relacionadas com a segurança do doente e a gestão da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta que a área do controlo de infeção faz parte das competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e depois de feito o levantamento de necessidades do serviço, foi realizado um trabalho escrito que deu origem a um procedimento relativo às precauções de isolamento de contacto no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego do CHTMAD (apêndice 1).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma preocupação global no que diz respeito à qualidade dos cuidados e segurança do doente, constituindo-se como um dos eventos adversos mais frequente e com maior impacto na gestão dos serviços de saúde. (Despacho nº 3844 – A/2016; Silva, 2017; Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2018).

A segurança dos cuidados está profundamente ligada ao conceito de qualidade em saúde, que é entendida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015, p. 13551).

Sendo a qualidade um conceito fundamental em saúde, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde que “pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde”, sendo que desta estratégia podemos destacar a “integração dos programas de controlo de infeção e de resistência aos antibióticos num único programa nacional prioritário “(Despacho nº 5613/2015 p. 13551).

A prevenção de quedas é também de suma importância nos cuidados de saúde, pois é evento adverso mais frequente a nível hospitalar sendo mesmo consideradas um problema de saúde pública a nível mundial, com elevado impacto na morbidade e mortalidade. Por este motivo, foi realizado um procedimento para a UCIP do CHTV (apêndice 2), tendo por base as normas da DGS e o procedimento geral do CHTV (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2019).

Com a realização destes dois procedimentos foi possível aprofundar conhecimento e desenvolver competências nas áreas descritas, bem como, fazer uma revisão das normas e procedimentos dos serviços e conhecer as suas dinâmicas internas de forma a que fosse possível a adaptação do procedimento especificamente ao serviço.

Estes trabalhos contribuíram para a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente, e conseqüentemente, para a gestão do risco.

1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O estágio em contexto de urgência, não sendo direcionado para a prestação direta de cuidados, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da gestão. Foram diversas as experiências que permitiram perceber a importância da gestão de recursos materiais e humanos, bem como, a importância da gestão de cuidados tendo esta uma influência direta sobre a prestação de cuidados de enfermagem.

A participação ativa nas atividades e dinâmicas da Enfermeira Gestora, permitiu um conhecimento dos modelos de gestão e perceber as dificuldades no que diz respeito à gestão de um serviço de urgência dadas as características que lhe são intrínsecas.

Sabemos que os Serviços de Urgência são peças fundamentais no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Estes são serviços extremamente exigentes no que à sua gestão diz respeito, na medida em que são “grandes consumidores de recursos humanos e financeiros”, podendo mesmo condicionar o funcionamento de outros serviços (Velo, 2011 p.5).

Importa realçar que a Enfermeira Gestora desempenhava também a função de adjunta da direção de enfermagem, tendo este facto sido uma mais valia para o estágio, pois permitiu perceber as dinâmicas desta função e a importância que desempenha na gestão global dos vários serviços do hospital.

Foi possível participar na gestão de recursos materiais através da gestão de stocks, englobando os pedidos de material que exigia interação constante com o serviço de aprovisionamento e farmácia. Esta gestão exige um conhecimento profundo das dinâmicas do serviço e do fluxo habitual de doentes, estando sempre salvaguardado um stock mínimo que permita responder em caso de fluxo elevado.

Esta gestão de recursos tendo em conta o fluxo de doente no SU mostrou-se particularmente importante na área COVID onde o fluxo é ainda mais imprevisível.

Percebeu-se também que a gestão de material não é estática, ou seja, não é regulada apenas pelo fluxo de doentes, mas também pela diversidade de situações e patologias sendo, com frequência, necessária a aquisição e reforço de material específico.

No que diz respeito à gestão de recursos humanos e, consequentemente dos cuidados, foi possível o desenvolvimento de competências e conhecimentos através da participação na elaboração de horários, planeamento e distribuição da equipa pelos postos de trabalho, planeamento do mapa de férias, entre outras.

É uma área da gestão extremamente complexa em que a capacidade de liderança e a capacidade de gestão de conflitos são fundamentais.

Através da colaboração na elaboração de horários foi possível perceber os diversos fatores que é necessário ter em conta para que a qualidade e segurança dos cuidados seja mantida. Especificamente no SUB de Lamego é necessário ter em conta que:

- na área covid são necessários dois elementos de enfermagem por turno, sendo que pelo menos um deles terá de ter curso de Triagem de Manchester;
- há dias em que a ambulância SIV(Suporte Imediato de Vida) é assegurada por elementos do SUB;
- havendo elementos na equipa ainda sem curso de Triagem de Manchester, é fundamental a gestão do número de elementos por turnos com Triagem de Manchester.

Para além destes fatores, é necessário gerir o horário tendo em conta os elementos em horário fixo e horário de amamentação. O planeamento diário tem, também, em conta os fatores acima descritos.

Importa referir que a gestão de recursos está diretamente relacionada com a gestão de cuidados. É fundamental o conhecimento profundo dos recursos humanos do serviço para assim gerir a equipa pelos postos de trabalho de forma a garantir a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Houve ainda, a possibilidade de participar na elaboração de um documento para o Centro de Gestão com o levantamento do número de enfermeiros necessários para o SUB para o ano de 2021 tendo por base o número de postos de trabalho, tendo em conta que, como diz o Regulamento n.º 743/2019 (2019, p. 144) “Atenta a utilização dos postos de trabalho como base de cálculo, é necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência”. Importa aqui realçar que o SUB do Hospital de Lamego tem características ímpares por ser classificado como SUB qualificado por ter as especialidades de medicina interna e cirurgia.

Da gestão faz parte também a gestão de reclamações a que o serviço está sujeito. Tive oportunidade de perceber quais os tramites a seguir a quando destas situações, sendo fundamental um conhecimento profundo da organização funcional do serviço e de todos os procedimentos.

O conhecimento das normas e procedimentos é também fundamental na gestão de cuidados garantindo assim a qualidade dos cuidados, sendo importante que o enfermeiro gestor estimule a equipa para a sua aplicação.

Foi ainda realizada uma observação no sentido de entender a importância da Triagem de Manchester para a gestão do serviço de urgência.

O Sistema de Triagem de Manchester é realizado por um enfermeiro, que atribui uma prioridade de clínica ao doente tendo em conta a sua queixa (Grupo Português de Triagem [GPT],2021; Portugal, MS, ACSS, 2015).

São 5 as prioridades clínicas nas quais o doente pode ser integrado. Estas são identificadas por cores e para cada uma estão previstos os tempos alvo para o atendimento, como nos diz o Grupo Português de Triagem (2021).

O processo de triagem não é estático, sendo necessárias avaliações periódicas do doente enquanto este aguarda observação médica, com o intuito de garantir a identificação de qualquer alteração ao seu estado clínico podendo a prioridade clínica ser modificada em função desta alteração. Este processo é chamado de retriagem (GPT, 2010).

Tendo em conta a recente orientação normativa do CHTMAD relativa à implementação dos procedimentos na retriagem de todos os acessos cujo tempo de observação se tenha esgotado ou que se venham a revelar necessários, e como proposta de melhoria da qualidade no SUB de Lamego, foi realizado em conjunto com a Enfermeira Gestora uma monitorização dos tempos de espera, por prioridade clínica atribuída, e a existência ou não de um momento de retriagem e qual o motivo. Esta monitorização serve como ferramenta para a monitorização de fluxos e gestão de recursos humanos.

Neste sentido, foi elaborado um instrumento de recolha de dados (anexo 1).

Também o estágio em contexto de cuidados intensivos permitiu perceber a importância do enfermeiro especialista enquanto gestor de cuidados, sendo que enquanto responsável de turno, gere os enfermeiros em função do rácio de doente, bem como gere as necessidades do serviço seja em termos de materiais ou de medicação por exemplo.

O enfermeiro, na sua prática diária, contribui ativamente para a gestão de cuidados através do preenchimento do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) que permite avaliar a carga de trabalho de enfermagem tendo por base a gravidade da doença, e reflete o

trabalho que um enfermeiro desenvolve em atividades de enfermagem por turno/dia, nas 24 horas prévias ao seu preenchimento (Bernardino, 2020).

1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Durante os estágios foram realizados dois trabalhos escritos que deram origem a dois procedimentos. Um relativo às precauções em isolamento de contacto no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego do CHTMAD (apêndice 1) e outro sobre prevenção de quedas na UCIP do CHTV (apêndice 2).

Estes trabalhos permitiram um estudo mais detalhado sobre os temas e uma análise de situações clínicas, permitindo assim a integração do conhecimento teórico na prática clínica diária, conhecer as normas e procedimentos das instituições de forma mais aprofundada e ainda elaborar material de apoio à prática clínica para a equipa multidisciplinar.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE MÉDICO CIRÚRGICA

Os estágios realizados em contexto de cuidados intensivos, na UCIP do CHTV e em contexto de urgência no SUB do Hospital de Lamego do CHTMAD permitiram a aquisição de competências específicas na área médico-cirúrgica em vertentes diferentes, mas complementares.

No estágio em contexto de cuidados intensivos as experiências foram muito diversificadas permitindo a aquisição de competências no âmbito de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como de doença crónica e/ou paliativa.

A prestação de cuidados ao doente em cuidados intensivos constitui-se como uma área fundamental da enfermagem sendo vista como muito complexa que exige uma monitorização constante do doente, revisão dos planos de cuidados e priorização das intervenções tendo em conta o estado do doente. Este deve ainda trabalhar de forma colaborativa com a equipa multidisciplinar de forma a potenciar ganhos em saúde (Teixeira & Vieira, 2020).

Este estágio permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na área da ventilação mecânica invasiva (VMI) e todos os cuidados inerentes, interpretação de gráficos e parâmetros do ventilador, modos ventilatórios entre outros.

Foi possível participar na gestão do desmame ventilatório em que há a passagem de uma ventilação em modo controlado, seja por volume ou pressão, para uma ventilação de suporte e em seguida para a oxigenação em “peça em T”. Esta é uma intervenção crucial para a extubação do doente (Miguel & Mendes, 2020).

Durante o processo de desmame ventilatório, o doente é submetido à prova de ventilação espontânea em que este é colocado em peça em T ou com uma pressão assistida de baixo valor durante cerca de 30 a 120 minutos. Neste período é fundamental a vigilância do doente para descartar critérios de insucesso que estão relacionados com o aumento da frequência respiratória, baixa da saturação de oxigénio, aumento ou diminuição da frequência cardíaca, aumento da tensão arterial e momentos de agitação, ansiedade ou sudorese. O desmame ventilatório é considerado bem-sucedido quando o doente permanece 48 horas sem necessidade de ser ventilado (Miguel & Mendes, 2020).

Houve oportunidade de atuar em situações urgentes no âmbito da ventilação, nomeadamente aquando da exteriorização accidental do tubo endotraqueal pelo doente. Esta foi

uma situação que exigiu uma rápida intervenção da equipa multidisciplinar, no sentido de otimização da ventilação e oxigenação, bem como, a avaliação da necessidade de nova entubação que no caso concreto não foi necessária.

A monitorização hemodinâmica invasiva é fundamental no doente crítico. Na prática foi possível perceber quais os parâmetros fundamentais a monitorizar tendo em conta a patologia do doente e quais os ajustes de medicação necessários para a manutenção dos valores prescritos. Desta forma, conseguiu-se o desenvolvimento de competências no manuseamento da linha arterial, cuidados e interpretação da curva e valores.

A prestação de cuidados a doentes neurocríticos, possibilitou o contacto com a neuromonitorização invasiva e não invasiva, nomeadamente, com cateter de drenagem ventricular com sensor de Pressão Intra - Craniana (PIC).

A monitorização da PIC é fundamental, pois permite “detetar e até prever episódios de instabilidade do doente e programar as intervenções de enfermagem de forma adequada” (Feijó, 2020, p. 216).

A monitorização de doentes sedados e analgesiados passa pela utilização do BIS (Brain Function Monitoring Systems) que permite a monitorização da profundidade da sedação, e dos doentes que se encontram curarizados, pela utilização do TOF Watch® (Train of Four) para monitorização do bloqueio neuromuscular (Molina et al., 2021).

Nestes doentes a monitorização da escala de RASS (Richmond Agitation- Sedation Scale) é fundamental. Esta avalia a “qualidade e profundidade da sedação em doentes de UCI de adultos” sendo que a sua aplicação, juntamente com os protocolos de sedação e a utilização de fármacos sedativos que não fazem parte do grupo das benzodiazepinas, “está associada a uma melhoria do prognóstico”, que se traduz na redução do tempo de ventilação mecânica, tempo de hospitalização e redução de sequelas cognitivas a longo prazo (Monte, 2020 p. 109).

A avaliação e gestão da dor é muito importante no doente crítico, sendo que a abordagem deve integrar medidas farmacológicas e não farmacológicas (Monte, 2020; Costa, 2020).

Como nos diz Monte (2020, p. 113) “o doente crítico deve estar acordado, alerta e sem dor, ansiedade ou delírio”, pelo que a gestão e avaliação da dor deve ser parte integrante do plano de cuidados. São várias as escalas de avaliação de dor que podem ser aplicadas dependendo do nível de consciência do doente no momento da avaliação. No caso de o doente não ser capaz de autoavaliar a sua dor, usa-se a Escala Comportamental da Dor (ECD) na qual são avaliados diversos parâmetros físicos que permitem perceber se há dor ou não,

nomeadamente a expressão facial, tónus muscular dos membros superiores e adaptação ao ventilador (Monte, 2020; Costa, 2020).

Também a avaliação nutricional do doente crítico e a introdução da nutrição precocemente são fundamentais à recuperação e redução do risco de infeção.

A alimentação entérica é administrada continuamente por sonda gástrica, sendo mais fisiológica do que a parentérica. No entanto esta última é utilizada quando a entérica está contraindicada como no caso de disfunção do trato gastrointestinal (Rocha & Passos, 2020).

A monitorização da tolerância à nutrição entérica (NE) é feita através da avaliação periódica da estase residual gástrica. Na UCIP do CHTV há um protocolo de nutrição entérica que nos diz, genericamente, que a avaliação da estase gástrica deve ser feita a cada quatro horas, e dependendo do valor de resíduo gástrico este pode ser desperdiçado, ou não, podendo a perfusão ser mantida sob administração de eritromicina 250mg endovenosa (6/6h) ou de metoclopramida 10mg. Sendo que, no caso de nenhum medicamento resultar pode mesmo haver necessidade de colocação de sonda nasojejunal com administração mista de nutrição entérica e parentérica em simultâneo (Centro Hospitalar Tondela – Viseu [CHTV], 2012; Rocha & Passos, 2020).

Nos cuidados com a NE importa termos atenção que há medicação cuja farmacodinâmica e farmacocinética podem ser alteradas quando misturados com a NE, podendo também causar obstrução da sonda. Assim, a medicação deve ser administrada isoladamente, com lavagem da sonda com 15 a 30 ml de água e antes e depois da administração de medicação. Há, ainda, fármacos que exigem que se pare a alimentação cerca de uma ou duas horas antes e depois da sua administração (Rocha & Passos, 2020).

A nutrição parentérica (NP), administrada por via endovenosa central ou periférica exige cuidados especiais na sua preparação e manipulação, sendo esta técnica também possível de executar durante o estágio. Estas bolsas devem ser preparadas com técnica asséptica cirúrgica, sendo que a sua preparação respeita uma ordem pré-determinada. Estas podem também ser aditivadas, com potássio e oligoelementos entre outros, sendo que esta adição também respeita uma ordem específica (Rocha & Passos, 2020).

Neste estágio, foram vários os diagnósticos encontrados, nomeadamente doentes com patologia do foro abdominal em pós-operatório, neurológico como já referido, choque séptico e politraumatizados. Os doentes politraumatizados exigiam um planeamento rigoroso dos cuidados de enfermagem e uma abordagem multidisciplinar, pois para além da existência de

múltiplas fraturas tinham ainda alterações neurológicas significativas, bem como vários dispositivos de monitorização, drenagens entre outros.

O doente dador, com diagnóstico de morte cerebral, é também uma realidade em contexto de cuidados intensivos, sendo necessários cuidados especiais a estes doentes. Durante o estágio houve contacto com esta realidade, sendo possível perceber todos os passos do processo desde as provas que comprovam o diagnóstico, à passagem para o bloco operatório para a colheita de órgãos e encaminhamento do doente para a morgue.

De acordo com Freixo, Pereira e Costa (2020, p. 302), “a prática em cuidados intensivos é norteadada pelo prolongar da vida dos doentes”, no entanto, quando não é possível tratar as causas do internamento em UCI é necessário optar por uma abordagem de cuidados paliativos. Nesta fase o conforto e a preservação da dignidade do doente são fundamentais, bem como, o envolvimento da família sendo crucial a comunicação com estes e permitir a expressão de sentimentos e sensações. Esta experiência durante o estágio permitiu o desenvolvimento da capacidade de comunicação, gestão da dor e tratamento de sintomas, gestão da carga emocional e o reconhecimento da importância da relação terapêutica entre outros.

O controlo de infeção foi um tema fundamental quer no estágio em contexto de serviço de urgência, quer em contexto de cuidados intensivos.

No serviço de urgência, numa perspetiva de gestão dos cuidados, foi elaborado um procedimento para os cuidados ao doente com isolamento de contacto (apêndice 1). Este procedimento mostrou-se como um desafio muito interessante tendo em conta as características e dinâmica funcional do serviço de urgência, sendo patente a importância do estabelecimento precoce dos isolamentos para proteção do doente, profissionais e restantes utentes do serviço de urgência. Permitiu ainda um conhecimento mais aprofundado dos conceitos de higiene hospitalar, bem como das precauções básicas de isolamento e direcionadas para a via de transmissão.

Também em contexto de cuidados intensivos houve oportunidade de prestar cuidados a doentes em isolamento de contacto por *clostridium difficile*, onde para além das precauções básicas era necessário tomar medidas no que diz respeito à via de transmissão por contacto e ter em conta que neste caso, o uso de soluções de base alcoólica não são eficazes (Pereira, 2020).

Como percebemos, o doente em cuidados intensivos apresenta um risco elevado de contrair infeções, sendo que as Infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS) mais

frequentes são a pneumonia associada à ventilação (PAV), bacteriemia associada a cateter venoso central (CVC), infecção urinária associada a cateter vesical (IUCV) e a Infecção do Local Cirúrgico (ILC) (Pereira, 2020).

Na prevenção da PAV, por exemplo, são vários os cuidados de enfermagem nomeadamente, a elevação da cabeceira, vigilância da tolerância à alimentação e verificação da posição da sonda gástrica, manutenção da pressão do cuff do tubo endotraqueal entre 20 a 30 cmH₂O prevenindo assim a aspiração; prevenir a colonização do trato aerodigestivo executando higiene oral com clorhexidina a 0,2% a cada quatro horas; e prevenir a contaminação do equipamento usando técnica asséptica na aspiração de secreções e promovendo a manutenção do circuito respiratório trocando filtros e removendo a condensação dos tubos. É ainda fundamental a gestão diária da necessidade de sedação e ventilação mecânica, bem como, detetar precocemente sinais de infeção, sendo que todos estes cuidados fazem parte da rotina diária do serviço de cuidados intensivos (Pereira, 2020).

A prestação de cuidados a doente infetados com SARS – CoV – 2 permitiu o desenvolvimento de competências não só na área de controlo de infeção como no posicionamento dos doentes em decúbito ventral, sendo esta uma intervenção fundamental em doentes com ARDS, permitindo uma “a ventilação mais homogénea, diminuindo a distensão alveolar ventral e o colapso alveolar dorsal” pela “redução da compressão pulmonar, levando a um aumento da perfusão” (Mota, Sousa, Bico & Marques, 2020 p. 17).

Nas UCI o risco de úlceras de pressão é muito elevado associado a fatores de risco como a imobilidade, deficit de nutrição, incontinência, mas também pelo uso de dispositivos médicos e alguns medicamentos como vasopressores e inotrópicos. Desta forma a avaliação do risco de úlcera de pressão através da escala de Braden é elementar para a programação dos cuidados, sendo que a adequação do material e dispositivos médicos, o posicionamento periódico e os cuidados e proteção da pele são intervenções primordiais. O tratamento das feridas quando elas existem exige uma avaliação criteriosa das suas características por forma a utilizar-se o material de penso mais adequado (Correia, Cruz & Silva, 2020).

Durante o estágio foi possível perceber as medidas de prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente a proteção da pele e os posicionamentos, e realizar tratamento a algumas feridas utilizando o material de penso de acordo com o grau da úlcera.

3. CONCLUSÃO

Como podemos constatar, é exigido ao enfermeiro especialista que desenvolva competências em diversos domínios.

Os Serviços de Urgência são um desafio para o enfermeiro, nomeadamente enquanto gestor na medida em que estes se constituem como “grandes consumidores de recursos humanos e financeiros” (Velo, 2011 p.5).

As UCIP são um desafio para o enfermeiro pois constituem-se como locais de trabalho complexos e exigentes (Almeida, 2020; Teixeira & Vieira, 2020).

Com a realização destes estágios em contexto de gestão e prestação de cuidados foi possível o desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades nas áreas da gestão, gestão de cuidados, investigação, gestão da qualidade e controlo de infeção, sendo, por isso, uma mais valia enquanto enfermeiro especialista.

Desta forma podemos concluir que os objetivos definidos foram alcançados com sucesso, tendo as expectativas para cada estágio sido superadas. Ao longo do desenvolvimento dos estágios houve algumas áreas de maior interesse e que foram alvo de pesquisa mais aprofundada. Uma dessas áreas foi o Sistema de Triagem de Manchester, e nesse sentido foi elaborada a revisão Scoping que se segue.

**PARTE II – FENÓMENOS DE *SOBRETTRIAGEM* E *SUBTRIAGEM* NOS SERVIÇO DE
URGÊNCIA COM APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER —
- REVISÃO *SCOPING***

RESUMO

Introdução: Os sistemas de triagem surgiram pela necessidade de garantir a segurança do doente e a gestão adequada do risco clínico nos serviços de urgência. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é realizado por um enfermeiro que, através da queixa principal e pelos fluxogramas e discriminadores deste sistema, atribui uma prioridade de clínica, podendo ocorrer fenómenos de *sobretriagem* e *subtriagem*.

Objetivo: Mapear a ocorrência de *subtriagem* e *sobretriagem* nos serviços de urgência de adultos com aplicação do Sistema de Triagem de Manchester.

Métodos: Esta revisão *scoping* foi realizada tendo por base o método proposto pela *Joanna Brings Institute* e escrita de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta- Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA – ScR). O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos autores embora não tenha sido publicado e/ ou registado.

Resultados: Foram incluídos 6 artigos para a revisão, sendo que todos descrevem a ocorrência de *sobretriagem* ou *subtriagem*. A *sobretriagem* parece estar relacionada com a proteção do doente. A *subtriagem* é influenciada por vários fatores nomeadamente a apresentação atípica de sintomas, fatores intrínsecos e extrínsecos ao sistema de triagem.

Conclusões: Foi possível comprovar a existência de *subtriagem* e *sobretriagem* e que estes fenómenos comprometem a segurança do doente que recorre ao serviço de urgência e foi submetido a triagem pelo STM.

Palavras-chave: Sistema de Triagem de Manchester; *sobretriagem*; *subtriagem*; segurança do doente.

ABSTRACT

Introduction: Triage systems have emerged due to the need to ensure patient safety and adequate management of clinical risk in emergency services. The Manchester Triage System (MTS) is performed by a nurse who, through the main complaint and the flowcharts and discriminators of this system, assigns a clinical priority, but under-triage and over – triage *may occur*.

Aim: To map the existence of under-triage and over-triage in adult emergency services with the application of the Manchester Triage System.

Methods: This *scoping* review was performed based on the method suggested by *Joanna Briggs Institute* and written according to the *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA – ScR). The review protocol was performed and followed by the authors although it was not published and/ or registered.

Results: Six articles for review were included, all of which describe the occurrence of *over-triage/or under-triage*. Over-triage *appears* to be related to the protection of the patient. Under-triage is influenced by several factors including atypical symptom presentation, intrinsic and extrinsic factors to the Triage system.

Conclusions: It was possible to prove the *existence of under-triage and over-triage* that these phenomena affect the safety of the patient resorting to the emergency service and undergoing MTS.

Keywords: Manchester Triage System; *over-triage; under-triage*; patient safety.

RESUMEN

Introducción: Los sistemas de triaje surgen de la necesidad de garantizar la seguridad del paciente y la adecuada gestión del riesgo clínico en los servicios de urgencias. El Manchester Triage System (MTS) es efectuado por una enfermera que, a través de la queja principal y de los diagramas de flujo y discriminadores de este sistema, asigna una prioridad clínica, lo que puede conducir a fenómeno de *sobretriage subtriage*.

Objetivo: Mapear la ocurrencia de *subtriage* y *sobretriage* en los servicios de emergencia para adultos utilizando el Sistema de Triage de Manchester.

Métodos: esta reseña se efectuó con base en el método propuesto por el *Instituto Joanna Briggs* y escrito de acuerdo con el *Elementos de Informe Para revisiones Sistemáticas y Extensión de Metanálisis para Revisiones de Alcance (PRISMA - SCR)*. El protocolo de revisión fue realizado y seguido por los autores, aunque no fue publicado y/o registrado.

Resultados: Se incluyeron seis artículos para la revisión, todos los cuales describen la ocurrencia de *sobretriage* y/o *subtriage*. El *sobretriage* parece estar relacionado con la protección del paciente. El *subtriage* está influenciado por varios factores, a saber, la presentación atípica de síntomas, factores intrínsecos y extrínsecos al sistema de clasificación.

Conclusiones: Se pudo probar la existencia de *subtriage* y *sobretriage* y que estos fenómenos comprometen la seguridad del paciente que llega al servicio de urgencias y ha sido sometido al MTS.

Palabras clave: Sistema de *Triage* de Manchester; *sobretriage*; *subtriage*; seguridad del paciente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estratégia de pesquisa por base de dados/ plataforma no dia 07/02/2022..... 52

Tabela 2 -Características dos estudos incluídos na revisão..... 55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tempos de Espera/Prioridades atribuídas - Sistema de Triagem de Manchester 51
Figura 2 - Fluxograma da seleção e processo de inclusão dos estudos..... 54

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

GPT – Grupo Português de Triagem

MS – Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SCA – Síndrome Coronário Agudo

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

PRISMA – ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta- Analyses Extension for Scoping Reviews*

INTRODUÇÃO

Os sistemas de triagem surgiram pela necessidade de garantir a segurança do doente e a gestão adequada do risco clínico nos serviços de urgência, na medida em que a sobrelotação destes serviços é um problema real (Costa et al., 2020; Chianca et al., 2016).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), sistema de triagem usado em Portugal, é considerado uma ferramenta fundamental nos serviços de urgência, sendo um indicador de qualidade e um instrumento para a gestão do risco clínico, fomentando a equidade no acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). Importa realçar que este não fornece um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica com base na queixa apresentada pelo doente e/ou em dados de avaliações mensuráveis e observação do profissional. O STM permite a identificação de critérios de gravidade, de forma objetiva e sistemática, correto encaminhamento e atendimento do doente e consequentes ganhos em saúde. Permite ainda, uma gestão adequada do fluxo de doentes, da dinâmica organizacional e gestão de recursos (Salgueiro, 2019; GPT, 2021; Veríssimo, 2018).

Apesar de, teoricamente, o STM ser objetivo, pode acontecer que a identificação dos critérios de gravidade e o risco clínico percebido sejam desajustados da real gravidade da queixa apresentada pelo doente, podendo ocorrer situação de *sobretriagem* ou *subtriagem* (Salgueiro, 2019; Chianca et al. 2016; Costa et al., 2020).

Neste sentido, o objetivo desta revisão *scoping* é mapear a ocorrência de *subtriagem* e *sobretriagem* nos serviços de urgência de adultos com aplicação do Sistema de Triagem de Manchester. Assim, foi definida como questão de revisão: Existe *subtriagem* ou *sobretriagem* nos serviços de urgência de adultos com aplicação do Sistema de Triagem de Manchester?

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os Serviços de Urgência são peças fundamentais no Sistema Nacional de Saúde (SNS) pois constituem-se, como a “porta de entrada” dos doentes. O problema de sobrelotação dos serviços, ou seja, quando a procura é muito superior à oferta, afeta não só o serviço de urgência em si e os profissionais, mas fundamentalmente a eficácia e eficiência do atendimento e, conseqüentemente, a segurança do doente. Assim, torna-se fundamental que o atendimento seja por priorização permitindo a gestão do risco clínico, tendo sido criados para o efeito vários sistemas de triagem, sendo o Sistema de Triagem de Manchester um deles (Veloso, 2011; Salgueiro, 2019; Moura et al., s.d; Verissimo, 2018; Chianca et al., 2016).

Desde 2005, pela Norma n.º 002/2015 da Direção Geral da Saúde (DGS), que foi obrigatória a implementação do Sistema de Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência em Portugal. O Sistema de Triagem de Manchester é realizado por um enfermeiro que através da queixa principal que o doente apresenta, desenvolve uma avaliação clínica que lhe permite a escolha do fluxograma o mais específico possível e em seguida vai percorrendo os discriminadores até que não consiga negar um deles. Desta forma, será atribuído ao doente não um diagnóstico, mas sim uma prioridade de clínica (GPT, 2021; Portugal, MS, ACSS, 2015). A triagem constitui-se como a fase inicial da prestação de cuidados (GPT, 2021; Salgueiro, 2019).

São 5 as prioridades clínicas nas quais o doente pode ser integrado. Estas são identificadas por cores e para cada uma estão previstos os tempos alvo para o atendimento, sendo que este diz respeito ao período de tempo entre o momento de triagem e o contacto médico, como nos diz o Grupo Português de Triagem (2021) através da figura 1 (Salgueiro, 2019; GPT, 2021; Amaral, 2017; Verissimo, 2018; Chianca et al., 2016).



Figura 1 - Tempos de Espera/Prioridades atribuídas - Sistema de Triage de Manchester

(Fonte: Grupo Português de Triage [GPT] (2021). Acedido em: <http://www.grupoportuguestriage.pt>).

Ao doente é colocada uma pulseira da cor da respetiva prioridade atribuída que contém a sua identificação, permitindo assim que os profissionais de forma rápida consigam identificar a gravidade da situação que o doente apresenta (Salgueiro, 2019; GPT, 2021).

O GPT (2021) dadas as características culturais de Portugal, sugeriu que fosse introduzida a cor/ categoria branca, tendo sido introduzida pela necessidade de contemplar situações que não estão diretamente relacionadas com queixas dos doentes, como razões administrativas ou atividade programada ou não urgente que levam a uso indevido dos serviços de urgência e que podem condicionar o seu bom funcionamento.

Os fenómenos de *sobretriagem* e *subtriagem* podem ocorrer quando há uma classificação desajustada do risco clínico em relação à queixa apresentada pelo doente. A *sobretriagem* acontece quando é atribuída uma prioridade superior àquela que, efetivamente, seria necessária podendo levar ao uso inadequado de recursos e condicionar o tratamento de doentes realmente urgentes. Em oposição, a *subtriagem* acontece quando há uma subvalorização da queixa do doente levando à atribuição de uma prioridade inferior à real, o que pode levar a atrasos no atendimento e conseqüente prejuízo da segurança do doente (Salgueiro, 2019; Chianca et al. 2016; Costa et al., 2020).

2. MÉTODOS

Esta revisão *scoping* foi realizada, tendo por base o método proposto pela *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2015) e o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA – ScR) (Tricco et al., 2018). O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos autores embora não tenha sido publicado e/ ou registado.

A pesquisa foi realizada em diversas bases de dados e plataformas, mais especificamente na PubMed, CINAHL e B-on. Foram incluídos os artigos desde 2005 até à atualidade. A escolha da data de início de inclusão dos estudos foi motivada pela data de início da aplicação do STM em Portugal. Ainda assim, na maioria das bases de dados e plataformas onde foi realizada a pesquisa, verificámos que não existiam estudos anteriores a 2008. As estratégias de pesquisa encontram-se descritas na tabela 1.

Bases de dados/ plataformas	Fórmula de pesquisa	Resultados
PubMed	("over triage"[All Fields] OR "under triage"[All Fields] OR "super triage"[All Fields] OR "sub triage"[ALL Fields]) AND "manchester"[All Fields]	14
CINAHL	"subtriage" or "overtriage" or "over triage" or undertriage or "under triage" or supertriage or "super triage" AND manchester triage system	14
B-on	"subtriage" or "overtriage" or "over triage" or undertriage or "under triage" or supertriage or "super triage" AND Manchester triage system	6

Tabela 1- Estratégia de pesquisa por base de dados/ plataforma no dia 07/02/2022

Realizada a pesquisa, foram removidos todos os duplicados. Em seguida, foram analisados os títulos e resumos por dois revisores independentes (RN e ES) com o intuito de avaliar a elegibilidade dos artigos, tendo sido integrado um terceiro revisor (OR) como critério de desempate. Os critérios de inclusão dos artigos tiveram por base a metodologia PCC (Peters et al., 2015) sendo eles:

Participantes: Foram considerados todos os artigos cuja população fosse adulta com mais de 18 anos;

Conceito – Foram considerados todos os estudos dos quais constassem as palavras “*subtriagem*”, “*undertriage*”, “*supertriagem*” e “*overtriage*”; A inclusão destes termos teve em conta uma leitura preliminar sobre o tema.

Contexto – Foram considerados os estudos onde a colheita de dados tivesse acontecido num serviço de urgência com aplicação do STM.

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes (RN e ES). A presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com a inclusão de um terceiro revisor (OR). Por fim, os resultados foram agrupados numa tabela e acompanhados por uma síntese narrativa com o intuito de dar resposta ao objetivo da revisão.

3. RESULTADOS

Realizada a pesquisa nas bases de dados e plataforma descritas e após terem sido removidos os artigos em duplicado, ficaram para revisão 28 artigos. Destes, foram removidos 15 após leitura e análise do título e resumo, ficando 13 elegíveis para leitura de texto integral.

Destes, 7 foram removidos tendo por base os critérios de inclusão. Este processo encontra-se esquematizado na figura 2.

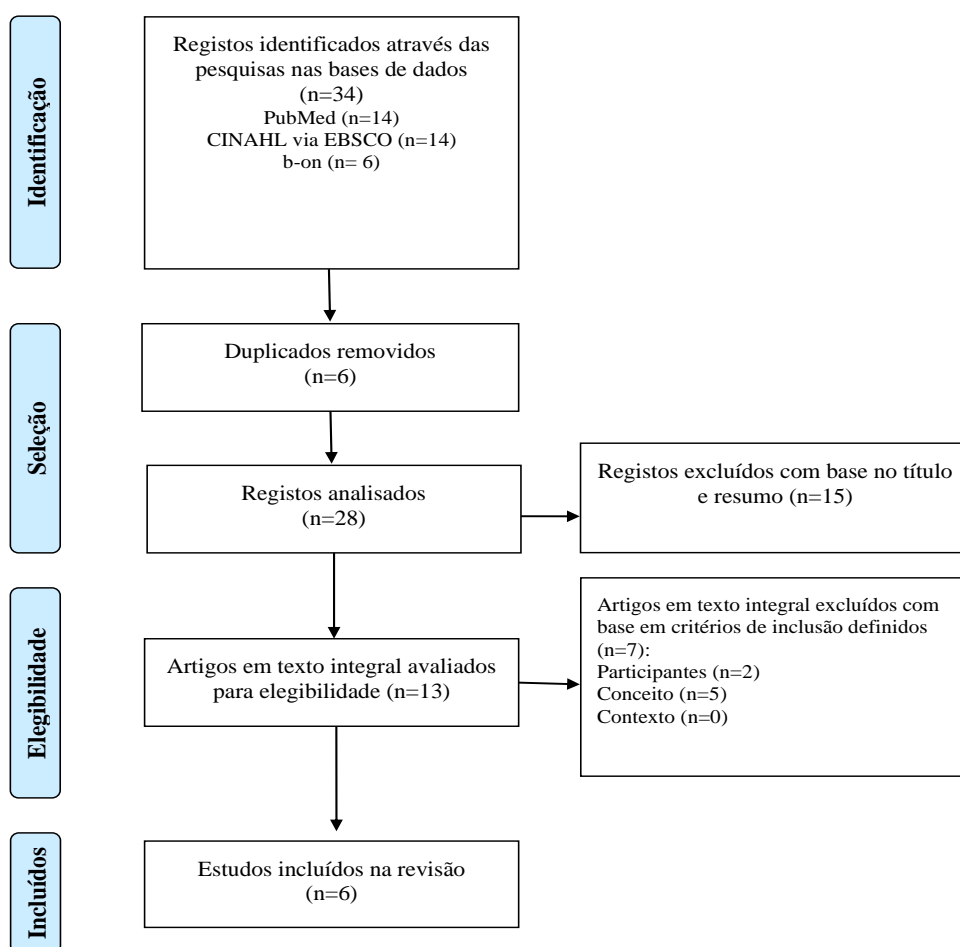


Figura 2 - Fluxograma da seleção e processo de inclusão dos estudos

Importa referir que foram elegíveis para esta revisão *scoping* dois artigos cuja população incluía indivíduos com idades superiores a 15 e 16 anos, no entanto, após a leitura integral e análise por dois dos revisores (RN e ES) constatou-se que este facto não se mostrava relevante, pois a percentagem dessa população era ínfima. Desta forma, foram elegíveis para esta revisão um total de 6 artigos, sendo que os dados se encontram resumidos na tabela 2.

Autor / Ano / País	Tipo de estudo	População/Contexto	Efeitos da <i>subtriagem</i> e /ou <i>sobretriagem</i>	Conclusões
Nishi, Maia, Santos e Cruz, 2017 (Brasil)	Revisão Sistemática da Literatura	Adultos admitidos no serviço de urgências com qualquer queixa e nos quais foi aplicado o Sistema de Triagem de Manchester sob suspeita de SCA.	A <i>subtriagem</i> pode estar relacionada com o aumento da taxa de mortalidade no SCA a par da gravidade do evento.	Pela escassez de dados não foi possível avaliar a especificidade do STM; O STM apresenta sensibilidade moderada para avaliação dos doentes com SCA, o que pode comprometer a segurança do doente;
Zaboli et al., 2021 (Itália)	Estudo retrospectivo observacional	Todos os doentes que deram entrada no serviço de urgência com dor abdominal aguda.	A <i>subtriagem</i> pode levar a atrasos no diagnóstico, tratamento e aumentar assim o risco de morbilidade e mortalidade; A <i>sobretriagem</i> parece acontecer como forma de salvaguardar a segurança do doente.	O STM tem boa especificidade na avaliação do doente com dor abdominal aguda, mostrando um excelente nível de segurança para o doente. Os fenómenos de <i>sobretriagem</i> acontecem em doentes classificados nos níveis mais altos de prioridade do STM. Este fenómeno pode contribuir para a baixa sensibilidade do STM.
Ausserhofer, Zalobi, Pfeifer, Siller e Turcato, 2020 (Itália)	Estudo retrospectivo observacional	Todos os doentes que deram entrada no serviço de urgência com dispneia.	Não descrevem motivos ou consequências da <i>subtriagem</i> ou <i>sobretriagem</i> .	O reconhecimento rápido da dispneia na triagem e consequente tratamento célere são fundamentais para a sobrevida do doente. O STM apresenta boa sensibilidade pelo que permite evitar <i>subtriagem</i> dos doentes com dispneia, no entanto, apresenta baixa especificidade o que leva à <i>sobretriagem</i> dos doentes. O STM mostra-se um sistema que contribui para a segurança do doente.
Nishi, Polak e Cruz, 2018 (Brasil)	Estudo analítico, observacional, transversal e retrospectivo	Doentes com mais de 18 anos ou que apresentavam dor torácica.	Fenómenos de <i>subtriagem</i> são frequentes em doentes a quem deveria ter sido atribuída a prioridade de muito urgente (laranja) foi atribuído urgente (amarelo), resultando num aumento dos tempos de espera e risco aumentado de eventos adversos	O STM apresenta elevada especificidade na avaliação dos doentes com dor torácica sugestiva de EAM. No entanto apresenta baixa sensibilidade permitindo a ocorrência de <i>subtriagem</i> .
García - Azorin et al., 2020 (Espanha)	Estudo transversal, retrospectivo	Todos os doentes que recorreram ao serviço de urgência com cefaleia como queixa principal.	Uma percentagem de doentes com critérios de gravidade foram subtriados. Sendo que isto pode acontecer porque o STM apresenta uma série de discriminadores pouco específicos e de difícil avaliação no momento de triagem.	Um em cada dez doentes foi diagnosticada cefaleia e, um em cada vinte foi diagnosticado com cefaleia secundária de alto risco. O STM agrupa as cefaleias nas três categorias centrais não havendo distinção entre cefaleias primárias e secundárias. Doente que apresentava critérios de emergência e urgência foram triados num nível inferior.
Ortega, Alonso, Ortega, Oller e Mula, 2020 (Espanha)	Revisão Sistemática	Adultos com Síndrome Coronário Agudo (SCA).	A <i>subtriagem</i> é uma ameaça à segurança do doente, sendo influenciada por vários fatores nomeadamente a apresentação atípica dos sintomas, fatores intrínsecos e fatores extrínsecos ao sistema de triagem.	O STM apresenta variabilidade na sua especificidade e sensibilidade na priorização de doentes com SCA. É necessário atuar nos fatores intrínsecos e extrínsecos ao STM para evitar a <i>subtriagem</i> .

Tabela 2 -Características dos estudos incluídos na revisão

Nishi, et al. (2017) avaliaram a sensibilidade e a especificidade do STM na avaliação do SCA (síndrome coronário agudo), descrevendo que estes dois conceitos podem ser medidos tendo em conta a frequência com que é atribuída a prioridade adequada aos doentes. Desta forma, relatam que o STM deve, idealmente, ser altamente sensível para minimizar episódios de *subtriagem*, sem que isto condicione a especificidade para evitar a *supertriagem*. Concluíram que o STM apresenta sensibilidade moderada e especificidade elevada na avaliação destes doentes o que compromete a rapidez de tratamento e consequentemente a segurança do doente. Sugerem que a moderada sensibilidade pode ser explicada pelas formas de apresentação atípica do SCA, sendo que não lhes foi possível comprovar esta hipótese por dados insuficientes. Dizem que a *subtriagem* pode estar relacionada com o aumento da taxa de mortalidade no SCA a par da gravidade do evento. Os autores, em jeito de conclusão, afirmam que devem ser discutidas mudanças nos protocolos de aplicação do STM.

Zaboli et al. (2021), desenvolveram um estudo sobre o desempenho do STM na avaliação da dor abdominal aguda. De acordo com os autores, a correta identificação das situações com critérios de gravidade em doentes com dor abdominal aguda é fundamental, sendo que a subestimação pode levar a atrasos no diagnóstico, tratamento e aumentar assim o risco de morbidade e mortalidade associados. Este estudo revelou que o STM tem um nível de segurança excelente para avaliação destes doentes.

Ausserhofer et al. (2020), desenvolveram um estudo relativamente ao desempenho do STM em doentes com dispneia. Neste estudo o STM apresenta boa sensibilidade, revelando poucas situações de *subtriagem*, mas tem baixa especificidade o que significa que uma percentagem considerável de doentes foram sobretriados, no entanto não apresentam motivos para que isto ocorra nem consequências da *supertriagem*.

Nishi et al. (2018) estudaram a sensibilidade e especificidade do STM na priorização do risco em doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM) que acorreram ao SU com dor torácica. Demonstraram que o STM tem boa especificidade, mas baixa sensibilidade o que leva à ocorrência de fenómenos de *subtriagem* frequentes em doente a quem deveria ter sido atribuída a prioridade de muito urgente (laranja) foi atribuído urgente (amarelo), resultando num aumento dos tempos de espera e risco aumentado de eventos adversos, sendo várias as explicações que sugerem para esta ocorrência.

Garcia - Azorin et al. (2020), estudaram a *subtriagem* do STM em doentes que procuram o serviço de urgência por cefaleias. De acordo com os autores uma percentagem de doentes

com critérios de gravidade foram subtriados. Explicam que foi criada uma mnemónica pela Sociedade Internacional de Cefaleias que identifica 15 “*red flags*” da cefaleia, sendo que o STM apenas contempla 6, e apresenta uma série de discriminadores pouco específicos e de difícil avaliação no momento de triagem.

No estudo apresentado por Ortega et al., 2020 foram avaliados a triagem de enfermagem e os tempos de atendimento em doentes com SCA. Este é um dos diagnósticos mais frequente nos SU e uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos. Por este motivo, a existência de casos de *subtriagem* são uma ameaça à segurança do doente. Este fenómeno é influenciado por vários fatores nomeadamente a apresentação atípica dos sintomas, fatores intrínsecos e extrínsecos ao sistema de triagem.

4. DISCUSSÃO

Todos os artigos analisados relatam a ocorrência de *sobretriagem* ou *subtriagem* nos serviços de urgência com aplicação do STM. (Nishi, et al., 2017; Zaboli et al.,2021; Ausserhofer et al., 2020; Nishi et al.,2018; Garcia - Azorin et al., 2020; Ortega et al., 2020).

Subtriagem é definida como a atribuição de uma prioridade inferior àquela que seria adequada para a queixa do doente. *Sobretriagem* é a atribuição de uma prioridade superior à que a situação clínica exigiria. Qualquer uma das situações tem consequências (Nishi, et al., 2017; Zaboli et al.,2021; Ausserhofer et al., 2020; Nishi et al.,2018; Garcia - Azorin et al., 2020; Ortega et al., 2020).

Genericamente, a *subtriagem* e a *sobretriagem* têm impacto negativo na segurança do doente. A *subtriagem* porque pode implicar atraso no tratamento por atribuição de uma prioridade cujo tempo alvo de atendimento é mais prolongado, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos e mesmo para o aumento da morbidade e mortalidade. A *sobretriagem*, por outro lado, condiciona a segurança do doente porque ao classificar um doente numa prioridade superior à que necessita condiciona e mobiliza meios que seriam necessários para o atendimento de doentes realmente urgentes e emergentes retardando o atendimento destes (Nishi, et al., 2017; Nishi et al.,2018; Zaboli et al.,2021).

Analisando os artigos, a *subtriagem* parece acontecer mais frequentemente do que a *sobretriagem*, exceto em situações de dispneia e dor abdominal aguda. A *sobretriagem* parece estar relacionada com a proteção do doente (Nishi, et al., 2017; Zaboli et al.,2021; Ausserhofer et al., 2020; Nishi et al.,2018; Garcia - Azorin et al., 2020; Ortega et al., 2020).

Apenas, Zaboli et al., (2020), sugerem como motivo para a *sobretriagem* a apresentação de sintomas significativos ainda que o doente se encontre aparentemente estável do ponto de vista hemodinâmico, como são as situações de trauma ou gravidez.

Como motivos para a *subtriagem* são indicados os seguintes: apresentação de sintomas atípicos, fatores intrínsecos ao sistema de triagem que podem não ter em conta fatores de risco ou discriminadores ambíguos para a avaliação correta do risco em determinadas patologias, e fatores extrínsecos ao sistema de triagem como a experiência do enfermeiro triador e fluxo de doentes (Nishi et al.,2018; Garcia - Azorin et al., 2020; Ortega et al., 2020).

A maioria dos estudos recomendam uma revisão dos protocolos do STM de forma a potenciar a sua sensibilidade e especificidade, mas também apostar na formação dos enfermeiros, e melhorar a gestão de fluxos de atendimento (Nishi et al.,2018; Garcia - Azorin et al., 2020; Ortega et al., 2020).

Os pontos fortes desta revisão *scoping* incluíram o rigor metodológico aplicado e os rigorosos critérios de inclusão que permitiram um processo rico de extração e síntese de dados. Ainda assim esta revisão não é isenta de limitações e estão relacionadas com a escassez de estudos direcionados para a temática, bem como, artigos que definam claramente os conceitos e a sua implicação na prática clínica de forma mais aprofundada.

5. CONCLUSÃO

Com esta revisão *scoping*, foi possível constatar e comprovar a existência de *subtriagem* e *sobretriagem* e que comprometem a segurança do doente que recorre ao SU e foi submetido a triagem pelo STM.

Podemos concluir que estes fenómenos são um problema para a gestão do risco e segurança do doente no serviço de urgência pois levam a atrasos no tratamento por influenciarem o tempo alvo de atendimento quer do doente em causa, quer dos restantes, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos e mesmo para o aumento da morbidade e mortalidade.

A *sobretriagem* e *subtriagem* acontecem por diversos motivos nomeadamente apresentação atípica de sintomas, discriminadores ambíguos do STM, a experiência do enfermeiro triador e fluxo de doentes.

Como formas de mitigação destes fenómenos, como visto anteriormente, os estudos recomendam uma revisão do STM, melhorar a formação dos enfermeiros triadores e a existência de estratégias de gestão do fluxo de doentes nos serviços de urgência.

No entanto, constatamos que as causas e consequências da *subtriagem* e *sobretriagem* e as formas de minimização destes fenómenos, não são amplamente descritos, nem estudados de forma genérica para as diversas patologias nos serviços de urgência, pelo que é essencial estudos futuros nesta área por forma a tornar a aplicação do STM mais segura na classificação do risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**PARTE I**

- Almeida, T.J.L. (2020). Prefácios. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. XV). Lidel.
- Bernardino, A. (2020). Carga de trabalho em enfermagem. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 123-136). Lidel.
- Centro Hospitalar Tondela- Viseu (2012). *Protocolo de nutrição entérica*. CHTV
- Correia, N., Cruz, R., & Silva, R. (2020). Viabilidade tecidular e tratamento de feridas. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 137-150). Lidel.
- Costa, N. (2020). Avaliação da dor: terapias não farmacológicas para alívio da dor. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 93-106). Lidel.
- Despacho nº3844 A- 2016. (2016, Março 15). Criação de um grupo de trabalho interinstitucional. *Diário da República*, 2 (52 supl), pp 9254 – (2). <https://dre.pt/home/-/dre/73865550/details/maximized?serie=II&dreId=73865548>
- Despacho nº5613/2015. (2015, Maio 27). Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 - 2020. *Diário da República*, 2 (102), pp 13550 – 13553. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
- Duarte, J. C., Cunha, M. (2020). Guia Orientador de Estágios. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Feijó, L. (2020). O doente neurocrítico. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 209-220). Lidel.
- Freixo, P., Pereira, R. & Costa, N. (2020). O doente em fim de vida. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 302-309). Lidel.
- Grupo Português de Triagem [GPT] (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando*. 2ª ed. Lisboa: Autor.
- Grupo Português de Triagem. (2021, abril, 20). Acedido em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 137-150). Lidel.
- Molina, C. J.C., Lazo, E. K. C., Reinoso, J. M. C., & Román, A.L.O (2021). Pacientes con sedo analgesia monitorizado con índice biespectral. *Recimundo*, 5 (2), 107-118. doi:10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.107-118
- Monte, R. (2020). Sedação e analgesia no doente crítico. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 107-122). Lidel.
- Mota, M., Sousa, L. M. M., Bico, I., Marques, M. C. P. (2020). Decúbito ventral na síndrome de dificuldade respiratória no adulto após infeção por coronavírus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (2), 16-22. doi: 10.33194/rper.2020.v3.s2.2.5777

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio caminho andado: Relatório primavera*. OPSS. <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e controlo de infeção. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 161-174). Lidel.
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgências: RT/2015*. Lisboa: ACSS. http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Orientação Da Direção Geral de Saúde, 2017(008), 1–20* Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Regulamento 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744 – 4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento 429/2018. (2018, Julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2 (135), pp 19359 – 19370. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Regulamento 743/2019. (2019, Setembro 25). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2 (184), pp 128 – 155. <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Rocha, E., & Passos, H. (2020). Nutrição artificial. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 152-159). Lidel.
- Silva, C. M. S. (2017). *Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório comum do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1916/1/Cidalia_Silva.pdf
- Teixeira, A.C., & Vieira, F. (2020). O Perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 21-23). Lidel.
- Veloso, T. M. (2011). Gestão de filas de espera no serviço de urgência. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/19963>
- Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em Bloco Operatório (cap. 1, pp. 3-10)*. Lidel.

PARTE II

- Amaral, P. M. F. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ausserhofer, D., Zaboli, A., Pfeifer, N., Siller, M., & Turcato, G. (2020). Performance of the Manchester Triage System in patients with dyspnoea: A retrospective observational study. *International Emergency Nursing*, 53(May), 100931. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100931>
- García – Azorin, D., Abelaira-Freire, J., Rodriguez-Adrada, E., González-García, N., Guerrero, A.L., Porta-Etessam, J., & Martín-Sánchez, F. J. (2020). Estudio sobre el subtriaje del Sistema de Triage de Manchester en pacientes que acuden a Urgencias por cefalea. *Neurología.*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.06.0>
- Grupo Português de Triagem (GPT). (2021, abril, 20). Acedido em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Nishi, F. A., Maia, F.O.M., Santos, I.S., & Cruz, D. A.L. M. (2017). Assessing sensitivity and specificity of the Manchester Triage System in the evaluation of acute coronary syndrome in adult patients in emergency care: A systematic review. *Istitute Joanna Briggs (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(6), 1747–1761. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003139>
- Nishi, F. A., Polak, C., & Cruz, D. A. L. M. (2018). Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System in risk prioritization of patients with acute myocardial infarction who present with chest pain. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(7), 660–666. <https://doi.org/10.1177/1474515118777402>
- Ortega, J. M. R., Alonso, S.R.L., Ortega, P. J. M., Oller, C. C., & Mula, J.M. (2020). Triage enfermero y tiempos de asistencia a pacientes con síndrome coronario agudo en urgencias hospitalarias. Revisión panorámica. *Rev. Científica e Informativa de La Asociación Española de Enfermería En Cardiología*, 27 (79), 72 – 79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=757289>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. doi:10.1097/xeb.0000000000000050
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgências: RT/2015*. Lisboa: ACSS. http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Salgueiro, A. C. V. (2019). Triagem de Manchester: satisfação dos Enfermeiros. [Relatório final, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5649>

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, *169*(7), 467-473. doi:10.7326/m18-0850
- Veloso, T. M. (2011). Gestão de filas de espera no serviço de urgência. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/19963>
- Veríssimo, O. M. T. (2018). O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Zaboli, A., Ausserhofer, D., Pfeifer, N., Magnarelli, G., Ciccariello, L., Siller, M., & Turcato, G. (2021). Acute abdominal pain in triage: A retrospective observational study of the Manchester triage system's validity. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(7–8), 942–951. <https://doi.org/10.1111/jocn.15635>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO NO CONTEXTO DA
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE
LAMEGO - ISOLAMENTO DE CONTACTO



Precauções em isolamento de contacto no Serviço de Urgência do Hospital de Proximidade de Lamego do Centro Hospitalar de Trás – os - Montes e Alto Douro - Procedimento

Rafaela Filipa Amorim Nascimento, n.º 4798

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Doutor Olivério Ribeiro
Enfermeira Olga Ramos

Maio de 2021

**APÊNDICE 1 – PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE LAMEGO - ISOLAMENTO DE CONTACTO**

SUMÁRIOS

LISTA DE SIGLAS	V
INTRODUÇÃO	VII
1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS).....	XI
2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI).....	XIII
2.1. COLOCAÇÃO DE DOENTES.....	XIV
2.2. HIGIENE DAS MÃOS	XIV
2.3. ETIQUETA RESPIRATÓRIA.....	XIV
2.4. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI).....	XV
2.5. DESCONTAMINAÇÃO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO	XV
2.6. CONTROLO AMBIENTAL.....	XV
2.7. MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA.....	XV
2.8. RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS	XVI
2.9. PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS	XVI
2.10. EXPOSIÇÃO A AGENTES MICROBIANOS NO LOCAL DE TRABALHO	XVI
3. PRECAUÇÕES BASEADAS NA VIA DE TRANSMISSÃO (PBVT) – PRECAUÇÕES DE CONTACTO	XVII
4. PRECAUÇÕES EM ISOLAMENTO DE CONTACTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO DO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS – OS - MONTES E ALTO DOURO - PROCEDIMENTOXXI	
4.1. DOENTE EM SU COM NECESSIDADE DE ISOLAMENTO DE CONTACTO	XXI
4.2. LIMPEZA DA UNIDADE DO DOENTE E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS	XXII
4.3. TRAJETO DO DOENTE PARA MCDT’S, INTERNAMENTO OU OBS.....	XXIV
CONCLUSÃO.....	XXV
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XXVII
ANEXOS	XXXI
ANEXO 1 - PRECAUÇÕES EM ISOLAMENTO DE CONTACTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO DO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS – OS - MONTES E ALTO DOURO - PROCEDIMENTO.	XXXIII

APÊNDICE 1 – PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE LAMEGO - ISOLAMENTO DE CONTACTO

LISTA DE SIGLAS

CCIRA- Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

CEPCD - Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás – os – Montes e Alto Douro

CMEMC- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS-Direção Geral da Saúde

EPE- Entidade Pública Empresarial

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPV- Instituto Politécnico de Viseu

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MRSA - Staphylococcus aureus resistente à Meticilina

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PBCI – Precauções Baseadas no Controlo de Infeção

PBVT- Precauções Baseadas na Via de Transmissão

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

APÊNDICE 1 – PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE LAMEGO - ISOLAMENTO DE CONTACTO

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Instituto Politécnico de Viseu (IPV), foi proposta a realização de um trabalho em contexto de serviço.

O tema escolhido está relacionado com a gestão da qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente no serviço de urgência, no que diz respeito às precauções de controlo de infeção no contexto da prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de isolamento de contacto.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma preocupação global no que diz respeito à qualidade dos cuidados e segurança do doente, constituindo-se como um dos eventos adversos mais frequente e com maior impacto na gestão dos serviços de saúde (Silva, 2017; OPSS, 2018).

Estão intimamente relacionadas com a crescente resistência bacteriana aos antibióticos, sendo uma inquietação para os serviços de saúde, profissionais e comunidade (Despacho nº 3844 – A/2016; Silva, 2017; OPSS, 2018).

Neste sentido, foi criado em 2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que se articula com Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD) e permite a vigilância epidemiológica através de dados e indicadores (Despacho nº 3844 – A 2016).

De acordo com o Despacho nº 3844 – A /2016 (Despacho nº 3844 – A/2016 p. 9254), é fundamental que as unidades de saúde conheçam os seus dados relativos ao controlo de infeção, para que possam ser aplicadas medidas efetivas, tendo em vista a “promoção e viabilização de boas práticas na área do controlo de infeção e da gestão do risco/segurança do doente” sendo “condição indispensável para melhorar processos e resultados”, apresentando impacto significativo na gestão dessas mesmas unidades.

A segurança dos cuidados está profundamente ligada à qualidade, conceito este fundamental nesta era da globalização e de características ímpares na área da saúde (Despacho nº 5613/2015).

Qualidade em saúde é entendida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015, p. 13551).

Sendo a qualidade um conceito fundamental em saúde, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde que “pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde”, sendo que desta estratégia podemos destacar a “integração dos programas de controlo de infeção e de resistência aos antibióticos num único programa nacional prioritário “(Despacho nº 5613/2015 p. 13551).

A qualidade dos serviços de saúde é uma responsabilidade ética que depende do envolvimento das diversas categorias profissionais, nomeadamente dos enfermeiros através da implementação de ações e programas (Despacho nº 5613/2015, p. 13551).

O enfermeiro, especificamente o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é um elo fundamental no controlo de infeção e consequentemente na gestão da qualidade dos cuidados e segurança do doente (Silva,2017).

Tendo em conta o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista este “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro”, bem como, “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento 140/2019, p. 4745).

Em complemento das competências anteriores, o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica diz-nos que este “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (Regulamento 149/2018, p. 19359).

Desta forma conseguimos perceber que o enfermeiro pela proximidade que tem com os doentes, e pelo conjunto de conhecimentos específicos no que diz respeito ao controlo de infeção é uma peça fundamental para desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem

direcionados ao doente com necessidade de isolamento, garantindo assim, a segurança do doente em causa, dos outros doentes e de toda a equipa multidisciplinar. (Silva, 2017; Gomes et al., 2020; Monteiro, 2018).

Tendo em conta o descrito, este trabalho tem como objetivos gerais elaborar um procedimento que sirva como guia prático de atuação em situações de cuidados ao doente em isolamento de contacto e que traduza quais as precauções específicas nesta circunstância; servir como item de avaliação à unidade curricular Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos; e colmatar um dos objetivos deste estágio relacionado com a contribuição para a formação. Tem como objetivos específicos:

- Conhecer o conceito de IACS, epidemiologia e repercussões nos cuidados de saúde;
- Descrever as Precauções Básicas de Controlo de Infecção e as Precauções Baseadas na Via de Transmissão, especificamente por contacto;
- Elaborar um procedimento para os cuidados em isolamento de contacto para o serviço de Urgência do Hospital de Lamego do CHTMAD.

APÊNDICE 1 – PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE LAMEGO - ISOLAMENTO DE CONTACTO

1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), são infecções consequentes de procedimentos médicos e cuidados de saúde, adquiridas em meio hospitalar ou em instituições de saúde, como clínicas privadas e lares de idosos, podendo ainda envolver os cuidados prestados no domicílio (Morais, 2017; Monteiro, 2018; Jacinto, 2019; Pereira, 2019).

São consideradas IACS todas as infecções diagnosticadas 48 horas após internamento e que não estavam presentes, nem em incubação, à data de admissão. Podem também ser consideradas as infecções que ocorram após a data da alta, caso o período de incubação da mesma seja sobreponível com tempo de internamento, bem como, as infecções adquiridas pelos profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional (Morais 2017; Monteiro, 2018; Pereira, 2019).

Estas constituem-se como um problema de saúde pública a nível mundial, sendo consideradas por várias organizações internacionais como “um dos eventos adversos mais frequentes em todo o mundo”, de grande impacto económico e social ameaçando a segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde (OPSS, 2018, p.43; Silva, 2017; Monteiro, 2018; Jacinto, 2018; Pereira, 2019; Rodrigues, 2019).

A Organização Mundial de Saúde cit. por OPSS (2018), diz-nos que cerca de sete em cada 100 doentes, em países desenvolvidos, e dez em países em desenvolvimento, são diagnosticados com IACS ao longo do processo de internamento.

De acordo com o relatório supracitado, Portugal, à data do mesmo, era dos países que apresentava maior prevalência de IACS na Europa, sendo as mais frequentes as infecções respiratórias, infecções do trato urinário e infeção do local cirúrgico e era nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que estas mais aconteciam (Monteiro, 2018).

No entanto, ao longo dos anos, com a implementação de vários programas de controlo de infeção e vigilância epidemiológica, aliados ao controlo do consumo de antibióticos, tem havido um decréscimo significativo no número de IACS e consequentemente das resistências aos antibióticos como por exemplo no caso do MRSA, mostrando assim a importância da implantação destas medidas (OPSS, 2018).

Importa referir que a responsabilidade de prevenção e controlo das IACS é “interdisciplinar, individual e coletiva” sendo de extrema importância que os profissionais saibam qual é o seu papel, baseando a sua prática no conhecimento científico, pois a transmissão cruzada de infeção está associada à prática clínica, daí que a avaliação do risco de infeção, a adoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e das Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT) seja fundamental (Rodrigues, 2019 p. 27; CHTV, 2011).

2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI)

As PBCI são definidas pela Direção Geral da Saúde (DGS) (2013) na Norma 029/2012 e têm como principal objetivo a prevenção da transmissão cruzada de infeção de forma direta ou indireta, devendo ser aplicadas pelos profissionais de saúde, doentes e familiares, sendo a responsabilidade pelo controlo de infeção partilhada também com os dirigentes das instituições de saúde (Silva, 2017; Morais 2017; Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Norma nº 029/2012, 2013; Rodrigues,2019).

Estas são medidas de cariz universal, que devem ser aplicadas a todos os doentes “independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso”, destinando-se a “garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde em todos os níveis de cuidados” (Rosário, 2019 p. 80).

De acordo com a Norma nº 029/2012 (Portugal, MS, DGS, 2013), o risco de transmissão de agente infeccioso deve ser avaliado em todos os doentes até às 24 horas após admissão, para que se possa decidir sobre a necessidade ou não de isolamento do doente.

A mesma Norma refere que uso de EPI está diretamente relacionado com o tipo de cuidado que se vai prestar ao doente, bem como, o nível de exposição a sangue ou fluidos orgânicos, conferindo um grau de proteção adequada para a situação em causa, devendo

“a) estar disponíveis junto ao local de utilização; b) estar acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação (cumprir os prazos de validade); c) ser de uso único, a não ser que o fabricante especifique o contrário; d) no caso de artigos reutilizáveis, haver um programa de descontaminação estabelecido e a responsabilidade do seu cumprimento deve estar claramente definida” (Portugal, MS, DGS, 2013 p. 2; Silva, 2017; Rosário, 2019).

As PBCI constituem-se como parte integrante da gestão da qualidade e segurança do doente nas instituições de saúde, estando divididas em 10 itens pela Norma 029/2012:

2.1. COLOCAÇÃO DE DOENTES

Como referido anteriormente, o risco de transmissão de infeção deve ser avaliado à data de admissão de cada doente, sendo que, aqueles que apresentem risco transmissão devem ser colocados em quarto individual e as deslocações entre serviços e enfermarias devem ser evitados (Portugal, MS, DGS, 2013; Silva, 2017; Morais, 2017).

2.2. HIGIENE DAS MÃOS

A higiene das mãos é considerada uma medida fundamental, sendo “uma das medidas mais simples, acessível, rápida e mais efetiva na redução das IACS” e da transmissão cruzada, devendo seguir as recomendações da OMS dos “5 momentos da higiene das mãos”, designadamente:

- 1- Antes do contacto com o doente;
- 2- Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- 3- Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- 4- Após contacto com o doente e
- 5- Após contacto com o ambiente envolvente do doente (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, 2010; Portugal, MS, DGS, 2013; Silva, 2017 p.20; Morais, 2017).

A higienização das mãos deve ser feita com água e sabão quando visivelmente sujas com matéria orgânica ou em caso de contacto com doente com infeções gastrointestinais, sendo que quando estas condições não se verificarem deve ser usada solução de base alcoólica (SABA) (Portugal, MS, DGS, 2010; Silva, 2017 p.20; Morais, 2017).

2.3. ETIQUETA RESPIRATÓRIA

A etiqueta respiratória diz respeito a um conjunto de regras cujo objetivo é conter as secreções das vias aéreas sendo destinadas à população em geral e profissionais de saúde (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

2.4. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Os EPI devem ser selecionados pelos profissionais tendo em conta o procedimento a realizar e o risco de contaminação do mesmo. Destes fazem parte as luvas, máscaras, aventais, batas de manga comprida, proteção ocular/facial, calçado, cobertura para cabelo, entre outros (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

Devem ser substituídos de doente para doente e entre procedimentos, tal como no caso de perda de integridade, sendo importante ter sempre em conta as indicações do fabricante (Silva, 2017; Morais, 2017).

2.5. DESCONTAMINAÇÃO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO

O equipamento clínico pode ser classificado como de uso único, uso num único doente ou reutilizável, podendo ser considerado como um veículo indireto da transmissão cruzada de microrganismos (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

A descontaminação do material reutilizável deve ser feita sempre que necessário e de acordo com as normas do fabricante (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

2.6. CONTROLO AMBIENTAL

O ambiente da prática clínica deve estar em bom estado de conservação, limpo, seco e livre de materiais e equipamentos desnecessários para facilitar a higienização. É da responsabilidade dos gestores assegurar a limpeza e o estado de conservação do mesmo, bem como dos profissionais que devem saber qual o seu papel neste processo e conhecer os horários e frequência de limpeza (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

2.7. MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA

A roupa usada deve ser considerada roupa contaminada, devendo ser cuidadosamente manuseada para evitar contaminação do ambiente envolvente e roupa dos profissionais. Esta deve ser acondicionada em sacos próprios devendo ser utilizada apenas 2/3 da capacidade do mesmo por forma a poderem ser fechados corretamente (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

A roupa limpa deve ser acondicionada em local próprio, preferencialmente em armários fechados (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais 2017).

2.8. RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS

Os resíduos devem ser separados de acordo com o grupo a que pertencem logo no local de produção, sendo que após a sua colocação em sacos ou contentores estes não devem ser manipulados (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

Tal como acontece com a roupa, sacos ou contentores não devem exceder os 2/3 da sua capacidade para que possam ser corretamente fechados (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

2.9. PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

Na preparação e administração de injetáveis deve ser usada técnica asséptica para evitar contaminação. Não devem ser administrados medicamentos a vários doentes, ainda que a agulha ou a cânula tenham sido trocadas, e deve ser dada preferência embalagens de dose única (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013; Morais, 2017).

2.10. EXPOSIÇÃO A AGENTES MICROBIANOS NO LOCAL DE TRABALHO

Todos os profissionais de saúde devem conhecer os procedimentos em caso de exposição, sendo que a “exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos” (Silva, 2017; Portugal, MS, DGS, 2013 p. 9; Morais, 2017).

3. PRECAUÇÕES BASEADAS NA VIA DE TRANSMISSÃO (PBVT) – PRECAUÇÕES DE CONTACTO

Como complemento das PBCI, apresentadas anteriormente, temos as PBVT que tal como o nome indica têm em conta a via de transmissão do microrganismo, o que pressupõe um conhecimento prévio do estado infeccioso do doente, ou a confirmação de patologia infecciosa, ou ainda, a presença de microrganismo multirresistente (MMR) (Rosário,2019).

No caso da transmissão por contacto esta pode acontecer de forma direta ou indireta. De forma direta acontece quando há contacto pele com pele com o individuo colonizado ou infetado, estando esta forma de transmissão muito relacionada com a prestação de cuidados, nomeadamente através das mãos dos profissionais que parecem ser o principal veículo da transmissão cruzada. De forma indireta acontece por contacto da pele com superfícies ou equipamentos contaminados (Rodrigues & Coelho, 2020; Silva et al., 2020; CHTMAD, 2013; Rosário, 2019; Alves & Mendes, 2016).

Os doentes devem ser colocados em quantos individuais, sempre que possível, devendo as portas do quarto devem estar sinalizadas. Não sendo possível, o doente deve estar em isolamento por coorte ou na cama mais afastada da entrada e com as cortinas corridas (CHTMAD,2013).

A descontaminação das mãos e antebraços é fundamental, devendo ser feita com solução antisséptica de base alcoólica (SABA), exceto em situações de doentes infetados com *clostridium difficile* em que deve ser usada água e sabão. (CHTMAD, 2013; Rosário, 2019).

Aquando da prestação de cuidados a estes doentes, os profissionais de saúde devem ter sempre em conta as PBCI, e as precauções específicas incluindo o uso de EPI, nomeadamente luvas, bata/avental e máscara cirúrgica (Rosário, 2019; CHTMAD,2013; Alves & Mendes, 2016).

As luvas devem ser não – esterilizadas, devendo ser usadas apenas quando se preveja contacto físico com o doente (mesmo em pele íntegra), ou com a sua unidade. As luvas devem ser trocadas entre procedimentos no mesmo doente e sempre que necessário, devendo ser retiradas antes da saída do quarto e deve ainda proceder-se à descontaminação das mãos após a

sua utilização. Estas devem ainda ser trocadas entre doentes ainda que estes tenham o mesmo tipo de isolamento (Rosário, 2019; CHTMAD,2013; Alves & Mendes, 2016).

A bata/ avental deve ser colocado para proteção da roupa dos profissionais e deve ser usada sempre que haja contacto direto com o doente ou com materiais e equipamentos potencialmente contaminados, devendo ser retirado antes da saída do quarto (Rosário, 2019; CHTMAD,2013; Alves & Mendes, 2016).

O uso de máscara cirúrgica está adstrito aos casos em que haja necessidade de procedimentos que produzam salpicos, como no caso de aspiração de secreções, execução de pensos, trocas de drenagens, etc. (CHTMAD,2013; Portugal, Ministério da Saúde, 2015).

O material de uso clínico e consumíveis devem estar no quarto apenas na quantidade mínima indispensável, e os restantes equipamentos devem ser de uso único, ou individualizados para o doente. O processo clínico do doente em papel, ou computadores não devem ser levados para o interior do quarto (CHTMAD,2013; Portugal, MS, DGS, 2015).

No caso de não ser possível o uso de material descartável ou individualizado para o doente deve ser utilizada uma barreira entre o equipamento e o doente, sendo desinfetado no final do procedimento (CHTMAD, 2013).

Os fluidos contaminados devem ser despejados cuidadosamente por forma a evitar salpicos, sendo que o lavatório da casa – de – banho não deve servir para este efeito (CHTMAD, 2013)

Todos os resíduos produzidos devem ser descartados para o contentor do Grupo III, nomeadamente fraldas e sacos coletores de urina, exceto os resíduos que correspondam ao Grupo IV. Estes resíduos devem ser transportados em contentores próprios fechados e os sacos selados (CHTMAD, 2013).

A roupa dos doentes em isolamento de contacto deve manuseada o mínimo possível e de forma cuidadosa para que não haja libertação de partículas, devendo ser transportada em sacos fechados. A louça utilizada não necessita de cuidados específicos (CHTMAD, 2013).

No caso de transferência ou deslocação destes doentes entre serviços ou unidades de saúde, estas devem ser programadas de forma a minimizar o tempo de espera, sendo que à saída da unidade do doente a roupa da cama deve ser trocada, o pijama deve ser limpo e devem ser tapadas todas zonas infetadas, nomeadamente feridas. No que diz respeito à realização de meios

complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), sempre que possível, estes doentes devem ser os últimos (Portugal, MS, DGS, 2015; CHTMAD, 2013; Alves & Mendes, 2016).

Importa realçar que, neste contexto, a higienização das superfícies da unidade do doente é fundamental e deve ter-se em atenção às zonas de maior contacto, nomeadamente, as barras da cama, interruptores, campainha, macetas, rodas e sistemas rodados, e sempre que possível, confirmar com bioluminescência (Portugal, MS, DGS, 2015; CHTMAD, 2013; CHTMAD, 2021).

APÊNDICE 1 – PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE LAMEGO - ISOLAMENTO DE CONTACTO

4. PRECAUÇÕES EM ISOLAMENTO DE CONTACTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO DO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS – OS - MONTES E ALTO DOURO - PROCEDIMENTO

Tendo em conta as PBCI e as PBVT acima descritas, importa agora, a adaptação destas à realidade do serviço de urgência de Lamego.

Aqui serão apresentadas as orientações base, sendo que o procedimento completo e de acordo com o modelo do CHTMAD se encontra em anexo (Anexo 1).

4.1. DOENTE EM SU COM NECESSIDADE DE ISOLAMENTO DE CONTACTO

- No caso de o doente, à admissão no serviço de urgência tenha já indicação de isolamento por contacto o enfermeiro da triagem deve usar EPI, luvas e avental. Sendo que todo o material que esteve em contacto com o doente deve ser descontaminado, bem como a zona de triagem;
- O doente que necessita de isolamento por contacto quer seja diagnosticado em SU, quer com diagnóstico à admissão deve ser isolado em quarto individual ou por coorte, sendo que, caso não seja possível este deve ser colocado na cama mais afastada da porta da enfermaria, com cortina corrida. Neste sentido, o doente, deve ser encaminhado para o quarto de isolamento do OBS (correspondente às camas 6 e 7).
- Manter sinalização das portas do quarto com dístico de “Precauções de contacto”;
- As portas do quarto devem ser mantidas, preferencialmente, fechadas;
- O quarto deve ter casa de banho própria (como se verifica no quarto de isolamento do OBS);
- No quarto deve estar apenas o material mínimo indispensável;
- Deve ser disponibilizado material de uso único, caso não seja possível, o material deve ser individualizado para o doente;
- Os equipamentos já adstritos ao quarto e que não possam ser retirados devem estar protegidos com película plástica;

- O processo clínico deve ser mantido fora do quarto;
- No quarto devem entrar apenas os profissionais indispensáveis devendo estes estar equipados com bata, cobre pés e usar luvas quando contactam direta ou indiretamente com o doente sendo que estas devem ser trocas entre procedimentos no mesmo doente e, quando removidas, deve proceder-se à descontaminação das mãos;
- As mãos devem ser lavadas à entrada e à saída do quarto;
- Devem ser cumpridos os 5 momentos para a higiene das mãos;
- Não deve haver circulação de pessoas para dentro e fora do quarto;
- Os fluidos contaminados devem ser despejados cuidadosamente por forma a evitar salpicos, sendo que o lavatório da casa de banho não deve servir para este efeito;
- Todos os resíduos produzidos devem ser descartados para o contentor do Grupo III, nomeadamente fraldas e sacos coletores de urina, exceto os resíduos que correspondam ao Grupo IV;
- Os sacos dos resíduos devem manter-se dentro dos contentores específicos que devem ser fechados antes do transporte;
- As roupas devem ser acondicionadas junto à cama do doente, manuseadas cuidadosamente para evitar a libertação de partículas e colocadas em saco próprio que deve ser transportado fechado;
- A louça utilizada não necessita de cuidados específicos;

4.2. LIMPEZA DA UNIDADE DO DOENTE E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

- A limpeza da unidade do doente, em regime de isolamento deve ser executada na mesma sequência que a limpeza de rotina, mantendo-se a técnica e os produtos, mas aumentando a frequência de limpeza (conforme Norma n.º18/2021 -Recomendações Gerais de Limpeza e Desinfecção das Instalações)
 - Limpar com pano/toallete de cor branco, de uso único, humedecido com o detergente/desinfetante recomendado.
 - Limpar com detergente/desinfetante em spray todas as superfícies

- elevadas (ex: cama, mesa de cabeceira, armário, cadeira, sistemas de O₂ e de vácuo, tomadas elétricas, cortinas, suportes);
- Incluir as rodas/sistemas rodados no processo de limpeza;
 - A desinfecção do chão deverá ser efetuada com detergente desinfetante.
- Reforçar a limpeza das superfícies de maior contacto, nomeadamente, manípulos de portas e interruptores.
 - Quem faz a limpeza da unidade deve ir equipado com luvas, bata sob risco de contaminação da roupa por contacto com superfícies potencialmente contaminadas, devendo ainda ter em conta os princípios básicos de limpeza e desinfecção ambiental;
 - As luvas devem ser trocadas entre procedimentos de limpeza;
 - O material de uso único deve ser descartado em contentores próprios de resíduos de risco do grupo III exceto os que são de grupo IV;
 - A descontaminação dos equipamentos médicos deve ser feita de acordo com a sua classificação de Spaulding em: dispositivo médico crítico ou de elevado risco, dispositivo médico semicrítico ou de médio risco, e dispositivo médico não crítico ou de baixo risco – DM que entram em contacto
 - Material não crítico – Limpeza;
 - Material semicrítico – Desinfecção;
 - Material crítico – Esterilização;
 - A limpeza da casa de banho deve ser feita pelo método de limpeza sequencial:
 - Paredes e espelhos até cerca de 1,5 metros de altura (pano amarelo);
 - Puxadores das portas (pano amarelo);
 - Dispensadores de papel higiénico, toalhetes de mãos e sabão (pano amarelo);
 - Lavatórios: face externa, torneiras, face interna e ralo (pano amarelo);
 - Polibans ou banheiras: face externa, torneiras, face interna e ralo (pano amarelo);
 - Sanita: reservatório de água/manípulo do autoclismo, face externa e tampa (pano vermelho). A face interna deve ser escovada com piaçaba e detergente recomendado;

- A unidade deve ser mantida o mais limpa possível, devendo ser feita limpeza imediata no caso de derrame ou salpico de fluidos orgânicos de forma a conter a disseminação ambiental (conforme Norma n.º18/2021 -Recomendações Gerais de Limpeza e Desinfecção das Instalações)
 - Absorver o mais possível a matéria orgânica com papel e rejeitá-lo no contentor do Grupo III;
 - Pulverizar a área com Detergente/desinfetante;
 - Deixar atuar de acordo com as recomendações do produto;
 - Lavar com pano ou mopa.

4.3. TRAJETO DO DOENTE PARA MCDT'S, INTERNAMENTO OU OBS

- O trajeto do doente para qualquer um dos destinos deve ser o mais curto possível;
- O corredor deve estar desimpedido, sem a presença de outros doentes, profissionais e equipamentos que não sejam necessários;
- O serviço para onde o doente se vai deslocar deve ser avisado à priori para limitar os tempos de espera;
- Sempre que o doente sai da unidade deve ser trocada a roupa da cama, manuseando com cuidado e colocada em saco próprio selado;
- Devem ser tapadas todas zonas infetadas, nomeadamente feridas
- As grades e barras da cama devem ser desinfetadas;
- No transporte, o doente deve ir acompanhado dos dísticos informativos do tipo de transmissão e respetivas medidas de precaução no transporte do doente;
- O chão do corredor desde a unidade do doente até ao serviço de destino deve ser lavado utilizando o método swep.

CONCLUSÃO

Com este trabalho, conseguimos perceber o impacto social e económico das IACS, constituindo-se como problema de saúde pública a nível mundial, sendo que a maioria destas é causada por infeção por MRSA (Morais, 2017; OPSS, 2018; Silva, 2017; Monteiro, 2018; Jacinto, 2018).

Assim, com a realização deste trabalho foi possível perceber a importância do tema e a elaboração de um procedimento para o serviço de Urgência de Lamego do Centro Hospitalar de Trás – os – Montes e Alto Douro, que se encontra em anexo, em colaboração com o Enfermeiro Jorge Sousa e a Enfermeira Olga Ramos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. F., & Mendes, T. S. R. (coords). (2015). *Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde: contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. [f.n.].
- Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2013). *Norma nº 022/2013: Recomendações para isolamento*. CHTMAD.
- Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2013). *Norma nº 055/2021: Descontaminação de dispositivos e equipamentos de uso múltiplo*. CHTMAD.
- Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2013). *Norma nº 077/2017: Prevenção e controlo da colonização e infeção por MRSA e ERC*. CHTMAD.
- Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2021). *Norma nº 018/2021: Recomendações gerais de limpeza e desinfeção das instalações*. CHTMAD.
- Despacho nº3844 A- 2016. (2016, Março 15). Criação de um grupo de trabalho interinstitucional. *Diário da República*, 2 (52 supl), pp 9254 – (2). <https://dre.pt/home/-/dre/73865550/details/maximized?serie=II&dreId=73865548>
- Despacho nº5613/2015. (2015, Maio 27). Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 - 2020. *Diário da República*, 2 (102), pp 13550 – 13553. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
- Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin, D., & Fernandes, C. S. (2020). Perceção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-14.doi: 10.12707/RIV19053
- Jacinto, C. P. M. (2019). *Prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde – contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na segurança e qualidade dos cuidados*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório comum do Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29028>
- Monteiro, D. L. (2018). *Percepção da importância da higienização das mãos pelos profissionais de saúde na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde*. [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/7068>
- Morais, D. P. P. (2017). *Prevenção das infeções associadas a cuidados de saúde em medicina intensiva*. [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório digital da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/8046>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio caminho andado: Relatório primavera*. OPSS. <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>

- Pereira, A. G. (2019). Conceito de Infecção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (cap. 2, pp. 15-19). Lidel.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). *Norma da Direção Geral da Saúde nº 029/2012 31/10/2013: Precauções básicas do controlo de infeção (PBCI)*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). *Norma da Direção Geral da Saúde nº 018/2014 27/04/2015: Prevenção e controlo de colonização e infeção por staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2010). *Circular normativa nº 13/QDS/DSD 14/06/2010: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boia-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx>
- Regulamento 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744 – 4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento 429/2018. (2018, Julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2 (135), pp 19359 – 19370. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Rodrigues, F., & Coelho, P. (2020). Profissionais de saúde e staphylococcus aureus resistente à meticilina: Uma revisão da literatura. *Higeia*, 4(2), 9-16. <http://hdl.handle.net/10400.11/7356>
- Rodrigues, L. R. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde: o estado da arte. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Controlo da infeção hospitalar*, (cap. 4, pp. 25-36). Lidel.
- Rosário, E. M. O. C. (2019). Medidas de isolamento. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Controlo da infeção hospitalar saúde*, (cap. 5, pp. 80-93). Lidel.
- Silva, C. M. S. (2017). *Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório comum do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1916/1/Cidalia_Silva.pdf

Silva, V., Hermenegildo, S., Ferreira, C., Mania, C. M., Capita, R., Alonso-Calleja, C., Carvalho, I., Pereira, J. E., Maltez, L., Capelo, J. L., Igrejas, G., & Poeta, P. (2020). Genetic characterization of methicillin-resistant staphylococcus aureus isolates from human bloodstream infections: detection of MLSB resistance. *Multidisciplinary Digital Publishing* 9(375), 2-9. doi:10.3390. <https://www.mdpi.com/2079-6382/9/7/375>

APÊNDICE 1 – PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE LAMEGO - ISOLAMENTO DE CONTACTO

ANEXOS

ANEXO 1 - PRECAUÇÕES EM ISOLAMENTO DE CONTACTO NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA DO HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO DO CENTRO
HOSPITALAR DE TRÁS – OS - MONTES E ALTO DOURO - PROCEDIMENTO



PROCEDIMENTO

PR.XX.YY

1. Objetivo (s)

- Uniformizar procedimentos no que diz respeito ao controlo de infeção;
- Reduzir a disseminação do agente infeccioso com transmissão por contacto;
- Diminuir a transmissão cruzada de agentes infecciosos;
- Promover a proteção dos profissionais de saúde e doentes;

2. Âmbito

Profissionais de saúde do Serviço de Urgência da Unidade de Lamego do CHTMAD

3. Referências

Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2013). *Norma nº 022/2013: Recomendações para isolamento*. CHTMAD.


Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2013). *Norma nº 077/2017: Prevenção e controlo da colonização e infeção por MRSA e ERC*. CHTMAD.

Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2021). *Norma nº 018/2021: Recomendações gerais de limpeza e desinfeção das instalações*. CHTMAD.

Centro Hospitalar Trás – os – Montes (2013). *Norma nº 055/2021: Descontaminação de dispositivos e equipamentos de uso múltiplo*. CHTMAD.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). *Norma da Direção Geral da Saúde nº 029/2012 31/10/2013: Precauções básicas do controlo de infeção (PBCI)*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precauco-es-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). *Norma da Direção Geral da Saúde nº 018/2014 27/04/2015: Prevenção e controlo de colonização e infeção por staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>

	PROCEDIMENTO	PR.XX.YY

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2010). *Circular normativa nº 13/QDS/DSD 14/06/2010: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boia-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx>

Rodrigues, L. R. (2019). Infeções associadas aos cuidados de saúde: o estado da arte. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Controlo da infeção hospitalar*, (cap. 4, pp. 25-36). Lidel.

Rosário, E. M. O. C. (2019). Medidas de isolamento. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Controlo da infeção hospitalar saúde*, (cap. 5, pp. 80-93). Lidel.

4. Descrição do Procedimento

4.1-Doente em SU com necessidade de isolamento de contacto

- No caso de o doente, à admissão no serviço de urgência tenha já indicação de isolamento por contacto o enfermeiro da triagem deve usar EPI, luvas e avental. Sendo que todo o material que esteve em contacto com o doente deve ser descontaminado, bem como a zona de triagem;

- O doente que necessita de isolamento por contacto quer seja diagnosticado em SU, quer com diagnóstico à admissão deve ser isolado em quarto individual ou por coorte, sendo que, caso não seja possível este deve ser colocado na cama mais afastada da porta da enfermaria, com cortina corrida. Neste sentido, o doente, deve ser encaminhado para o quarto de isolamento do OBS (correspondente às camas 6 e 7).

- Manter sinalização das portas do quarto com dístico de “Precauções de contacto”;

- As portas do quarto devem ser mantidas, preferencialmente, fechadas;


- O quarto deve ter casa de banho própria (como se verifica no quarto de isolamento do OBS);



PROCEDIMENTO

PR.XX.YY

- No quarto deve estar apenas o material mínimo indispensável;
- Deve ser disponibilizado material de uso único, caso não seja possível, o material deve ser individualizado para o doente;
- Os equipamentos já adstritos ao quarto e que não possam ser retirados devem estar protegidos com película plástica;
- O processo clínico deve ser mantido fora do quarto;
- No quarto devem entrar apenas os profissionais indispensáveis devendo estes estar equipados com bata, cobre pés e usar luvas quando contactam direta ou indiretamente com o doente sendo que estas devem ser trocas entre procedimentos no mesmo doente e, quando removidas, deve proceder-se à descontaminação das mãos;
- As mãos devem ser lavadas à entrada e à saída do quarto;
- Devem ser cumpridos os 5 momentos para a higiene das mãos;
- Não deve haver circulação de pessoas para dentro e fora do quarto;
- Os fluidos contaminados devem ser despejados cuidadosamente por forma a evitar salpicos, sendo que o lavatório da casa de banho não deve servir para este efeito;
- Todos os resíduos produzidos devem ser descartados para o contentor do Grupo III, nomeadamente fraldas e sacos coletores de urina, exceto os resíduos que correspondam ao Grupo IV;
- Os sacos dos resíduos são manter-se dentro dos contentores específicos que devem ser fechados antes do transporte;
- As roupas devem ser acondicionadas junto à cama do doente, manuseadas cuidadosamente para evitar a libertação de partículas e colocadas em saco próprio que deve ser transportado fechado;
- A louça utilizada não necessita de cuidados específicos.

	PROCEDIMENTO	PR.XX.YY

4.2- Limpeza da unidade do doente e descontaminação de equipamentos médicos

- A limpeza da unidade do doente, em regime de isolamento deve ser é executada na mesma sequência que a limpeza de rotina, mantendo-se a técnica e os produtos, mas aumentando a frequência de limpeza (conforme Norma n.º18/2021 - Recomendações Gerais de Limpeza e Desinfecção das Instalações):

- Limpar com pano/toallete de cor branco, de uso único, humedecido com o detergente/desinfetante recomendado;

- Limpar com detergente/desinfetante em spray todas as superfícies elevadas (ex: cama, mesa de cabeceira, armário, cadeira, sistemas de O₂ e de vácuo, tomadas elétricas, cortinas, suportes);

- Incluir as rodas/sistemas rodados no processo de limpeza;

- A desinfecção do chão deverá ser efetuada com detergente desinfetante.

- Reforçar a limpeza das superfícies de maior contacto, nomeadamente, manípulos de portas e interruptores;

- Quem faz a limpeza da unidade deve ir equipado com luvas, bata sob risco de contaminação da roupa por contacto com superfícies potencialmente contaminadas, devendo ainda ter em conta os princípios básicos de limpeza e desinfecção ambiental;

- As luvas devem ser trocadas entre procedimentos de limpeza;

- O material de uso único deve ser descartado em contentores próprios de resíduos de risco do grupo III exceto os que são de grupo IV;

- A descontaminação dos equipamentos médicos deve ser feita de acordo com a sua classificação de Spaulding em: dispositivo médico crítico ou de elevado risco, dispositivo médico semicrítico ou de médio risco, e dispositivo médico não crítico ou de baixo risco – DM que entram em contacto:

- Material não crítico – Limpeza;

- Material semicrítico – Desinfecção;

- Material crítico – Esterilização;



PROCEDIMENTO

PR.XX.YY

- A limpeza da casa de banho deve ser feita pelo método de limpeza sequencial:

- Paredes e espelhos até cerca de 1,5 metros de altura (pano amarelo);
- Puxadores das portas (pano amarelo);
- Dispensadores de papel higiénico, toalhetes de mãos e sabão (pano amarelo);
- Lavatórios: face externa, torneiras, face interna e ralo (pano amarelo);
- Polibans ou banheiras: face externa, torneiras, face interna e ralo (pano amarelo);
- Sanita: reservatório de água/manípulo do autoclismo, face externa e tampa (pano vermelho). A face interna deve ser escovada com piaçaba e detergente recomendado;

- A unidade deve ser mantida o mais limpa possível, devendo ser feita limpeza imediata no caso de derrame ou salpico de fluidos orgânicos de forma a conter a disseminação ambiental (conforme Norma n.º18/2021 -Recomendações Gerais de Limpeza e Desinfecção das Instalações)

- Absorver o mais possível a matéria orgânica com papel e rejeitá-lo no contentor do Grupo III;
- Pulverizar a área com Detergente/desinfetante;
- Deixar atuar de acordo com as recomendações do produto;
- Lavar com pano ou mopa.


4.3– Trajeto do doente para MCDT's, internamento ou OBS

- O trajeto do doente para qualquer um dos destinos deve ser o mais curto possível;

- O corredor deve estar desimpedido, sem a presença de outros doentes, profissionais e equipamentos que não sejam necessários;

- O serviço para onde o doente se vai deslocar deve ser avisado à priori para limitar os tempos de espera;

- Sempre que o doente sai da unidade deve ser trocada a roupa da cama,

	PROCEDIMENTO	PR.XX.YY

manuseando com cuidado e colocada em saco próprio selado;

- Devem ser tapadas todas zonas infetadas nomeadamente feridas;
- As grades e barras da cama devem ser desinfetadas;
- No transporte, o doente deve ir acompanhado dos dísticos informativos do tipo de transmissão e respetivas medidas de precaução no transporte do doente;
- O chão do corredor desde a unidade do doente até ao serviço de destino deve ser lavado utilizando o método swep.

APÊNDICE 2 – PROTOCOLO DE RISCO DE QUEDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS DO CHTV



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Protocolo de Risco de Quedas na Unidade de Cuidados Intensivos do CHTV

Marta Sofia Camões Pereira

Rafaela Nascimento

Projeto de Melhoria para o Serviço

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Enf^a Teresa Andrade

Enf^a Helena Beliz

Enf^o Bruno Silva

Enf^o Vítor Nogueira

Viseu, junho de 2021

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	V
INTRODUÇÃO	V
1. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E INTERVENÇÃO NA QUEDA EM DOENTES EM INTERNADOS NA UCIP DO CHTV	VII
1.1. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA- UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE MORSE....	IX
1.2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DE PREVENÇÃO DA QUEDA	X
1.3. PRECAUÇÕES DE PREVENÇÃO DA QUEDA TENDO EM CONTA O RISCO DE QUEDA	X
1.3.1. Sem risco (0 e ≤ 24 pontos) ou baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos).....	X
1.3.2. Alto risco (≥51 pontos).....	XI
1.3.3. Registo de Quedas.....	XII
CONCLUSÃO.....	XIV
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XVI
ANEXOS	XIX
ANEXO I - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E INTERVENÇÃO NA QUEDA EM DOENTES INTERNADOS NA UCIP DO CHTV, EPE.....	XXI
ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS - GRELHA DE OBSERVAÇÃO – TRIAGEM DE MANCHESTER SU LAMEGO	XXXIV

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CHTV – Centro Hospitalar de Tondela - Viseu

CMEMC- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS-Direção Geral da Saúde

MMSE- *Mini Mental State Examination*

EPE- Entidade Pública Empresarial

EQM – Escala de Queda de Morse

ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu

IPV- Instituto Politécnico de Viseu

TUG- *Timed Up and go Test*

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos, integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Instituto Politécnico de Viseu (IPV), foi proposta a realização de um trabalho em contexto de serviço.

Após realização de um levantamento das necessidades do serviço, o tema escolhido relaciona-se com a gestão da qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente na Unidade de Cuidados Intensivos, no que diz respeito ao risco de queda. Neste sentido, foi-nos proposto a realização de um procedimento para o serviço, onde tivemos como base teórica as normas da Direção Geral de Saúde (DGS) e o procedimento “Queda de doentes/ utentes em ambiente hospitalar” do Centro Hospitalar Tondela – Viseu (CHTV).

Importa realçar que este procedimento não é aplicável a doentes sedados, em coma ou sem atividade motora, dado que estes são fatores de exclusão para a aplicação da Escala de Queda de Morse (EQM). (Ministério da Saúde, 2015)

Com a realização deste trabalho pretendemos essencialmente elaborar um procedimento para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) do CHTV para que seja utilizado como guia prático na avaliação do risco de queda e de atuação em caso de incidente.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Conhecer a Norma nº 008/2019 da DGS e o procedimento interno do CHTV “Queda de doentes/ utentes em ambiente hospitalar” e adaptá-los à dinâmica do serviço;
- Elaborar um procedimento para a avaliação do risco de queda e intervenção na queda em doentes internados na UCIP do CHTV.

1. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E INTERVENÇÃO NA QUEDA EM DOENTES EM INTERNADOS NA UCIP DO CHTV

A segurança dos cuidados está profundamente ligada à qualidade, conceito este fundamental nesta era da globalização e de características ímpares, que cada vez mais tem vindo a ser alvo de interesse, tornando-se uma área prioritária na saúde “(Nobre, 2017; Despacho nº 5613/2015).

Este conceito pode ser definido como “o ato ou ações que possibilitem evitar, prevenir e melhorar as possíveis complicações e eventos adversos” decorrentes da prestação de cuidados de cuidados de saúde (Barbosa et al., 2021).

Qualidade em saúde é entendida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”, sendo esta uma responsabilidade ética que depende do envolvimento das diversas categorias profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, especificamente do enfermeiro especialista, que é um elo fundamental na gestão da qualidade dos cuidados e segurança do doente (Despacho nº 5613/2015, p.13351;Silva,2017; Regulamento 140/2019).

Um dos eventos adversos mais frequente em ambiente hospitalar são as quedas, sendo consideradas como um evento multifatorial complexo que ocorre quando um indivíduo cai “inadvertidamente no pavimento ou para um nível mais baixo, com ou sem lesão”, apresentando-se como uma das principais causas de internamento hospitalar e contribuem significativamente para situações de morbilidade e mortalidade (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [DGS], 2019 p.9).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020), as quedas constituem-se como um problema de saúde pública a nível mundial, sendo que a sua prevenção fundamental (Despacho n.º 1400-A/2015).

A avaliação do risco de queda é fundamental para a sua prevenção, desta forma, a Escala de Queda de Morse (EQM), validada para a população portuguesa, é amplamente utilizada para avaliação do risco de queda do doente em ambiente hospitalar, e classifica os doentes em três categorias: sem risco, baixo risco e alto risco (Portugal, MS,DGS, 2019).

Importa realçar que a EQM não pode ser aplicada a doentes que não tenham capacidade funcional para cair, desta forma, esta escala não pode ser aplica a doentes sedados, em coma ou sem atividade motora (Barbosa et al., 2015).

1.1. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA- UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE MORSE

Segundo a Direção e Geral de Saúde (2019) e seguindo o Procedimento do Risco de Quedas do CHTV (2010), a avaliação do risco de queda deve ser realizada a todos os doentes no internamento através da Escala de Morse que categoriza o risco de queda do doente, tendo em conta a pontuação, com um mínimo de 0 e um máximo de 125 pontos. O risco classifica-se de acordo com a pontuação obtida:

- Sem risco ($0 \leq 24$ pontos);
- Baixo risco (≥ 25 a ≤ 50 pontos);
- Alto risco (≥ 51 pontos).

A avaliação do risco de queda deve ser feita na data de admissão, até um máximo de 24 horas após a entrada no doente, devendo ser reavaliado sempre que:

- Periodicamente a cada dois dias;
- Sempre que haja alteração do estado clínico do doente;
- Quando ocorrem transferências intra ou inter-hospitalares;
- Quando houver ocorrência de queda. (Portugal, MS,DGS, 2019)

O Enfermeiro tem como funções:

- Avaliar a escala juntamente com o médico assistente, quando clinicamente indicado;
- Registrar a avaliação do risco de queda em modelo próprio;
- Adaptar o plano de cuidados, programando as atividades de acordo com o risco de queda obtido;
 - Dar a conhecer à equipa multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, assistentes operacionais e nutricionistas) o risco de queda do doente;
 - Comunicar o risco de queda do doente à família e realizar educação da saúde relativamente às medidas de prevenção, no sentido de garantir a sua colaboração e participação no plano de cuidados. (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010)

1.2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DE PREVENÇÃO DA QUEDA

De acordo com a Norma 008/2019 da DGS (2019), as precauções básicas devem ser aplicadas a todos os doentes independentemente do de risco de queda, sendo elas as seguintes:

- A iluminação deve ser adequada, com a existência de luzes de presença;
- Remover todos os obstáculos nos percursos dos doentes, bem como matérias e dispositivos médicos;
- Manter o chão limpo e seco, mantendo a sinalização sempre que este se encontre em limpeza;
- Orientar a pessoa relativamente ao ambiente e á sua unidade, informando dos dispositivos de chamada e sua localização (ex: campainha da cama e casa de banho);
- Verificar se o calçado e roupa são adequados e ensinar a pessoa neste sentido;
- Permitir que o doente use as ajudas sensoriais (ex: óculos, aparelhos auditivos);
- Disponibilizar dispositivos de marcha (ex: canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) e manter acessíveis e em condições os dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários);
- Manter cadeiras, camas e outros equipamentos travados;
- A cama deve ser mantida na posição mais baixa possível, adequada ao doente;
- Manter as grades da cama elevadas no caso de transporte do doente ou em momentos de menor supervisão;
- As portas de entrada e saída dos serviços com sistemas de controlo (Portugal, MS,DGS, 2019).

1.3. PRECAUÇÕES DE PREVENÇÃO DA QUEDA TENDO EM CONTA O RISCO DE QUEDA

1.3.1. Sem risco (0 e \leq 24 pontos) ou baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos)

As precauções básicas de queda devem ser integradas no plano de cuidados do doente, elaborado pelo enfermeiro, na medida em que, nestes casos, é fundamental o controlo de fatores de risco extrínsecos ao doente, por forma a proteger o doente da eventual queda. (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010)

O doente deve ser identificado, de acordo com o risco que apresenta, desta forma, deverá ser colocada uma pulseira identificativa do doente de cor cinzenta.

1.3.2. Alto risco (≥ 51 pontos)

No caso de o doente apresentar alto risco de queda o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro deve ter em conta uma avaliação multifatorial do doente, devendo integrar as medidas de precaução básicas e medidas específicas. (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010)

Relativamente às medidas específicas podemos salientar:

1. A utilização de pulseira identificativa ou outra sinalética: no caso do CHTV é utilizada uma pulseira roxa para identificação de doentes com alto risco de queda;
2. Alocar o doente a unidades que permitam uma vigilância constante por parte dos profissionais de saúde;
3. Utilizar almofadas de gel para evitar o deslizamento da pessoa nas cadeiras;
4. Caso haja, usar dispositivos com alarme na cama ou no doente;

Segundo a Direção Geral de Saúde (2019), deve ser efetuada, igualmente, uma avaliação clínica multifatorial, realizada pela equipa multidisciplinar nomeadamente médicos, enfermeiros e nutricionistas, que deve incluir:

1. História de quedas anteriores;
2. Existência de comorbilidades associadas;
3. Adesão ao regime terapêutico;
4. Revisão terapêutica;
5. Aplicação de testes de rastreio que permitam a avaliação da marcha e equilíbrio, como por exemplo o *Timed Up and go Test* (TUG);
6. Realização do exame neurológico, com aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE)
7. Avaliação cardiovascular, nomeadamente da tensão arterial em ortostatismo após três minutos;
8. Avaliação da acuidade visual e auditiva;
9. Avaliação da força muscular;
10. Avaliação da incontinência urinária;
11. Realização da observação e avaliação dos pés, calçado e roupa do doente;

12. Avaliação do medo de cair por parte do doente;
13. Avaliação do estado nutricional.

1.3.3. Registo de Quedas

De acordo os autores supracitados, no caso de queda, esta deve ser registada pelo enfermeiro, em modelo próprio que deve incluir:

- Hora e data da ocorrência;
- Hora e data de registo da queda;
- Número de quedas:
 - Uma queda/turno;
 - Duas ou mais quedas turno;
- As razões da queda:
 - Estado de saúde do doente;
 - Resposta ao tratamento (medicação / anestesia);
 - Riscos ambientais;
 - Outras razões não mencionadas.
- Grau de lesão e descrição do incidente que pode ser de:
 - Sem lesão;
 - Lesão de grau I – Exige intervenção formal de enfermagem (Ex: abrasão/escoriação, hematoma/contusão, laceração cutânea);
 - Lesão de grau II – Exige intervenção médica e de enfermagem (Ex: laceração cutânea com sutura, aplicação de gelo local, controlo da dor, realização de penso, etc);
 - Lesão de grau III – Exige intervenção claramente médica que implica intervenção cirúrgica ou que alterou o estado de consciência do doente, entre outras (Ex: fratura, hemorragia, alteração do estado de consciência).

▪ No caso de lesões de grau I, II ou III, a queda deve ser reportada à Gestão do Risco em modelo próprio;

- Descrição do incidente;
- Fatores de risco

No registo da queda devem, ainda, ser descritas as intervenções realizadas e planeadas para a prevenção de nova queda, bem como a quem foi comunicada a ocorrência (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010).

CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho podemos concluir que a nível hospitalar as quedas representam um problema frequente e, por vezes, grave, exigindo, por este motivo, estratégias preventivas.

As lesões resultantes das quedas poderão levar a aumento do tempo de internamento, sintomas físicos ligeiros ou hemorragias intracranianas, alterando, deste modo, a qualidade de vida das pessoas. Estas quedas ocorrem mais frequentemente nos idosos, tanto no tempo de admissão como na alta, pelo que se torna crucial a avaliação do risco de queda e a implementação de medidas de prevenção.

A Escala de Queda de Morse é uma escala mais utilizada a nível mundial, com utilidade em vários Centros Hospitalares em Portugal, devendo ser avaliada no momento da admissão, quando existe uma alteração do estado clínico do doente ou quando ocorre uma queda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, I. E. B., Fonseca, A. R., De Andrade, E. N. M., Maklouf, D. C., Ribeiro, M. C. S., Rodrigues, A. J. P. da S., Laborda, Y. T. C., Da Silva, V. D. B. L., Lira, F. C. de F., & Gomes, S. S. de S. (2021). Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6454. <https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021>
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. *Escola Superior de Enfermagem Do Porto*, 20.
- Centro Hospitalar Tondela -Viseu (2010). *Queda de doente/utentes em ambiente hospitalar*. CHTV.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015, Fevereiro 10). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 2.^a série(28), 3882(2)-(10). <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho nº5613/2015. (2015, Maio 27). Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 - 2020. *Diário da República*, 2 (102), pp 13550 – 13553. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
- Nobre, P. I. R., (2017). *Riscos no bloco operatório: implicações na gestão*. [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório digital da Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/9570>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 2017(008), 1–20. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Regulamento 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744 – 4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Silva, C. M. S. (2017). *Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório comum do Instituto Politécnico de

Viana

do

Castelo.

http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1916/1/Cidalia_Silva.pdf

ANEXOS

ANEXO I - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E INTERVENÇÃO NA QUEDA EM DOENTES INTERNADOS NA UCIP DO CHTV, EPE

TÍTULO:

Avaliação do risco de queda e intervenção na queda em doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV, EPE).

ÂMBITO:

Profissionais de saúde da UCIP do CHTV

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:

Compete a todos os profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHTV conhecer e implementar o procedimento;

FUNDAMENTO(S):

A segurança dos cuidados está profundamente ligada à qualidade, conceito este fundamental nesta era da globalização e de características ímpares, que cada vez mais tem vindo a ser alvo de interesse, tornando-se uma área prioritária na saúde “(Nobre, 2017; Despacho nº 5613/2015).

Este conceito pode ser definido como “o ato ou ações que possibilitem evitar, prevenir e melhorar as possíveis complicações e eventos adversos” decorrentes da prestação de cuidados de cuidados de saúde (Barbosa et al., 2021).

Qualidade em saúde é entendida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”, sendo esta uma responsabilidade ética que depende do envolvimento das diversas categorias profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, especificamente do enfermeiro especialista, que é um elo fundamental na gestão da qualidade dos cuidados e segurança do doente (Despacho nº 5613/2015, p.13351;Silva,2017; Regulamento 140/2019).

Um dos eventos adversos mais frequente em ambiente hospitalar são as quedas, sendo consideradas como um evento multifatorial complexo que ocorre quando um indivíduo cai “inadvertidamente no pavimento ou para um nível mais baixo, com ou sem lesão”, apresentando-se como uma das principais causas de internamento hospitalar e contribuem significativamente para situações de morbidade e mortalidade (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [DGS], 2019 p.9).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020), as quedas constituem-se como um problema de saúde pública a nível mundial, sendo que a sua prevenção fundamental (Despacho n.º 1400-A/2015).

A avaliação do risco de queda é fundamental para a sua prevenção, desta forma, a Escala de Queda de Morse (EQM), validada para a população portuguesa, é amplamente utilizada para avaliação do risco de queda do doente em ambiente hospitalar, e classifica os doentes em três categorias: sem risco, baixo risco e alto risco (Portugal, MS,DGS, 2019).

Importa realçar que a EQM não pode ser aplicada a doentes que não tenham capacidade funcional para cair, desta forma, esta escala não pode ser aplica a doentes sedados, em coma ou sem atividade motora (Barbosa et al., 2015).

OBJETIVO(S):

- Uniformizar procedimentos no que diz respeito à avaliação do risco de queda e intervenção na queda em doentes em internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;
- Promover a avaliação do risco de queda, através da Escala de Morse a todos os doentes;
- Promover a adoção de medidas de prevenção da queda tendo o conta o score da avaliação do risco de queda;
- Contribuir para a redução dos eventos adversos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Avaliar o risco de queda

Segundo a Direção e Geral de Saúde (2019) e seguindo o Procedimento do Risco de Quedas do CHTV (2010), a avaliação do risco de queda deve ser realizada a todos os doentes no internamento através da Escala de Morse que categoriza o risco de queda do doente, tendo em conta a pontuação, com um mínimo de 0 e um máximo de 125 pontos. O risco classifica-se de acordo com a pontuação obtida:

- Sem risco ($0 \leq 24$ pontos);
- Baixo risco (≥ 25 a ≤ 50 pontos);
- Alto risco (≥ 51 pontos).

A avaliação do risco de queda deve ser feita na data de admissão, até um máximo de 24 horas após a entrada no doente, devendo ser reavaliado sempre que:

- Periodicamente a cada dois dias;
- Sempre que haja alteração do estado clínico do doente;
- Quando ocorrem transferências intra ou inter-hospitalares;
- Quando houver ocorrência de queda. (Portugal, MS,DGS, 2019)

O Enfermeiro tem como funções:

- Avaliar a escala juntamente com o médico assistente, quando clinicamente indicado;
- Registrar a avaliação do risco de queda em modelo próprio;
- Adaptar o plano de cuidados, programando as atividades de acordo com o risco de queda obtido;
- Dar a conhecer à equipa multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, assistentes operacionais e nutricionistas) o risco de queda do doente;
- Comunicar o risco de queda do doente à família e realizar educação da saúde relativamente às medidas de prevenção, no sentido de garantir a sua colaboração e participação no plano de cuidados. (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010)

2. Aplicar medidas de prevenção

De acordo com a Norma 008/2019 da DGS (2019), as precauções básicas devem ser aplicadas a todos os doentes independentemente do de risco de queda, sendo elas as seguintes:

- A iluminação deve ser adequada, com a existência de luzes de presença;
- Remover todos os obstáculos nos percursos dos doentes, bem como matérias e dispositivos médicos;
 - Manter o chão limpo e seco, mantendo a sinalização sempre que este se encontre em limpeza;
 - Orientar a pessoa relativamente ao ambiente e á sua unidade, informando dos dispositivos de chamada e sua localização (ex: campainha da cama e casa de banho);
 - Verificar se o calçado e roupa são adequados e ensinar a pessoa neste sentido;
 - Permitir que o doente use as ajudas sensoriais (ex: óculos, aparelhos auditivos);
 - Disponibilizar dispositivos de marcha (ex: canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) e manter acessíveis e em condições os dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários);
 - Manter cadeiras, camas e outros equipamentos travados;
 - A cama deve ser mantida na posição mais baixa possível, adequada ao doente;
 - Manter as grades da cama elevadas no caso de transporte do doente ou em momentos de menor supervisão;
- As portas de entrada e saída dos serviços com sistemas de controlo (Portugal, MS,DGS, 2019).

2.1. PRECAUÇÕES DE PREVENÇÃO DA QUEDA TENDO EM CONTA O RISCO DE QUEDA

2.1.1. Sem risco (0 e ≤ 24 pontos) ou baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos)

As precauções básicas de queda devem ser integradas no plano de cuidados do doente, elaborado pelo enfermeiro, na medida em que, nestes casos, é fundamental o controlo de fatores de risco extrínsecos ao doente, por forma a proteger o doente da eventual queda. (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010)

O doente deve ser identificado, de acordo com o risco que apresenta, desta forma, deverá ser colocada uma pulseira identificativa do doente de cor cinzenta.

2.1.2. Alto risco (≥ 51 pontos)

No caso de o doente apresentar alto risco de queda o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro deve ter em conta uma avaliação multifatorial do doente, devendo integrar as medidas de precaução básicas e medidas específicas. (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010)

Relativamente às medidas específicas podemos salientar:

5. A utilização de pulseira identificativa ou outra sinalética: no caso do CHTV é utilizada uma pulseira roxa para identificação de doentes com alto risco de queda;
6. Alocar o doente a unidades que permitam uma vigilância constante por parte dos profissionais de saúde;
7. Utilizar almofadas de gel para evitar o deslizamento da pessoa nas cadeiras;
8. Caso haja, usar dispositivos com alarme na cama ou no doente;

Segundo a Direção Geral de Saúde (2019), deve ser efetuada, igualmente, uma avaliação clínica multifatorial, realizada pela equipa multidisciplinar nomeadamente médicos, enfermeiros e nutricionistas, que deve incluir:

14. História de quedas anteriores;
15. Existência de comorbilidades associadas;
16. Adesão ao regime terapêutico;
17. Revisão terapêutica;
18. Aplicação de testes de rastreio que permitam a avaliação da marcha e equilíbrio, como por exemplo o *Timed Up and go Test* (TUG);
19. Realização do exame neurológico, com aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE)
20. Avaliação cardiovascular, nomeadamente da tensão arterial em ortostatismo após três minutos;
21. Avaliação da acuidade visual e auditiva;
22. Avaliação da força muscular;
23. Avaliação da incontinência urinária;
24. Realização da observação e avaliação dos pés, calçado e roupa do doente;

25. Avaliação do medo de cair por parte do doente;
Avaliação do estado nutricional

3. Registrar a ocorrência de quedas

No caso de queda, esta deve ser registada pelo enfermeiro, em modelo próprio que deve incluir:

- Hora e data da ocorrência;
- Hora e data de registo da queda;
- Número de quedas:
 - Uma queda/turno;
 - Duas ou mais quedas turno;
- As razões da queda:
 - Estado de saúde do doente;
 - Resposta ao tratamento (medicação / anestesia);
 - Riscos ambientais;
 - Outras razões não mencionadas.
- Grau de lesão e descrição do incidente que pode ser de:
 - Sem lesão;
 - Lesão de grau I – Exige intervenção formal de enfermagem (Ex: abrasão/escoriação, hematoma/contusão, laceração cutânea);
 - Lesão de grau II – Exige intervenção médica e de enfermagem (Ex: laceração cutânea com sutura, aplicação de gelo local, controlo da dor, realização de penso, etc);
 - Lesão de grau III – Exige intervenção claramente médica que implica intervenção cirúrgica ou que alterou o estado de consciência do doente, entre outras (Ex: fratura, hemorragia, alteração do estado de consciência).
- No caso de lesões de grau I, II ou III, a queda deve ser reportada à Gestão do

Risco em modelo próprio;

- Descrição do incidente;
- Fatores de risco

No registo da queda devem, ainda, ser descritas as intervenções realizadas e planeadas para a prevenção de nova queda, bem como a quem foi comunicada a ocorrência (Portugal, MS,DGS, 2019; CHTV, 2010).

MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:

Auditorias trimestrais aos registos e apresentação de resultados em reuniões de serviço.

BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:

- Barbosa, I. E. B., Fonseca, A. R., De Andrade, E. N. M., Maklouf, D. C., Ribeiro, M. C. S., Rodrigues, A. J. P. da S., Laborda, Y. T. C., Da Silva, V. D. B. L., Lira, F. C. de F., & Gomes, S. S. de S. (2021). Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6454. <https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021>
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. *Escola Superior de Enfermagem Do Porto*, 20.
- Centro Hospitalar Tondela -Viseu (2010). *Queda de doente/utentes em ambiente hospitalar*. CHTV.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015, Fevereiro 10). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 2.^a série(28), 3882(2)-(10). <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho nº5613/2015. (2015, Maio 27). Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 - 2020. *Diário da República*, 2 (102), pp 13550 – 13553. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
- Nobre, P. I. R., (2017). *Riscos no bloco operatório: implicações na gestão*. [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório digital da Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/9570>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação Da Direção Geral de Saúde*,

2017(008), 1–20. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>

Regulamento 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744 – 4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Silva, C. M. S. (2017). *Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório comum do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1916/1/Cidalia_Silva.pdf

Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum / Acamado / Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas / Bengala / Andador	15
Mobiliário / Parede	30
4. Terapia Endovenosa / dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida / Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado / capaz quanto a sua capacidade / limitação	0
Superestima capacidade / Esquece limitações	15

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS - GRELHA DE OBSERVAÇÃO
– TRIAGEM DE MANCHESTER SU LAMEGO

