

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

### **A Pessoa Idosa Algaliada em Contexto Hospitalar: Intervenções de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do Trato Urinário**

**Liliana Patrícia de Almeida Guerreiro Torres**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

**A Pessoa Idosa Algaliada em Contexto Hospitalar:  
Intervenções de Enfermagem para a Prevenção da  
Infeção do Trato Urinário**

**Liliana Patrícia de Almeida Guerreiro Torres**

**Professora Maria Emília Brito**

**2015**

## DEDICATÓRIA

À Beatriz, a minha pequena princesa, que tanto tempo privei de atenção e amor maternal. Foi sem dúvida a minha motivação nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, às minhas irmãs e ao meu marido, que sempre acreditaram em mim e me apoiaram incondicionalmente.

À Magda e à Filipa, pela amizade, companheirismo e cumplicidade ao longo deste percurso.

À professora Emília Brito, por todo o apoio, dedicação e conhecimentos transmitidos.

À enfermeira Graça Oliveira, pelo seu espírito crítico e por me dar a confiança necessária para “embarcar” nesta aventura.

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

A todos os profissionais e utentes que de alguma forma contribuíram para a implementação do projeto.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAUTI - Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCLPPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

HPS - Health Protection Scotland

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção

ITU – Infecção do Trato Urinário

NICHE - Nurses Improving Care for Health System Elders

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - World Health Organization

## RESUMO

À escala mundial, assiste-se atualmente a um envelhecimento populacional e a um crescente número de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), tornando-se num imperativo económico, político e social.

A pessoa idosa, devido às alterações provocadas pelo processo de envelhecimento, à coexistência de doenças crónicas e à fragilidade do seu sistema imunitário, apresenta um risco acrescido de desenvolver infeções.

A Infeção do Trato Urinário (ITU) é a infeção mais comum entre os idosos e no contexto hospitalar a algaliação é responsável por 80% das ITU. Neste sentido, foi implementado um projeto no serviço de cirurgia geral, de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com a finalidade de contribuir para a prevenção da ITU Associada ao Cateter (CAUTI) na pessoa idosa.

Atendendo à metodologia de projeto, foram inicialmente identificadas necessidades de formação dos enfermeiros, através da aplicação de um questionário e da realização de auditorias aos registos e às práticas da equipa de enfermagem, sendo que estas últimas permitiram também avaliar, numa segunda fase, os resultados das intervenções de enfermagem desenvolvidas.

As intervenções de enfermagem implementadas, baseadas no estado da arte, passaram por monitorizar diariamente a necessidade de algaliação e os cuidados de manutenção ao cateter vesical, auditorias à higiene das mãos, elaboração de uma norma para prevenção da CAUTI, elaboração de um algoritmo para remoção da algália, formação aos enfermeiros e reflexão sobre as práticas no seio da equipa de enfermagem.

Considerando a importância do ambiente e dos cuidados de manutenção da vida à pessoa idosa para prevenção da CAUTI, seguiu-se como fio condutor de enfermagem o quadro concetual de Orem e de Collière.

Os resultados da implementação do projeto traduzem uma maior reflexão pela equipa de enfermagem acerca da indicação da algaliação, verificando-se uma crescente preocupação em remover precocemente a algália.

**Palavras-Chave:** Cateter Urinário, Cuidados de Enfermagem, Idoso, Infeção Hospitalar, Prevenção e Controlo.

## ABSTRACT

Worldwide, the population is getting older and associated with this condition the number of Healthcare-associated infections (HAI) is increasing, making it an economic, political and social imperative.

The elderly, due to changes caused by the aging process and the coexistence of chronic diseases, associated to the weakness of their immune system, are a group with an increased risk of developing infections.

The Urinary Tract Infection (UTI) is the most common infection among the elderly, so in hospitals catheterization is responsible for 80% of UTI. In this sense, a project has been implemented in the general surgery service of a hospital in Lisbon and Tejo Valley, in order to contribute to the prevention of UTI Associated with Catheter (CAUTI) in the elderly.

Given the project methodology, there were initially identified training needs among nurses, by applying a questionnaire and subsequently audit the records and the nursing team practices and later, in a second phase, the results of the nursing interventions that were performed.

The nursing interventions implemented, based on state of art, were monitoring the daily need of catheterization and the maintenance care to urinary catheters, hand hygiene audits, development of a standard rule for prevention of CAUTI, development of an algorithm for the civet removal, formation to nurses and reflections on practices within the nursing team.

Considering the importance of the environment and the maintenance care of life at the elderly for prevention of CAUTI, there were followed as nursing “conducting wire” the conceptual framework of Orem and Collière.

The results of the project implementation translate further considerations by the nursing team about the indication of catheterization. There is now a growing concern in the early removal of the urinary catheter.

**Keywords:** Urinary Catheter, Nursing Care, Elderly, Hospital Infection, Prevention and Control.

## ÍNDICE

Pág.

<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA EM ESTUDO</b>	15
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	19
2.1. A pessoa idosa e a infecção do trato urinário	19
2.2. O papel do enfermeiro na prevenção da infecção do trato urinário na pessoa idosa	21
<b>3. FILOSOFIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	25
<b>4. METODOLOGIA</b>	29
<b>5. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	33
5.1. Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em contexto da comunidade e hospitalar	35
5.2. Implementação de intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa	42
5.2.1. Desenvolver competências para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa	45
5.2.2. Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa	48
5.2.3. Intervir com enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa	53
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS/PERSPETIVAS FUTURAS</b>	61
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	65
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo I</b> - Autorização para implementação do projeto pelo diretor e enfermeira chefe do serviço de cirurgia geral	
<b>Anexo II</b> - Autorização do conselho de administração do hospital para implementação do projeto	

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Plano de atividades propostas na fase de planeamento

**Apêndice II** – Breve caracterização dos locais de estágio

**Apêndice III** – Norma da UCC para a prevenção da CAUTI

**Apêndice IV** - Estudo de caso

**Apêndice V** - Consentimento informado, livre e esclarecido para participar em projeto de estágio

**Apêndice VI** - Questionário acerca das recomendações baseadas na evidência para a prevenção da CAUTI

**Apêndice VII** – Grelha de auditoria às práticas e registos de enfermagem para a prevenção da CAUTI

**Apêndice VIII** – *Checklist* para monitorização diária da necessidade de algaliação e cuidados de manutenção ao cateter vesical

**Apêndice IX** – Divulgação do projeto à equipa de enfermagem

**Apêndice X** – Resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros sobre a prevenção da CAUTI

**Apêndice XI** – Resultados das auditorias aos registos e às práticas da equipa de enfermagem (1ª Fase)

**Apêndice XII** – Resumo com os resultados dos questionários e auditorias (1ª Fase) às práticas e registos da equipa de enfermagem

**Apêndice XIII** – Análise do preenchimento das *checklist's* para avaliar diariamente a necessidade de algaliação e os cuidados de manutenção ao cateter vesical, aplicadas aos idosos algaliados

**Apêndice XIV** – Norma do serviço de cirurgia geral para prevenção da CAUTI

**Apêndice XV** - Algoritmo para remoção da algália

**Apêndice XVI** – Poster com algoritmo para remoção da algália

**Apêndice XVII** – Resultados das auditorias aos registos e às práticas da equipa de enfermagem (2ª Fase)

**Apêndice XVIII** – Resumo com os resultados das auditorias (2ª Fase) às práticas e registos da equipa de enfermagem

**Apêndice XIX** - Apresentação dos resultados da implementação do projeto aos enfermeiros

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico da população é uma realidade à escala mundial. A Europa é uma das regiões mais envelhecidas do mundo, sendo designada por continente grisalho. Portugal, no contexto europeu, é um dos países que observa um maior envelhecimento demográfico (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2013).

Em Portugal, os estudos demográficos demonstram um aumento progressivo da população idosa, devido à diminuição da mortalidade e do consequente aumento da esperança média de vida, mas também à redução da natalidade, que está bem evidente na diminuição dos níveis de fecundidade (INE, 2013).

Por outro lado, a tecnologia ao serviço da saúde introduziu meios de diagnóstico e tratamento inovadores, contribuindo para a longevidade da população, mas aos quais existem riscos associados, sendo um dos mais importantes a infeção.

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

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

O envelhecimento da população e o crescente número de IACS, aliados ao facto da Infeção do Trato Urinário (ITU) ser a infeção mais frequente na pessoa idosa, atingindo 20% das mulheres e 10% dos homens, sendo que esta prevalência duplica após os 80 anos (Nazarko, 2013; Corrêa & Montalvão, 2010; Pompeo *et al*, 2004), conduziram-me para a problemática em estudo.

Segundo os dados da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) do hospital onde exerço funções, a ITU também é a mais comum no referido hospital, com uma taxa de prevalência de infeção de 29,2% no Inquérito de Prevalência de Infeção (IPI) efetuado em 2012, o que me levou a desenvolver o projeto no serviço onde trabalho (serviço de cirurgia geral).

A infeção urinária nosocomial (hospitalar) corresponde à aquisição de bacteriúria significativa no decurso do internamento, sendo definida usando os critérios para ITU sintomática ou assintomática. Pode envolver qualquer parte do sistema urinário, incluindo a uretra, a bexiga, os ureteres e os rins (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2014). Entre as complicações mais frequentes surge a pielonefrite, cistite, bacteriemia secundária, sépsis e prostatite (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Sabe-se que a cateterização vesical é o principal fator de risco para a ITU, sendo que 80% dos casos estão associados à algaliação (Blodgett, 2009).

As alterações funcionais e orgânicas do trato geniturinário, associadas à fragilidade do sistema imunitário do idoso e frequentemente também à desnutrição, colocam-no em risco acrescido de desenvolver ITU.

Uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde que permanece as 24 horas junto do doente, compete-lhe avaliar diariamente a necessidade de algaliação da pessoa idosa e sendo esta realmente necessária, oferecer os devidos cuidados na inserção, manutenção e remoção da algália.

Os cuidados de manutenção que o enfermeiro deve proporcionar à pessoa idosa algaliada, minimizando o risco de ITU, bem como a promoção do bem-estar e do autocuidado da pessoa idosa em ambiente hospitalar, são conceitos fundamentais nesta problemática, pelo que a realização deste projeto foi norteadada pelo quadro concetual de enfermagem de Orem e de Collière.

Assim, em virtude da frequência do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, surgiu a oportunidade de desenvolver esta temática, nomeadamente as intervenções de enfermagem para a prevenção da ITU na pessoa idosa algaliada, em contexto hospitalar. Além de ser um tema do meu interesse, uma

vez que também sou membro dinamizador da CCI no serviço onde trabalho, este vai ao encontro da revisão crítica da literatura efetuada e das políticas de saúde, que têm a prevenção das IACS como prioridade.

Este projeto visa contribuir para a prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI) na pessoa idosa e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde ao idoso, baseando a intervenção de enfermagem na evidência científica, que oferece orientações para evitar/minimizar este problema.

Foi utilizada a metodologia de projeto, que se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.

Este relatório representa o trabalho final de um estágio de 750 horas e de todo o percurso teórico efetuado ao longo de três semestres que integram o curso. O estágio constitui um espaço privilegiado para a integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, e para o desenvolvimento das competências no cuidado à pessoa idosa em situação de doença crónica e/ou crónica agudizada e sua família, em contexto intra e extra hospitalar.

Assim, o estágio foi desenvolvido no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), integrando durante 4 semanas uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) e em contexto hospitalar decorreu num hospital também da RLVT, onde durante uma semana estagiei com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) e as restantes 13 semanas decorreram no serviço de cirurgia geral, onde exerço funções.

O facto de abranger o contexto dos CSP e hospitalar contribuiu para uma visão mais abrangente, enquanto enfermeira especialista, dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa com doença crónica e/ou crónica agudizada e sua família.

A implementação deste projeto teve assim como **objetivos gerais**:

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família.
2. Implementar intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa.

Dotada de um pensamento crítico acerca do trabalho efetuado, considerei pertinente no final do estágio alterar o título do projeto para o título atual, mais adequado à sua essência e centrado na pessoa idosa, pelo que é possível encontrar títulos diferentes nos anexos/apêndices do relatório.

Neste trabalho apresenta-se inicialmente a problemática em estudo, uma revisão da literatura sobre a pessoa idosa e a infeção do trato urinário e o papel do enfermeiro na prevenção da ITU na pessoa idosa, a filosofia e conceção da prática de cuidados de enfermagem que sustentou o projeto, seguindo-se a metodologia utilizada.

Posteriormente, apresentam-se as atividades desenvolvidas no projeto e os resultados obtidos, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, em contexto da comunidade e hospitalar, e na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa, analisando-se as competências desenvolvidas. Por fim, surgem as considerações finais e perspetivas futuras, bem como as referências bibliográficas.

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA EM ESTUDO

A transição demográfica e epidemiológica que se assiste não apenas em Portugal, como em todo o mundo, apesar de ser um dos maiores triunfos da humanidade, é também um dos grandes desafios, trazendo importantes repercussões a nível económico, político e social.

A problemática em estudo surge assim atendendo a duas realidades com grande impacto mundial, por um lado, o envelhecimento da população, por outro, o crescente número de IACS.

As IACS incluem-se hoje entre as complicações mais frequentes da hospitalização, estimando-se que em toda a União Europeia haverá aproximadamente 5 milhões de casos identificados anualmente, com 50000 mortes relacionadas (World Health Organization - WHO, 2012a; Proux, Gerbier & Metzger, 2008). Por outro lado, conduzem ao consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, sendo um imperativo económico, sobretudo em países como Portugal, no momento de dificuldade financeira que atravessa, com escassez de recursos humanos e materiais em saúde. Estima-se que na Europa cerca de 13-24 biliões de euros por ano sejam gastos com as IACS (WHO, 2012a).

Não sendo um problema novo, as IACS assumem cada vez mais importância, constando da lista de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) no que respeita à segurança dos doentes, por serem um dos efeitos adversos da prestação de cuidados de saúde potencialmente evitáveis (WHO, 2009a). Existem estudos que revelam que pelo menos 20% das IACS poderiam ser evitadas (Pina *et al*, 2010).

A segurança dos doentes - *Patient Safety* – é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante da Qualidade em Saúde. Talvez por isso, este seja um dos temas incontornáveis que nos últimos anos e de forma crescente, tem dominado a agenda das políticas de saúde em vários países de todo o mundo, sendo igualmente um assunto

central na estratégia de várias organizações internacionais, de que é exemplo a *World Alliance for Patient Safety*, lançada em 2004 pela OMS (Sousa, 2006).

A segurança do doente é entendida como a ausência de danos evitáveis ao doente durante o processo de cuidados de saúde (WHO, 2009a). Este é um tema que afeta todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento, sendo que a pesquisa efetuada nos hospitais dos países desenvolvidos demonstra que 1 em cada 10 doentes admitidos no hospital sofre um efeito adverso (cerca de 10%). Este é entendido como um incidente no qual um doente é prejudicado, e inclui além das IACS, o erro e o atraso no diagnóstico, erros de medicação, erros de identificação de doentes, entre muitos outros (WHO, 2012a).

Ao longo dos anos tem-se assistido a um aumento das taxas de prevalência de infeção, e Portugal é um dos países da Europa com maiores taxas de infeção, verificando-se no IPI efetuado em 2012, uma taxa de prevalência de 10,6%, versus 6,1% da média europeia (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2013).

Assim, em Portugal esta problemática assumiu recentemente o carácter de Programa Prioritário de Saúde, tendo sido criado em 2013 o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), sendo as IACS consideradas um indicador relevante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados (DGS, 2013).

Entre as IACS, destaca-se a ITU, que de acordo com os resultados do IPI de 2012, em Portugal, é a segunda IACS mais frequente - 21,1%, precedida apenas das infeções do aparelho respiratório - 29,3% (Ministério da Saúde, 2013).

Nas pessoas idosas, atende-se ao processo de envelhecimento como um processo biológico, psicológico e social, contudo, é o envelhecimento biológico, nomeadamente as alterações fisiológicas que vão ocorrendo com o avançar da idade, que condicionam e predispõem o idoso à ITU.

Orem (2001, p.5) considera que as pessoas idosas e as crianças exigem mais cuidados de enfermagem, definindo a Enfermagem como “uma estrutura

que deriva de ações deliberadas, selecionadas e executadas por enfermeiras, para ajudar o indivíduo ou grupo sob sua responsabilidade, a manter ou alterar condições em si próprios ou no seu ambiente” (trad. do autor).

O ambiente em que a pessoa idosa vive assume extrema importância no processo de envelhecimento, sendo que aquando do internamento é da responsabilidade do enfermeiro fomentar um ambiente terapêutico e seguro, que promova o autocuidado, sendo este entendido como “(...) a prática de atividades que os indivíduos iniciam e efetuam em seu benefício tendo em vista a manutenção da vida, saúde e bem-estar” (trad. do autor) (Orem, 2001, p.35).

Collière (2003) enfatiza os cuidados de manutenção da vida que, aliados a um ambiente terapêutico seguro, são fundamentais para a prevenção da infeção na pessoa idosa, reconhecidamente mais frágil devido à diminuição progressiva da reserva funcional, resultante do processo de envelhecimento.

Apesar de ser definida de várias formas, a fragilidade parece ser consensualmente entendida como uma síndrome caracterizada por uma menor capacidade adaptativa aos eventos agressores, resultando numa maior vulnerabilidade a efeitos adversos, como as infeções, quedas, hospitalizações, incapacidade e a morte (Davin, Paraponaris & Verger, 2009).

De acordo com Perry (2012), devido à diminuição da sua reserva funcional, os idosos acabam por estar mais vulneráveis a desenvolver complicações durante a hospitalização, estando assim mais suscetíveis às IACS.

Esta é também uma problemática do meu contexto de trabalho, onde foi aplicado o projeto de estágio. De acordo com os dados divulgados pela CCI deste hospital da RLVT, no IPI de 2012, 51,2% da população estudada tinha idade  $\geq 65$  anos e as infeções mais comuns foram a ITU (29,2%), seguida da pneumonia e infeção da corrente sanguínea (ambas com 23,1%) e infeção do local cirúrgico (15,4%). Do total de doentes com IACS (12,5%), 31,9% tinha cateter urinário.

A prevalência da algaliação avaliada no serviço de cirurgia geral para diagnóstico de situação a 1/7/14 foi de 24%. Destes, 77% eram idosos e 50%

dos quais estavam algaliados sem indicação válida (segundo a análise efetuada aos processos clínicos).

Por outro lado, na prática diária, constatei que os enfermeiros do serviço poderiam melhorar os cuidados na manutenção do cateter urinário e investir na desalgaliação precoce dos doentes, bem como atender a pessoa idosa tendo em consideração a singularidade do processo de envelhecimento.

A pertinência deste projeto para a Enfermagem justifica-se pelo que foi abordado anteriormente relativamente ao imperativo económico, político e social em que as IACS se tornaram em todo o mundo, constituindo um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, mas sobretudo na medida em que se trata de uma questão deontológica, ética e moral - pela ausência de danos evitáveis à pessoa idosa, que deve reger a prestação de cuidados de enfermagem.

De acordo com artigo 81, do Código Deontológico do Enfermeiro, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida”, pelo que assume um papel de relevo na prevenção das IACS, nomeadamente da CAUTI, proporcionando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

Este último é descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p.7): “considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes (...)” o enfermeiro deve atuar “(...) proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

Os dados anteriormente apresentados relativamente à percentagem de IACS em Portugal, com todos os seus impactos associados, reforçam a necessidade de implementação de intervenções de enfermagem para prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. A pessoa idosa e a infecção do trato urinário

Na lista de prioridades de intervenção da WHO *Patient Safety* constam as IACS, com programas como o *Clean Care is Safer Care*, a campanha *Save Lives: Clean Your Hands*, entre outros, que incidem em áreas prioritárias como por exemplo, a higiene ambiental, a higiene das mãos ou o uso de equipamento de proteção individual, bem como os cuidados às pessoas idosas e frágeis (WHO, 2012a).

O conceito de fragilidade tem sido bastante estudado nos últimos anos, e como já foi referido anteriormente, surge frequentemente como uma síndrome geriátrica. De acordo com Clegg & Young (2011), a fragilidade é caracterizada por uma combinação de fatores, incluindo o processo de envelhecimento, doenças crónicas e uma diminuição da vitalidade. Adicionalmente, fatores comportamentais, físicos, sociais e ambientais, podem tornar os indivíduos mais suscetíveis à infecção, a um aumento da dependência, a hospitalizações ou até à morte (Amaral, Guerra, Nascimento & Maciel, 2013; Wallace *et al*, 2012).

É esta fragilidade do idoso, que o torna reconhecidamente mais suscetível às infeções. A fragilidade do seu sistema imunitário e as alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, levam a que a infeção do trato urinário seja a mais comum entre os idosos, atingindo 20% das mulheres e 10% dos homens (Nazarko, 2013; Corrêa & Montalvão, 2010; Pompeo *et al*, 2004).

Segundo Dallacorte, Schneider & Benjamin (2007), as principais alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento e que colocam o idoso em risco acrescido de desenvolver ITU são as seguintes:

**Mulheres** – Alteração da flora vaginal protetora pós-menopausa, pela diminuição dos estrogénios; aumento do volume residual de urina; cistocelo; contaminação fecal e o enfraquecimento do soalho pélvico.

**Homens** - Hipertrofia prostática, que dificulta o esvaziamento vesical; diminuição da atividade bactericida das secreções prostáticas; estenose uretral e as infecções prostáticas.

**Ambos** - Anomalias urológicas e bexiga neurogénica.

A ITU entre os idosos inclui as infecções sintomáticas e assintomáticas, sendo mais comum a bacteriúria assintomática, e é consensual que esta não deve ser tratada (Bergman, Schjott & Blix, 2011).

O **quadro de infecção urinária nos idosos** assume particular destaque, uma vez que frequentemente se pode manifestar com **sinais e sintomas atípicos**, tais como: confusão; incontinência; inquietação; diminuição do apetite; letargia; quedas e ausência de febre - o que dificulta o diagnóstico e atrasa o tratamento, aumentando assim o de risco morte (Perry, 2012; Tingström, Milberg & Sund-Levander, 2010; Corrêa & Montalvão, 2010; Bellmann-Weiler & Weiss, 2009).

Para Blodgett (2009) a ITU é a IACS mais frequente e 80% dos casos estão associados à algaliação. Mori (2014) também considera que a CAUTI é a mais comum, correspondendo a cerca de 40% de todas as IACS. Contudo, realça que vários estudos demonstram que metade dos doentes estão algaliados sem uma indicação válida, justificando assim medidas interventivas nesta área.

Assim, a presença do cateter urinário é o principal fator de risco para a ITU nos idosos algaliados em contexto hospitalar, sendo que o risco de infecção está diretamente relacionado com o tempo de cateterização e aumenta cerca de 5% por cada dia de algaliação (Pratt & Pellowe, 2010; Nicolle, 2005).

Vários estudos demonstram que o agente causal de 90% das ITU em idosos é a *Escherichia Coli* (Nazarko 2013, Corrêa & Montalvão, 2010; Dallacorte *et al*, 2007).

Estima-se que, aplicando medidas de controlo de infecção adequadas, se possam evitar até 69% das infecções urinárias, o que representa cerca de 380.000 infecções e 9.000 óbitos por ano (Gould, Umscheid, Agarwal, Kuntz & Pegues, 2009), justificando assim que se faça neste trabalho uma análise ao papel do enfermeiro na prevenção da CAUTI entre idosos.

## 2.2. O papel do enfermeiro na prevenção da infecção do trato urinário na pessoa idosa

Como enfermeiros, há que compreender que frequentemente entre os idosos as doenças se apresentam de forma atípica, tal como já foi explicitado no caso da infecção urinária. Assim, Terry Fulmer debruçou-se sobre o papel do enfermeiro especialista em geriatria e desenvolveu em 1988 um trabalho que permite avaliar a condição dos doentes idosos hospitalizados, atendendo às grandes síndromes geriátricas, através do acrónimo SPICES:

S – *Sleep Disorders*

P – *Problems with eating or feeding*

I – *Incontinence*

C – *Confusion*

E – *Evidence of falls*

S – *Skin breakdown*

Este acrónimo integra o *Nurses Improving Care for Health System Elders* (NICHE), um projeto que visa identificar e ajudar os hospitais a implementar as melhores práticas nos cuidados aos idosos, desde 1990. Permite aos enfermeiros que, conhecendo estes problemas que acontecem com o avançar da idade, possam prevenir iatrogenias desnecessárias e otimizar o processo de envelhecimento (Fulmer, 2007).

Segundo Fulmer (1991), frequentemente não atendemos às grandes síndromes geriátricas e se, por exemplo, um doente idoso sofre de incontinência urinária, rapidamente lhe colocamos uma fralda ou o algaliamos para “controlar esse problema”. Afirma que a incontinência pode ser contornada de outras formas, como por exemplo, lembrando frequentemente a pessoa idosa da necessidade de urinar.

A avaliação *SPICES*, feita regularmente, pode sinalizar a necessidade de uma avaliação mais específica e contribuir para a prevenção e tratamento destas condições comuns entre idosos (Fulmer, 2007).

A prevenção da ITU na pessoa idosa é uma problemática multifatorial e de responsabilidade coletiva (Silva *et al*, 2012). Contudo, a equipa de enfermagem, por passar 24 horas junto do doente e ser responsável pela técnica de algaliação e pela supervisão/manutenção do cateter urinário, assume um papel de relevo nesta questão (Giarola *et al*, 2012; Figueiredo & Gomes, 2011).

Assim, atendendo à posição de destaque que o enfermeiro ocupa no seio da equipa multidisciplinar e junto do doente/família, ele assume um importante papel na **educação contínua/formação** de pares e dos restantes elementos da equipa (Giarola *et al*, 2012). A formação é apontada por vários autores como a principal estratégia na prevenção da ITU (Giarola *et al*, 2012; Figueiredo & Gomes 2011; Dias, 2010), indo ao encontro das *guidelines* preconizadas para a inserção, manutenção e remoção do cateter urinário.

Como referido anteriormente, a ITU na pessoa idosa manifesta-se muitas vezes atipicamente, podendo o reconhecimento tardio dos seus sinais e sintomas dificultar o diagnóstico, atrasar o tratamento e assim aumentar o risco de complicações associadas à infeção urinária (Perry, 2012).

É fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento dos sinais e sintomas de ITU no idoso, para os saber diagnosticar precocemente, justificando-se também a formação nesta área.

Barbosa & Siqueira (2009) realçam a importância de envolver o doente e família na educação que é feita pelo enfermeiro, uma vez que se pretende estimular o autocuidado. Estas autoras falam também da importância da **vigilância epidemiológica**, neste caso relativa às ITU, com **informação de retorno/feedback** aos profissionais de saúde, como estratégia de responsabilização e sensibilização dos mesmos.

Para Dias (2010) a **higiene das mãos** assume um papel importante na prevenção das IACS, com uma relação satisfatória custo-benefício, não sendo exceção na prevenção da ITU. Pina *et al* (2010) reforçam a importância da higiene das mãos e de existirem **auditorias** a esta prática, através de observação direta da mesma.

Na revisão sistemática da literatura efetuada por Gregorius (2012), além das atividades já mencionadas anteriormente, realça-se a importância do **uso de equipamento de proteção individual, o controlo dos fatores ambientais e a realização de protocolos de atuação**, neste caso, para prevenir a ITU.

A ITU está intrinsecamente relacionada à algaliação, que sem indicação na pessoa idosa, é associada a situações de gestão da incontinência ou a ausência de informação para remover o cateter urinário (Caramujo, Carvalho & Caria, 2011).

Sabe-se que o tempo de permanência do cateter urinário é um dos principais fatores de risco para a CAUTI. Estima-se que por cada dia de algaliação, o risco de infeção aumente entre 3-10%, chegando aos 100% ao fim de 30 dias de internamento (Mori, 2014).

Neste sentido, torna-se extremamente importante o enfermeiro **avaliar a necessidade de algaliação e minimizar o seu uso**, sobretudo entre os idosos, embora algumas situações o justifiquem, como é o caso de existir retenção urinária; necessidade de uma monitorização rigorosa dos débitos urinários, em pós-operatórios complicados; incontinência urinária na presença de úlceras na região sagrada ou perineal; entre outras (Gould *et al*, 2009).

Gould *et al* (2009) pressupõem cinco níveis de intervenção para a prevenção da CAUTI: 1. Avaliação da necessidade de algaliação, com base na avaliação do risco individual do doente; 2. Seleção do tipo de algália, de acordo com a duração prevista da algaliação; 3. Inserção assética da algália; 4. Manutenção da algaliação; 5. Remoção da algália.

Vários estudos apontam para a **remoção precoce da algália** como a principal estratégia de intervenção na prevenção da CAUTI, através de: lembretes físicos ou virtuais (Chen *et al*, 2013; Bernard, Hunter & Moore, 2012; Blodgett, 2009); de um algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação e manutenção do cateter urinário (Winter *et al*, 2009); avaliação diária pelo enfermeiro, documentando a necessidade de algaliação e a manutenção que é feita ao cateter (Dailly, 2011); criação de um protocolo para o enfermeiro remover precocemente o cateter urinário – *Nurse-Driven Protocol* (Mori, 2014).

Pina *et al* (2010) apontam para o conceito de “*care bundles*”. Neste caso, a **bundle da algália** é um conjunto de medidas que aplicadas em simultâneo acabam por ter melhores resultados do que isoladamente, na prevenção da ITU (Rosenthal *et al*, 2012; Winter *et al*, 2009).

### 3. FILOSOFIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A prevenção da ITU na pessoa idosa implica uma conceção de cuidados centrados na pessoa, que segundo McCormack & McCance (2006) deve atender: aos atributos do enfermeiro (ser profissionalmente competente, competências interpessoais e de comunicação); ao contexto dos cuidados (combinação de competências, sistemas que facilitem a tomada de decisão, a relação entre os profissionais e sistemas de suporte organizacional); ao processo de cuidados centrado na pessoa (presença simpática, empenhamento, respeitar as suas crenças e valores, partilhar a tomada de decisão e satisfazer as suas necessidades) e aos resultados esperados (satisfação com os cuidados, sentimento de bem-estar e ambiente terapêutico).

Collière (1999, p.151) considera que a pessoa não é apenas "... objecto portador da doença x, y, z, mas constitui, realmente, a finalidade dos cuidados que não adquirem sentido, senão a partir dele, daquilo que é, do que representa no seio do seu ambiente social".

Assim, de acordo com a mesma autora (Collière, 2003, p.243)

uma das funções do enfermeiro é aprender a discernir o que favorece o desenvolvimento da vida das pessoas e o que lhes cria obstáculo, afim de evitar que a doença apareça (prevenção primária), se instale (prevenção secundária) e se agrave (prevenção terciária).

Collière (2003) fala ainda dos cuidados de manutenção da vida, como cuidados que sustentam e mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidades do quotidiano, e que se enquadram na problemática em estudo.

Orem (2001) aborda também conceitos fundamentais para esta problemática, que vão ao encontro dos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2012), nomeadamente, a importância de promover o bem-estar, estimular o autocuidado (sendo este o conceito central da sua teoria) e prevenir complicações, como é o caso da infeção do trato urinário.

Assiste-se frequentemente no internamento a situações de idosos que não usavam fralda e que passam a usar porque os enfermeiros "assim entendem

que é melhor para o doente”, facilitando o seu trabalho, ou o fácil acesso às algalias, que acaba por se traduzir em muitas algalias desnecessárias, colocando o idoso em risco acrescido de desenvolver infecção urinária (Bernard *et al*, 2012).

Orem (2001), na sua teoria, considera que o Doente é definido como um agente de autocuidado ou um agente dependente de cuidados. O Ambiente inclui condições físicas e psicológicas externas ao doente. A Saúde é definida como um estado que é caracterizado pela sensação de bem-estar das estruturas humanas e do funcionamento do corpo e da mente. A Enfermagem é entendida como um conjunto de ações destinadas a promover as capacidades de autocuidado da pessoa que apresenta défice do mesmo.

Segundo a mesma autora, o autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades da vida diária que o indivíduo realiza em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Para que tal aconteça, o indivíduo tem de ser capaz de se adaptar ao autocuidado, tomando como requisitos as atividades de vida diária (manutenção de ingestão hídrica, ar, alimentos, manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social, entre outros). Essa capacidade é afetada por fatores como: idade, sexo, estado de saúde, questões ambientais, etc.

A teoria desenvolvida por Orem (2001) é composta por três teorias inter-relacionadas:

- Teoria do Autocuidado, que descreve como e porque as pessoas cuidam de si próprias;
- Teoria do Défice de Autocuidado, que explica como as pessoas podem ser ajudadas pela Enfermagem;
- Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve as relações que têm de ser desenvolvidas e mantidas para que se produza Enfermagem, sendo esta última considerada como a teoria unificadora, incluindo todos os princípios fundamentais.

Orem (2001) considera três requisitos para o autocuidado: Universais, de Desenvolvimento e por Desvios de Saúde. É sobretudo neste último que

considero que se enquadra a problemática em estudo, por se basear na suposição de que os desvios da integridade estrutural e funcional e do bem-estar, como é o caso da pessoa idosa algaliada, implica a sua prevenção, controlo e minimização dos seus efeitos.

Por outro lado, podemos também enquadrar as questões da prevenção da CAUTI nos requisitos universais do autocuidado, nomeadamente na prevenção de riscos à vida humana, funcionamento e bem-estar humano. Orem (2001) associa a prevenção primária aos requisitos universais e de desenvolvimento do autocuidado, e a prevenção secundária e terciária aos requisitos dos desvios de saúde do autocuidado (embora também possa estar associada aos outros dois requisitos).

A teoria de Orem é bem aceite por toda a comunidade de enfermagem, sendo a sua obra utilizada em todo o mundo, nas diferentes fases do ciclo vital e em diferentes contextos (Taylor, 2004).

Orem (2001) considera que os idosos requerem cuidado ou assistência total, quando as suas capacidades físicas e mentais entram em declínio e limitam o autocuidado. Contudo, o processo de envelhecimento é único e individual, pelo que apesar de existir um desvio de saúde, neste caso a existência de uma algália no processo de eliminação, a pessoa idosa pode não ser dependente no autocuidado e necessitar apenas de orientação/ensino na manutenção da algaliação.

Assim, Orem (2001) aborda 5 métodos gerais de ajuda: 1) agir ou fazer para outro; 2) Orientar o outro; 3) Apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4) Fornecer um ambiente que promove o desenvolvimento pessoal; 5) Ensinar o outro.

Realço nesta problemática a importância do enfermeiro fornecer um ambiente de desenvolvimento, que ajude a proporcionar condições ambientais que motivem a pessoa a estabelecer metas e alcançar resultados específicos. Neste caso, o enfermeiro deve algaliar a pessoa idosa apenas quando for necessário e incentivá-la no autocuidado eliminação. No idoso algaliado, deve promover as boas práticas nos cuidados de inserção, manutenção e remoção da algália e ser um dinamizador da desalgaliação precoce.



## 4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a metodologia de projeto, em que a teoria se encontra ligada à prática e o trabalho se desenvolve no próprio contexto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.

Segundo Ruivo *et al* (2010), a metodologia de projeto é constituída por cinco etapas:

**1) Diagnóstico da situação** – Foi efetuado a partir de uma preocupação relativamente a esta problemática, enquanto membro dinamizador da CCI e através do trabalho de campo desenvolvido no contexto onde foi implementado o projeto.

**2) Definição dos objetivos** – Foram definidos os objetivos gerais já apresentados na introdução e respetivos objetivos específicos (que constam do apêndice I).

**3) Planeamento** – De acordo com os objetivos traçados, foram delineadas as atividades a desenvolver e os respetivos resultados esperados (apêndice I), atendendo ao tempo e recursos disponíveis.

**4) Execução e avaliação** – A execução das atividades planeadas foi possível através da realização de estágios nos locais selecionados, sendo que a avaliação da implementação do projeto foi efetuada através de auditorias às práticas e registos da equipa de enfermagem.

**5) Divulgação dos resultados** – Esta é a fase atual, que corresponde à elaboração do relatório de estágio.

Para Fortin (1999) o ponto de partida da investigação é uma situação que suscita interrogações, mal-estar ou uma inquietação que requer uma melhor compreensão.

O tema deste projeto é “A pessoa idosa algaliada em contexto hospitalar: intervenções de enfermagem para a prevenção da infeção do trato urinário”,

sendo a questão de partida para a compreensão desta temática: “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e controlo da infeção urinária (I) no idoso algaliado (P), em contexto hospitalar (Co)?

Foi assim efetuada uma pesquisa com recurso ao motor de busca EBSCOhost, para acesso às bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, atendendo às palavras-chave: *Urinary catheter, Nursing Care, Elderly, Hospital Infection, Prevention and Control*, utilizando os booleanos *AND* e *OR*.

Dos resultados obtidos foi efetuada uma revisão crítica da literatura, bem como da pesquisa bibliográfica que foi efetuada em livros, artigos e outros documentos pesquisados na biblioteca da ESEL e na internet, que foi uma constante ao longo do projeto e permitiu sustentar/basear as intervenções de enfermagem implementadas no estado da arte.

Na implementação do projeto, para identificar as necessidades de formação dos enfermeiros, foi inicialmente aplicado um questionário e foram realizadas auditorias às práticas e registos da equipa de enfermagem, sendo estas últimas um instrumento valioso numa segunda fase, para avaliar a implementação das intervenções de enfermagem.

De salientar, que os instrumentos utilizados, neste caso o questionário e a grelha de observação das práticas e registos da equipa de enfermagem, foram construídos por mim, atendendo a várias pesquisas efetuadas e sob a supervisão da enfermeira responsável pela CCI do hospital onde exerço funções e pela enfermeira chefe do serviço onde foi implementado o projeto.

As reuniões com estes dois últimos elementos assumiram extrema importância e foram uma constante ao longo de todo o projeto, sendo determinantes para o desenvolvimento do mesmo.

As reuniões de orientação tutorial foram igualmente fundamentais ao desenvolvimento do projeto: discutiram-se estratégias e atividades a desenvolver face aos obstáculos encontrados; promoveu-se a análise e reflexão do trabalho desenvolvido; partilharam-se experiências e vivências.

Por sua vez, a realização de um portefólio<sup>1</sup> ao longo deste percurso permitiu a reflexão acerca dos conhecimentos adquiridos e das atividades desenvolvidas, consciencializando-me da necessidade de aquisição de novos conhecimentos.

Para a implementação do projeto e comunicação com a equipa de enfermagem, foi fundamental a elaboração de um dossiê, que foi colocado em ambas as alas do serviço de cirurgia geral, junto ao balcão de enfermagem, onde constam os resultados dos questionários e auditorias realizados, bem como todo o material relativo ao projeto.

O recurso ao correio eletrónico foi uma estratégia utilizada para facilitar a comunicação e “fazer chegar” a informação pertinente a toda a equipa de enfermagem, sendo que ao longo do estágio foram enviados vários *emails* aos enfermeiros do serviço, por intermédio da enfermeira chefe.

Durante a implementação do projeto foram proporcionados vários momentos de reflexão no seio da equipa de enfermagem, acerca dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e idosa e família, nomeadamente, refletindo acerca da indicação da algaliação na pessoa idosa.

Estes momentos de reflexão assumem particular importância numa altura em que é difícil solicitar aos enfermeiros que despendam do seu pouco tempo livre para vir a reuniões de formação, e na medida em que as formações clássicas e escolarizadas, são reconhecidamente ineficazes quando se pretendem produzir mudanças de comportamento numa organização (Canário, 1999).

De acordo com o mesmo autor (1999), a otimização do potencial formativo das situações de trabalho passa pela criação de dinâmicas formativas, que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens.

---

<sup>1</sup> Portefólio em educação corresponde a uma coleção organizada e planeada de trabalhos produzidos pelo estudante, ao longo de um determinado período de tempo, de forma a poder proporcionar uma visão alargada e detalhada dos diferentes componentes do seu desenvolvimento cognitivo, metacognitivo e afetivo (Valadares & Graça, 1998).



## 5. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A implementação das atividades só foi possível através da realização de um ensino clínico, que teve a duração de 18 semanas e foi desenvolvido abrangendo dois contextos da prática: intra e extra hospitalar. Este teve como **finalidade** o desenvolvimento de competências para cuidar da pessoa idosa em situação de doença crónica e/ou crónica agudizada e sua família, em ambos os contextos.

Assim, decidi efetuar estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da RLVT, integrando a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que de acordo com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, par. 6) direciona

a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da rede social, no apoio social domiciliário.

Esta escolha baseou-se no facto de pretender conhecer melhor a realidade das UCC, por serem unidades com autonomia técnica e funcional, com uma carteira de serviços específica e cuja atividade se desenvolve em estreita articulação com as demais unidades dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Por outro lado, são constituídas por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros), coordenadas por um enfermeiro, que visam prestar cuidados assistenciais na comunidade, nomeadamente nos domicílios, escolas, empresas, etc. (OE, 2012).

O estágio intra hospitalar decorreu no hospital da RLVT onde exerço funções, com início no GCLPPCIRA, onde estagiei uma semana, seguindo-se 13 semanas de estágio no serviço de cirurgia geral, o meu local de trabalho e onde decidi implementar o projeto.

A opção por estagiar no GCLPPCIRA deste hospital baseou-se no facto de já ser membro dinamizador do mesmo no serviço de cirurgia geral, reconhecendo o seu trabalho e competência, pelo que pretendia conhecer a dinâmica deste grupo, recentemente assim designado, bem como compreender o papel dos enfermeiros que dele fazem parte, nomeadamente em relação às orientações para a prevenção e controlo das ITU.

O serviço de cirurgia geral, sendo o local onde exerço funções e por isso conheço a sua realidade, nomeadamente em termos de prevenção e controlo de infeção, surgiu assim na fase de diagnóstico de situação como um local privilegiado para o desenvolvimento do projeto. Por outro lado, apesar de trabalhar no serviço de cirurgia geral há 12 anos e conhecer o perfil de doentes que dele fazem parte, atualmente este está diferente, assistindo-se cada vez mais a um crescente número de idosos internados, com situações de doença crónica e/ou crónica agudizada, exigindo cuidados de enfermagem especializados na área de intervenção da pessoa idosa e sua família.

Para um maior conhecimento acerca dos locais de estágio acima referidos, remeto para a leitura do apêndice II, onde é efetuada uma breve caracterização dos serviços em questão, contextualizando-os relativamente à missão de cada um e respetivos recursos humanos e físicos.

## **5.1. Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em contexto da comunidade e hospitalar**

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família foi uma constante ao longo de todo o ensino clínico, sendo que o estágio na comunidade foi sobretudo desenhado com esse propósito.

### **➤ Contexto da Comunidade**

O estágio na ECCI teve a duração de 4 semanas e decorreu entre 29 de setembro e 26 de outubro de 2014.

Neste ensino clínico, pretendeu-se essencialmente dar resposta ao primeiro objetivo geral do estágio, que diz respeito ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família.

O contexto da comunidade é um contexto com o qual só tive contacto enquanto estudante, no curso de base, pelo que a oportunidade de estagiar na ECCI foi um grande contributo para alcançar este objetivo.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) considerados como o pilar central do sistema de saúde pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, são o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, nomeadamente os hospitais. O reforço dos CSP, como fundação para a obtenção de ganhos em saúde e melhor gestão de doenças crónicas, é recomendado pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Ministério da Saúde, 2012).

As UCC conseguem, se forem bem apoiadas, trazer benefícios para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao proporcionarem cuidados no domicílio 7 dias por semana, evitando muitas idas desnecessárias aos serviços de urgência por parte dos utentes e suas famílias (OE, 2012).

Na prática, a integração à equipa da UCC, mais especificamente à equipa da ECCI, decorreu sem complicações, sendo uma equipa recetiva, dinâmica e

proativa, que de imediato se disponibilizou em tentar oferecer as mais variadas experiências de aprendizagem, com o intuito de enriquecer o estágio, atendendo aos objetivos propostos.

Assim, para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, estabeleci dois objetivos específicos:

1) Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados;

2) Intervir como enfermeiro especialista na capacitação da pessoa idosa e família.

Em relação ao primeiro objetivo específico, este foi alcançado através da constante pesquisa bibliográfica efetuada, bem como da vivência e contacto diário com as pessoas idosas e suas famílias, que o contexto domiciliário proporcionou.

As visitas domiciliárias permitiram o contacto direto com os utentes e suas famílias, sendo que o facto de entrar nas suas casas e conhecer um pouco “do seu mundo” facilitou uma avaliação mais adequada das suas necessidades de cuidados, atendendo aos seus projetos de vida.

Foi possível durante o estágio acompanhar diariamente vários utentes idosos e suas famílias, conversar com os mesmos e perceber, juntamente com os enfermeiros da ECCI, quais as intervenções de enfermagem a desenvolver, sendo muitas vezes necessário recorrer à colaboração de outros elementos da equipa de saúde, como por exemplo, o médico ou a assistente social, ou até encaminhar para o hospital.

A prestação de cuidados ao utente idoso e família permitiu que aplicasse os instrumentos de avaliação dos mesmos e que me confrontasse com algumas dificuldades na sua utilização, sendo a maioria dos instrumentos desconhecidos pelos enfermeiros da ECCI, que utilizam além das escalas de *Morse e Braden*, o *Índice de Barthel* ( instrumento de avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária).

Foi curioso e uma mais valia poder encontrar nas visitas domiciliárias efetuadas, muitas delas pela primeira vez, utentes que já conhecia do contexto

hospitalar onde trabalho (tendo sido referenciados pelo serviço de cirurgia geral para a ECCI), e aproveitar o conhecimento e a relação que tinha com estes utentes e famílias, para funcionar como elemento de ligação entre os enfermeiros da ECCI e os utentes/família, sendo nalguns casos o elemento de referência para estes últimos, aprimorando a prestação de cuidados como enfermeira especialista à pessoa idosa e família.

Por outro lado, a análise da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família em contexto domiciliário, também me permitiu desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família, sendo que fiquei surpreendida com o importante papel que os enfermeiros da ECCI desempenham na vida dos seus utentes/famílias.

Estes enfermeiros desempenham assim um papel crucial, respondendo aos 3 níveis de prevenção (primária, secundária e terciária): dão ênfase ao acompanhamento dos processos de transição das famílias, prevenção da doença, promoção da saúde e reabilitação, para além da dimensão curativa e paliativa (OE, 2012).

A equipa da ECCI inicia o dia de trabalho verificando se existem novos utentes admitidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)<sup>2</sup> e discutindo algumas situações pertinentes. Depois, os 4 enfermeiros dividem-se em duas equipas e dão início aos domicílios, abrangendo áreas geográficas diferentes, mantendo diariamente cada enfermeiro os mesmos utentes. Considero que, se por um lado está aqui implícita uma gestão de tempo e recursos, por outro, promove-se a continuidade de cuidados e o estabelecimento de uma relação terapêutica com aqueles utentes/famílias.

Em muitas das situações, ao contrário do que frequentemente se assiste no internamento, o enfermeiro da ECCI demonstrou ir ao domicílio cuidar da

---

<sup>2</sup> A RNCCI pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrado no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos, e pelo prestador mais adequado. A RNCCI dirige-se a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (ARSLVT, par. 3).

família, como é o caso das situações de fim de vida, em que tentam acompanhar não só o utente, mas sobretudo a família.

Tive oportunidade de conhecer a carteira de utentes da ECCI na sua globalidade, abrangendo as várias áreas geográficas. A grande maioria dos utentes são idosos, sendo possível constatar que, se na maior parte dos casos existe suporte familiar, situações há em que o único apoio dos utentes são as instituições comunitárias.

Esta foi uma realidade com a qual não estava à espera de me deparar, tendo encontrado situações em que pessoas totalmente dependentes nas suas atividades de vida diária permanecem toda a noite sozinhas em casa, contando apenas com a presença de profissionais de saúde e das instituições de apoio, por alguns períodos do dia. Considero que esta situação também gera algum sentimento de impotência para os enfermeiros da ECCI, que apesar de se articularem com os parceiros comunitários e terem uma assistente social na equipa, pouco mais conseguem oferecer.

Contudo, estes enfermeiros estão sem dúvida numa posição privilegiada em relação aos demais profissionais de saúde, no que concerne ao conhecer o utente e sua família. O facto de oferecerem um acompanhamento personalizado e sistemático, na maior parte dos casos diariamente, aos seus utentes/famílias, promove o estabelecimento de uma relação de confiança com os mesmos. Ao entrarem diariamente em suas casas têm também disponível a informação que a própria casa oferece, “contando” muito da história de vida daquela pessoa e/ou família.

O enfermeiro da ECCI quando entra no domicílio dos utentes está assim atento a todas as formas de comunicação, sendo que estas são determinantes para a sua intervenção junto daquele utente/família.

Semanalmente, a ECCI tem uma reunião multidisciplinar para discutir os casos mais problemáticos, pelo que existe todo um conceito de equipa que envolve uma tomada de decisão conjunta.

Esta magnitude da intervenção de enfermagem e a variedade de experiências vivenciadas, contribuíram para o alcançar dos objetivos propostos

e para o **desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente na gestão dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal.**

O segundo objetivo específico proposto foi também alcançado na prestação diária de cuidados ao idoso e sua família, mais especificamente na prevenção da CAUTI, em que a equipa da ECCI me reconheceu competências para dinamizar a desalgaliação precoce (sempre que possível) junto dos seus utentes. Esta situação foi possível em três dos utentes, dois deles idosos, com sucesso.

Por outro lado, apesar da prevenção da ITU ser uma preocupação constante dos enfermeiros da ECCI, tentando seguir as recomendações nacionais e internacionais, não existia nenhum protocolo ou norma de serviço.

Assim, em consonância com a enfermeira membro dinamizador da Comissão de Controlo de Infeção do ACES na ECCI, apresentei uma proposta de **norma para a prevenção da CAUTI** (apêndice III), que tentei articular previamente com a enfermeira responsável pela CCI do ACES para a sua elaboração, sem sucesso. Esta norma foi aprovada pela enfermeira orientadora do estágio e pela enfermeira coordenadora da UCC, sendo que ficou disponível para consulta no dossiê de normas da ECCI e nos seus computadores, para um fácil acesso a todos os profissionais.

Apesar da elaboração desta norma não estar prevista inicialmente, na fase de planeamento, considerei pertinente a sua elaboração no sentido contribuir para a difusão das boas práticas de enfermagem na prevenção e controlo da CAUTI, permitindo o desenvolvimento de **competências comuns** de enfermeira especialista **no domínio da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais.**

Por outro lado, neste contexto foi também possível desenvolver **competências específicas de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, nomeadamente na pessoa idosa**, agindo como dinamizadora da sua capacitação na gestão da doença aguda e/ou crónica e **perita na prestação de cuidados ao utente idoso algaliado.**

## ➤ Contexto Hospitalar

O estágio no contexto hospitalar, nomeadamente no serviço de cirurgia geral, teve sempre subjacente a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família. Contudo, sendo o local onde foi implementado o projeto, grande parte das atividades desenvolvidas visaram alcançar o segundo grande objetivo geral.

O ensino clínico no serviço de cirurgia geral teve a duração de 13 semanas e decorreu entre 3 de novembro de 2014 e 13 de fevereiro de 2015.

Este estágio permitiu aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, mobilizando-os e efetuando novas aprendizagens, através da permanente pesquisa bibliográfica, que foi essencial para uma tomada de decisão fundamentada.

A reflexão acerca da prática de cuidados de enfermagem foi uma constante no meu dia a dia, sendo que refletir sobre a experiência desafia à identificação de novas maneiras de atuação (Johns, 2000). Assim, esta reflexão contribuiu para uma mudança de comportamentos, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, em que passei a atender mais à pessoa idosa com conhecimento das suas especificidades de cuidados, mas também dos seus projetos de vida, encarando-a como um ser único, inserido numa família, também ela alvo da minha atenção e dos meus cuidados.

Foi possível, em contexto de estágio, com mais tempo disponível para a pessoa idosa e sua família, conhecer realmente o doente, mas também a família, que como referi anteriormente, muitas vezes é descurada, sendo procurada apenas no momento da alta. Além de parceira nos cuidados<sup>3</sup> à pessoa idosa, a família foi também alvo de cuidados, como pude vivenciar com uma doente em fim de vida, que a filha deixou de cuidar de si, para

---

<sup>3</sup> O conceito de Parceria é entendido como um processo dinâmico, negociado em conjunto por doentes e enfermeiros no respeito pelos saberes de cada um. Este processo implica que seja dado à pessoa o direito e a responsabilidade de fazer escolhas, envolver-se na tomada de decisão em liberdade, no respeito pela sua autonomia e liberdade (Gomes, 2009). A construção do processo de parceria caracteriza-se por cinco fases: revelar-se, envolver-se; capacitar ou possibilitar; comprometer-se; assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2009).

acompanhar a mãe neste período, ficando noite e dia junto da mesma. Considero que esta experiência foi uma mais valia, pelo facto de ter efetivamente cuidado desta família, tendo apoiado a filha da doente no que ela necessitou e encaminhado a situação para a equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar, que dotada das competências necessárias, conseguiu dar um suporte adequado à doente e família.

Como estratégia de auto aprendizagem elaborei estudos de caso (apêndice IV), que “consistem no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (individuo, família, grupo)” (Fortin, 2009, p.241).

O respeito pelas questões éticas foi sempre salvaguardado, nomeadamente, explicando ao doente o contexto em que se inseria o trabalho e os seus objetivos, pedindo a sua colaboração, garantindo a confidencialidade dos dados obtidos, e ainda, salvaguardando a possibilidade de desistir da sua participação, sem que com isso prejudicasse os seus interesses (Fortin, 2009).

Assim, foi possível aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa e família através da elaboração de estudos de caso, com recurso a instrumentos para a avaliação multidimensional da pessoa idosa e família, que promoveram momentos de reflexão individual, mas também no seio da equipa de enfermagem. Apenas na prática foi possível treinar a utilização destes instrumentos e constatar as suas qualidades e limitações, uma vez que, tendo sido apresentados em contexto de sala de aula, praticamente não tinham sido trabalhados. Neste sentido, sinto que ainda necessito de aplicar mais estes instrumentos para me sentir mais à vontade na sua utilização.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família teve sempre subjacente a promoção do autocuidado, integrando os 5 métodos gerais de ajuda (Orem, 2001). A pessoa idosa precisa de cuidados centrados em si, numa perspetiva antropológica, que “consiste em ficar próximo das pessoas, deixando vir a nós o que formos capazes de agarrar, o que conseguirmos aprender com elas a partir do que nos revelam por sua própria iniciativa” (Collière, 2003, p.148).

## 5.2. Implementação de intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa

Foi no serviço de cirurgia geral, onde exerço funções, que decidi implementar o projeto de estágio, sendo que para tal, foi necessário previamente solicitar autorização ao diretor e à enfermeira chefe do serviço, bem como ao conselho de administração do hospital.

O projeto foi assim aceite pela direção do serviço a 17.11.14 (anexo I), tendo sido submetido nessa data ao centro de investigação do hospital, para análise e aprovação pela comissão de ética e conselho de administração, com parecer favorável (anexo II).

Uma vez que o projeto visava auditorias às práticas e registos de enfermagem, atendendo aos pressupostos éticos e legais, considerei pertinente efetuar um consentimento informado, livre e esclarecido para os enfermeiros participarem no projeto de estágio (apêndice V), que também foi submetido a análise pelo centro de investigação e respetiva comissão de ética.

A segurança do doente é uma preocupação mundial, sendo que o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida nesta matéria, ao ser o profissional de saúde que mais contacto tem com o doente (Giarola *et al*, 2012), pelo que optei por intervir junto do mesmo.

As intervenções de enfermagem que decidi implementar para prevenção da CAUTI na pessoa idosa, resultaram da revisão da literatura efetuada, sendo que desta, selecionei as intervenções mais pertinentes, de acordo com a realidade do serviço de cirurgia geral.

Assim, emergiram as seguintes intervenções de enfermagem:

✚ **Formação dos profissionais de saúde** – A educação dos profissionais de saúde, realizada em vários países, com efeitos positivos, é considerada uma das estratégias eficazes na prevenção e controlo de infeção, seguindo as orientações da OMS/*guidelines* internacionais (WHO, 2012b).

✚ **Auditorias à Higiene das Mãos** – Gregorius (2012) efetuou uma revisão sistemática da literatura acerca das intervenções de enfermagem

eficazes na prevenção e controlo das infeções hospitalares, emergindo a prática de higienização das mãos como um importante instrumento na prevenção e controlo das mesmas.

A OMS afirma que a higiene das mãos, efetuada de forma correta e em momentos adequados, é a principal medida necessária para reduzir as infeções hospitalares, podendo salvar vidas (WHO, 2009b).

✚ **Auditorias às práticas dos enfermeiros na prevenção da CAUTI** – Devem-se estabelecer planos de auditorias, antes e após as intervenções para prevenir a CAUTI junto da equipa de enfermagem, de modo a permitir monitorizar os resultados e a evolução do processo de melhoria da qualidade dos cuidados, dando informação de retorno aos profissionais envolvidos (Dailly, 2012; Pina *et al*, 2010; Dias, 2010).

✚ **Criação de *Bundles* e normas para a prevenção da CAUTI** – A *bundle* é uma forma estruturada de melhorar os processos de cuidados. Corresponde a um pequeno conjunto de práticas baseadas em evidência (geralmente 3 a 5), que quando realizadas coletivamente e de forma confiável, têm comprovadamente melhores resultados para os doentes (Resar *et al*, 2005).

Deve-se apostar na elaboração de normas e criação de *bundles* de cuidado, que incluam medidas simples, exequíveis e com evidência científica (Jansen *et al*, 2012; Rosenthal *et al*, 2012; Pina *et al*, 2010; Dias, 2010).

✚ **Monitorização diária pelo enfermeiro da necessidade de algaliação e dos cuidados de manutenção ao cateter** – A evidência científica demonstra que a algaliação só deve ser considerada em situações específicas e deve ser mantida pelo mínimo tempo possível. Neste sentido, os enfermeiros desempenham um papel crucial ao assegurar a técnica assética na inserção da algália, as boas práticas nos cuidados de manutenção da mesma e a sua remoção precoce.

Dailly (2011) valorizou a existência de um instrumento para monitorizar a necessidade de algaliação e registar informações relacionadas com a mesma (incluindo os cuidados na inserção e manutenção da algália), como estratégia

eficaz para ajudar a equipa de enfermagem a refletir sobre o motivo da algaliação e as práticas de enfermagem, promovendo a desalgaliação precoce.

**✚ Criação de algoritmo para avaliar diariamente a necessidade de algaliação** – Rhodes *et al* (2009) estudaram os fatores de risco modificáveis para a prevenção da CAUTI, concluindo que se deve evitar sempre que possível a algaliação e intervir no sentido diminuir a sua duração. Para tal, são focadas 2 estratégias eficazes: a utilização de uma *bundle* e a criação de um algoritmo para avaliar diariamente a necessidade de algaliação.

Esta última estratégia vem dar resposta às recomendações do Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) para a prevenção da CAUTI, nomeadamente ao primeiro e último níveis de intervenção, que dizem respeito à avaliação da necessidade de algaliação e à remoção da algália (Gould *et al*, 2009).

No serviço de cirurgia geral, a técnica de algaliação não ocorre em grande número, sendo que a maioria dos doentes vem algaliado de outros serviços, maioritariamente do bloco operatório. Este facto levou-me a incidir as intervenções de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa, nos cuidados com a manutenção da algália e na remoção precoce da mesma.

Assim, de modo a atingir o segundo grande objetivo geral: implementar intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa, definiram-se 3 objetivos específicos (apêndice I), para os quais foram realizadas as atividades que seguidamente se apresentam.

### 5.2.1 Desenvolver competências para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa

Este objetivo foi sendo desenvolvido ao longo do estágio, na permanente pesquisa bibliográfica efetuada, na prestação de cuidados à pessoa idosa aliada em ambos os contextos (domiciliário e hospitalar), como já foi referido anteriormente, e com um forte contributo do estágio no GCLPPCIRA, que teve a duração de 1 semana, e decorreu entre 27 de outubro e 2 de novembro 2014.

O GCLPPCIRA é constituído por 9 médicos (um dos quais é o coordenador) e dois enfermeiros, sendo estes os únicos elementos que se dedicam exclusivamente ao trabalho no Grupo, pelo que foi a sua atividade que acompanhei durante o estágio.

Deste modo, efetuei observação participativa da atividade dos enfermeiros no Grupo e a sua intervenção a nível hospitalar. Este estágio decorreu numa semana em que os enfermeiros se encontravam direcionados essencialmente para a problemática do Ébola.

Assim, tive oportunidade de colaborar na realização de uma apresentação acerca das questões teóricas e práticas relativas ao Ébola, em articulação com o elemento médico coordenador do grupo, bem como assistir à mesma, que foi dirigida a todos os profissionais de saúde do hospital.

Além de adquirir mais conhecimentos acerca da problemática em questão, a realização destas atividades permitiu-me analisar a intervenção dos enfermeiros neste Grupo e a articulação que existe entre os seus vários elementos. Considero que, uma vez que o elemento coordenador (médico) não dedica a sua atividade a tempo inteiro para o Grupo, acabam por ser os enfermeiros a estar mais envolvidos e a ter um papel mais ativo nas atividades a desenvolver, sendo na minha ótica, a “cara” do GCLPPCIRA.

Segundo Martins (2011), o enfermeiro de controlo de infeção gere diariamente as atividades inerentes à implementação de todas as ações necessárias para o controlo de infeção: elaborar planos de prevenção e controlo da infeção; formar, sensibilizar e aconselhar todos os profissionais do

hospital nesta área; elaborar recomendações e procedimentos/normas de controlo de infeção, atendendo às constantes atualizações; efetuar auditorias dos cuidados para avaliar o cumprimento das boas práticas; efetuar vigilância epidemiológica, ou seja, detetar os casos de infeção nos doentes internados e fazer o estudo dessas infeções; divulgar os resultados dos trabalhos realizados pelo Grupo a todo o hospital, objetivando a melhoria dos cuidados prestados aos doentes; implementar projetos na área do controlo de infeção.

Considero assim, que os enfermeiros têm um papel fundamental no GCLPPCIRA, abrangendo três vertentes: vigilância epidemiológica (exigindo um trabalho diário em conjunto com o laboratório de microbiologia do hospital); a elaboração e monitorização de normas e recomendações de boas práticas e a formação dos profissionais de saúde.

Este estágio permitiu-me constatar a exigência e a necessidade que os enfermeiros do GCLPPCIRA têm de estar constantemente atualizados em relação às várias abordagens do controlo de infeção, como foi o caso do Ébola.

De acordo com regulamento nº 533/2014, publicado em Diário da República, 2ª Série, nº 233 de 2 de dezembro de 2014, a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem prevê que a CCI possua, no mínimo, 1 enfermeiro, o qual deve ser especialista com competência reconhecida na área do controlo de infeção. Neste hospital estes critérios são cumpridos, sendo que os dois enfermeiros do GCLPPCIRA são especialistas e um deles tem um mestrado em controlo de infeção.

Foi possível durante o estágio acompanhar os enfermeiros numa visita a vários serviços do hospital, atendendo à implementação do Projeto Nacional de Campanha da Higiene das Mãos, para perceber o ponto da situação do Projeto nos serviços, dando orientações e apoiando no necessário.

Durante esta semana, foi também possível consultar e analisar as *guidelines* do GCLPPCIRA relativas à prevenção das IACS, nomeadamente a CAUTI e discuti-las com os enfermeiros do Grupo, no sentido de, baseada nas mesmas, construir os instrumentos a aplicar na fase de implementação do projeto no serviço de cirurgia geral.

Assim, sob orientação de um dos enfermeiros do Grupo, meu orientador no local de estágio, e atendendo aos resultados da revisão da literatura efetuada, **elaborei durante este estágio os seguintes instrumentos:**

- **Questionário para diagnosticar necessidades formativas**, a aplicar aos enfermeiros da cirurgia geral, acerca das recomendações baseadas na evidência científica para a prevenção da CAUTI (apêndice VI);
- **Grelha de auditoria às práticas e registos de enfermagem** para a prevenção da CAUTI (apêndice VII);
- **Checklist para monitorização diária da necessidade de algaliação e cuidados de manutenção ao cateter vesical** (apêndice VIII);

Apesar de existirem alguns instrumentos disponíveis acerca desta temática já testados, optei por ser eu a construir os instrumentos a aplicar no projeto, obrigando-me a testar os mesmos, a aplicar os vários conhecimentos adquiridos em diferentes áreas e a analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de **competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como das aprendizagens profissionais.**

Assim, na primeira semana de estágio na cirurgia geral realizei os pré-testes aos instrumentos criados, sob orientação da enfermeira chefe do serviço, orientadora do local de estágio, tendo sido feitos alguns ajustes aos mesmos.

O facto de ser membro dinamizador e elo de ligação da cirurgia geral à CCI do hospital, foi uma mais valia e possibilitou que ao longo do estágio estivesse em permanente articulação com os enfermeiros do Grupo, que estiveram sempre disponíveis em colaborar no projeto e deram toda a orientação necessária, nomeadamente, validando os instrumentos elaborados.

Para além do **desenvolvimento de competências para a prevenção e controlo da CAUTI**, o estágio no GCLPPCIRA contribuiu para o **desenvolvimento de competências de mestre.**

## 5.2.2 Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa

Para dar resposta a este segundo objetivo específico, no início do estágio (no dia 11.11.14), foi efetuada **uma reunião com a equipa de enfermagem para divulgar o projeto** (apêndice IX) e convidar os colegas a participar num grupo de trabalho para dinamizar o mesmo. Esta reunião contou com a presença de 50% da equipa de enfermagem, sendo este o resultado esperado na fase de planeamento e difícil de superar, dadas as condições atuais de trabalho.

Estava previsto, na fase de planeamento, esta reunião ter ocorrido logo na primeira semana de ensino clínico. Contudo, como no serviço existia mais uma colega a desenvolver um projeto no âmbito do mesmo curso de pós-licenciatura em enfermagem e só iniciou o estágio nessa semana, decidimos divulgar ambos os projetos conjuntamente, dados os constrangimentos de tempo e recursos humanos.

Durante a fase de planeamento do projeto, houve dois enfermeiros que se mostraram interessados em dinamizar o mesmo, sendo que na reunião de divulgação do projeto houve mais dois elementos interessados. Estes 4 enfermeiros, apesar de pertencerem ao serviço de cirurgia geral, prestam habitualmente cuidados em alas diferentes, visto que fisicamente a cirurgia geral está repartida em cirurgia I e cirurgia II, o que a meu ver foi positivo, facilitando a articulação com a equipa de enfermagem.

Uma vez que a cirurgia geral é o meu contexto habitual de trabalho, a integração na equipa constituía um facto. Contudo, sendo que habitualmente exerço funções na cirurgia II, estando mais próxima dos seus elementos, considero que foi mais fácil a aceitação e implementação do projeto pelos mesmos.

Seguiu-se o **levantamento de necessidades formativas da equipa de enfermagem na prevenção e controlo da CAUTI, tendo sido aplicado o questionário elaborado** (apêndice VI). Este foi entregue no serviço de cirurgia geral no dia 12.11.14 e recolhido a 28.11.14, pelo que os enfermeiros tiveram

cerca de 2 semanas para responder ao questionário, período que decidi ser o ideal para obter a participação do maior número possível de enfermeiros.

O questionário foi respondido por 32 enfermeiros do serviço, o que correspondeu a 80% dos enfermeiros. Considero esta percentagem bastante significativa, atendendo a que dos 8 enfermeiros que não responderam ao questionário, 4 se encontravam ausentes por licença parental e atestado médico desde há alguns meses.

Os resultados dos questionários (apêndice X), no global, atingiram um score de conformidade nas respostas de 78%, encontrando-se num índice de qualidade Muito Bom (superior a 75%).

Contudo, existiram algumas respostas que ficaram aquém dos 75%, nomeadamente acerca do calibre recomendado da algália e a remoção precoce da mesma, com indicação médica, que obtiveram 41% de respostas corretas e que constituíram aspetos a trabalhar junto dos enfermeiros.

Por outro lado, os cuidados na inserção da algália (com 31% dos enfermeiros a considerar a utilização de antisséptico na sua inserção), a substituição do saco de drenagem vesical (que obteve 75% de respostas corretas) e a fixação da algália (com 66% dos enfermeiros a considerar a fixação como uma boa prática), podem-se traduzir também em oportunidades de melhoria nos cuidados de enfermagem prestados.

No sentido de identificar as práticas da equipa de enfermagem em relação à prevenção da CAUTI, **foram efetuadas auditorias às práticas e registos da equipa** (com recurso à grelha elaborada – apêndice VII), **no início e no final do ensino clínico**, de modo a avaliar o impacto da intervenção realizada junto da equipa. As auditorias tiveram a duração de 2 semanas, sendo que a primeira fase decorreu de 17 a 30 de novembro de 2014 e a segunda fase de 19 de janeiro a 1 de fevereiro de 2015, o que correspondeu no total a 12 dias de auditoria (6 dias em cada fase).

Os registos de enfermagem, para além da obrigação legal que acarretam, têm como essência “promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a

investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços” (Figueiroa-Rêgo, 2003, p.40).

Assim, constituem um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, devendo ser efetuados de forma organizada e sistemática, de modo a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e possibilitar uma análise e avaliação dos mesmos (Figueiroa-Rêgo, 2003).

No serviço de cirurgia geral os registos de enfermagem são baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão Beta 2), encontrando-se informatizados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

No padrão parametrizado para a cirurgia geral, as intervenções no SAPE relacionadas com a prevenção da CAUTI surgem associadas à atitude terapêutica Algáliação.

De acordo com as orientações do CDC, referidas por Almeida, Coelho & Paramés (2013), todos os procedimentos envolvendo a algália e o sistema de drenagem devem ser registados nas notas de enfermagem. No mínimo, devem incluir: o nome do profissional; a data de inserção; o tipo e calibre da algália; o volume da água do balão (medidas de Categoria II – Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou em fundamentação teórica).

Contudo, na prática diária, foi possível constatar que por vezes estes registos não se encontravam completos, pelo que considerei pertinente intervir ao nível dos mesmos, auditando-os e com base nos resultados definir orientações.

No global, na primeira fase, os resultados das auditorias às práticas de enfermagem atingiram os 82% de conformidade e os registos 81% (apêndice XI), encontrando-se também num índice de qualidade Muito Bom.

Contudo, a análise destes resultados permitiu concluir que apesar de no global o índice de qualidade ser Muito Bom, existem aspetos a melhorar, nomeadamente:

➤ **Nos registos de enfermagem:** registar a primeira eliminação espontânea após desalgaliação (registada em apenas 45% dos casos); registar o tipo e calibre do cateter vesical, que obteve 74% de conformidade.

➤ **Na prática de enfermagem:** O calibre do cateter vesical deve ser de 12-14Ch nas mulheres e 14-16Ch nos homens, sendo que este critério foi avaliado tanto na prática como nos registos, com uma conformidade de 60%; na inserção da algália, sobressai o uso do campo esterilizado com orifício como oportunidade de melhoria; os cuidados de manutenção ao cateter vesical obtiveram 76% de conformidade, sendo possível melhorar a fixação do cateter, que ocorreu apenas em 22% dos casos e evitar o contacto do saco coletor de urina com o chão, que foi verificado em 34% das situações; na remoção do cateter vesical, há oportunidade de melhorar a limpeza do meato urinário com soro fisiológico antes e após a remoção do cateter, com 43% de conformidade.

Analisando e comparando os resultados dos questionários e da primeira fase de auditorias, é possível verificar que alguns aspetos são comuns, nomeadamente ao nível do calibre recomendado da algália e da fixação da mesma, que se revelaram como oportunidades de melhoria.

Não sendo possível realizar mais uma reunião para divulgar os resultados dos questionários e auditorias, devido à escassez de recursos humanos vivenciada no serviço, com recurso muitas vezes a turnos extraordinários, estes foram divulgados aos colegas por correio electrónico, no início de dezembro, com análise dos resultados, apresentando oportunidades de melhoria (apêndices X e XI), tendo ficado também disponíveis no *dossiê* do projeto criado, colocado em ambas as alas (cirurgia I e II).

Para facilitar a divulgação dos resultados aos colegas, foi elaborada uma versão resumo da mesma (apêndice XII), que ficou disponível para consulta na sala de enfermagem da cirurgia I e II, além de ter sido também enviada por correio eletrónico e constar do dossiê do projeto.

Proporcionar **momentos de reflexão e discussão de situações no seio da equipa de enfermagem**, demonstrou ser uma estratégia eficaz para a prevenção da CAUTI, sendo que de acordo com Santos & Fernandes (2004) a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de

capacitação de estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas.

Estas questões remetem-nos para a esfera da Andragogia, ou seja, para o que Knowles (1990) designou de arte e ciência de promover a aprendizagem dos adultos, dando um contributo para a diferenciação entre aprendizagem de adultos e crianças.

Knowles (1990) foi o primeiro a teorizar sobre educação de adultos, fundamentando-se em 6 pressupostos andragógicos: 1) Necessidade de saber; 2) Conceito de si; 3) Papel da experiência; 4) Vontade de aprender; 5) Orientação da aprendizagem; 6) Motivação.

De acordo com estes pressupostos, considero que esta metodologia de projeto, em que se efetuou o diagnóstico da situação e procurou ir ao encontro das necessidades formativas dos enfermeiros, atendendo ao contexto, é promotora da aprendizagem de adultos.

Por outro lado, a prestação de cuidados à pessoa idosa algaliada e família também constituiu uma estratégia de formação de pares, no sentido de na minha prática diária tentar servir como modelo para os colegas, indo ao encontro das boas práticas recomendadas pela evidência científica e promovendo a sua disseminação.

Assim, considero que no contexto de prevenção da CAUTI na pessoa idosa, desempenhei um papel de dinamizadora da desalgaliação precoce, promovendo a reflexão da indicação da algaliação junto dos enfermeiros.

Foi gratificante perceber que o facto de estar a desenvolver este projeto permitiu que a equipa de enfermagem me reconhecesse competências na prestação de cuidados à pessoa idosa nesta área, solicitando-me frequentemente opiniões acerca de determinadas questões práticas, como por exemplo, como proceder no caso de doentes que foram desalgaliados e fizeram retenção urinária, se determinado doente tinha indicação para ser desalgaliado, entre outras.

### 5.2.3 Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa

Visando dar resposta a este objetivo, foram desenvolvidas algumas das atividades que emergiram da revisão da literatura efetuada.

Assim, nos meses de novembro e dezembro, durante 3 dias, **colaborei no projeto institucional e nacional de Campanha de Higiene das Mãos**, efetuando observações a esta prática. Esta atividade surgiu no sentido de, aproveitando a formação que tenho acerca da mesma enquanto membro dinamizador do GCLPPCIRA no serviço, sensibilizar não só a equipa de enfermagem para importância da higiene das mãos na prevenção das IACS, como também os demais profissionais de saúde. Simultaneamente, pretendi contribuir para a implementação da Campanha da Higiene das Mãos no serviço de cirurgia geral, em que são necessárias pelo menos 200 observações por serviço, tendo colaborado com 70 observações (apesar de ter proposto inicialmente efetuar 100, mas não houve oportunidade para tal, dando prioridade a outras atividades).

A higiene das mãos foi também um aspeto valorizado e transversal aos instrumentos criados, sendo um dos critérios a avaliar na grelha de auditorias às práticas, bem como na *checklist* para monitorizar a necessidade de algaliação e os cuidados de manutenção ao cateter vesical. De acordo com os dados obtidos, a adesão a esta prática rondou os 100%, um resultado muito positivo.

No dia 1 de dezembro deu-se início ao **preenchimento da *checklist* para monitorizar diariamente a necessidade de algaliação e os cuidados de manutenção ao cateter vesical aos idosos algaliados** (apêndice VIII).

Esta *checklist* surgiu como um lembrete físico para a desalgaliação precoce da pessoa idosa, e foi criada durante o estágio no GCLPPCIRA, apesar de ter sido inicialmente prevista a sua criação junto da equipa de enfermagem do serviço de cirurgia geral, nomeadamente do grupo dinamizador do projeto. Esta antecipação na sua elaboração justifica-se, na medida em que não poderia

submeter o projeto ao centro de investigação sem a *checklist* estar elaborada, para ser alvo de análise pela comissão de ética.

Indo ao encontro das *guidelines* internacionais, que remetem para a revisão diária da necessidade de algaliação, a *checklist* foi criada com o intuito de ser preenchida diariamente, no turno da manhã, pelo enfermeiro responsável pelo idoso algaliado e colocada na capa do processo físico do doente. Quando este fosse desalgaliado ou aquando da alta, as *checklist's* eram colocadas no dossiê do projeto, para depois eu avaliar a sua informação.

A aplicação e monitorização da mesma decorreram até ao dia 2.2.15 (com interrupção para férias do Natal, de 18.12.14 a 4.01.15), o que correspondeu a aproximadamente 1 mês e meio.

Em simultâneo, durante o respetivo período, foi diariamente por mim avaliada a lotação do serviço, o nº de doentes algaliados internados, e destes quantos eram idosos.

Apesar de ter proposto na fase de planeamento efetuar a monitorização semanal do preenchimento das *checklist's*, com informação de retorno aos enfermeiros, esta não foi possível ser efetuada semanalmente, devido às inúmeras atividades que tinha para realizar no ensino clínico.

Deste modo, no dia 7.1.15 divulguei por correio eletrónico aos colegas os resultados da monitorização efetuada até à data, com uma taxa de adesão ao preenchimento das *checklist's* de 38%, solicitando uma maior adesão e indicando oportunidades de melhoria retiradas da análise efetuada.

Os resultados finais desta monitorização foram divulgados por correio eletrónico aos colegas no dia 9.2.15, ficando também disponíveis no dossiê do projeto, e constam do apêndice XIII. Com base na informação recolhida diariamente e nas *checklist's* preenchidas, no final deste período foi possível constatar que a adesão ao preenchimento das *checklist's* pelos enfermeiros correspondeu a 52%, com uma maior adesão ao longo do tempo.

Esta percentagem de adesão está aquém dos 80% que tinha proposto inicialmente, na fase de planeamento do projeto, contudo, considero que a conjuntura atual de trabalho, aliada à falta de motivação dos profissionais em

investir e participar em projetos institucionais, não promove taxas de adesão muito superiores aos valores encontrados. Por outro lado, esta percentagem corresponde às *checklist's* que se encontravam no *dossiê* do projeto, pelo que, de acordo com o que constatei na prática, existiram algumas que se extraviaram, enviando assim o resultado final.

Durante o período de aplicação da *checklist*, 19% dos doentes internados no serviço estiveram algaliados, sendo que destes, 81% eram idosos, com uma média de idades de 77,8 e uma moda de 80 anos.

Entre os idosos algaliados, 55% eram do sexo masculino e 45% do sexo feminino.

Os resultados da monitorização das *checklist's* indicaram uma média de dias de algaliação de 6,48, com uma moda de 1. Em 98% dos casos os enfermeiros consideraram que o doente estava algaliado com uma indicação válida, sendo a mais comum, a monitorização rigorosa do débito urinário (59%), indo ao encontro do facto de grande parte dos doentes algaliados se encontrar internado na unidade de cuidados intermédios.

Em relação aos cuidados de manutenção da algaliação assumidos pelos enfermeiros no preenchimento das *checklist's*, apenas um deles ficou abaixo dos 90% de conformidade, que correspondeu à fixação da algália, com 63% de adesão a esta prática. Estes resultados vão ao encontro do que tinha proposto na fase de planeamento do projeto.

Em dezembro iniciou-se também a **elaboração da norma de serviço para a prevenção da CAUTI** (apêndice XIV), em colaboração com a enfermeira chefe (orientadora do estágio na cirurgia geral) e a enfermeira orientadora do estágio no GCLPPCIRA, razão pela qual esta só ficou pronta no final de janeiro, atendendo a que tiveram que ser efetuadas algumas reuniões com estes elementos, de acordo com as suas disponibilidades, para rever a norma. Os elementos dinamizadores do projeto no serviço também tiveram oportunidade de analisar a norma e dar a sua opinião sobre a mesma.

Esta norma foi ao encontro da norma institucional de procedimento geral para prevenção da ITU em doentes com algaliação de curta e média duração,

elaborada pela CCI, em dezembro de 2013. Contudo, foram efetuadas algumas alterações à mesma, baseadas na evidência científica atual e adequadas à realidade do serviço de cirurgia geral.

A norma foi apresentada aos colegas no final do estágio e ficou disponível no dossiê do projeto, bem como no manual de qualidade do serviço, que se encontra nos computadores da cirurgia geral, para facilitar a sua consulta por todos os profissionais do serviço.

Na fase de planeamento do projeto tinha proposto a elaboração de uma *bundle* da algaliação, contudo, ao longo do estágio, em discussão com a enfermeira coordenadora do GCLPPCIRA, a enfermeira orientadora do estágio na cirurgia geral e com a professora orientadora do projeto, conclui que a construção de uma *bundle* implicava tempo para ser testada e validada, pelo que optei por adotar a *bundle* do Health Protection Scotland (HPS), que a CCI adotou na norma que elaborou em 2013, mas na versão mais atualizada, de 2014.

Em janeiro iniciei a **construção de um algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação**. Tal como todas as outras atividades realizadas neste ensino clínico, esta intervenção de enfermagem emergiu da evidência científica como uma eficaz estratégia para a prevenção da CAUTI.

Contudo, para a sua elaboração foi necessário efetuar novamente pesquisa bibliográfica, tendo constatado, na pesquisa que efetuei, que em Portugal não existem publicados algoritmos para remoção da algália. Existem alguns construídos internacionalmente, como é o caso do algoritmo criado pela *Patient Safety Authority*, na Pensilvânia, pela *Washington State Hospital Association*, entre outros.

Na procura de algoritmos existentes em Portugal, nomeadamente nas instituições de referência, contactei a DGS, na pessoa da Dra. Elaine Pina, por correio eletrónico, que prontamente respondeu, referindo não existir nenhum algoritmo elaborado por esta instituição para remoção da algália ou no sentido de prevenir a CAUTI. Contudo, remeteu-me para a CCI de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa, com referência a trabalho realizado nesta área.

Assim, contactei telefonicamente com uma das enfermeiras do GCLPCCIRA do respetivo centro hospitalar, que imediatamente se prontificou a colaborar, marcando uma reunião para o dia 12.1.15. Nesta reunião, as enfermeiras do GCLPCCIRA foram extremamente disponíveis em partilhar o trabalho realizado nesta área pelo seu centro hospitalar, sendo que também não elaboraram nenhum algoritmo para remoção da algália, mas o que têm construído é um fluxograma de algaliação.

Apesar de não ter previsto esta reunião na fase de planeamento do projeto, ela foi extremamente importante para o **desenvolvimento de competências comuns** de enfermeiro especialista no **domínio das aprendizagens profissionais, da melhoria contínua da qualidade** (OE, 2010) e de **competências de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, nomeadamente da pessoa idosa, e mais especificamente para a prevenção e controlo da CAUTI.**

Assim, construí um algoritmo para remoção da algália (apêndice XV) baseado nos algoritmos que pesquisei, em colaboração com a enfermeira chefe do serviço de cirurgia geral e com alguns colegas do serviço, que se mostraram interessados em participar. Foi muito interessante a sua construção e a orientação que decidi dar, no sentido de trabalhar a questão da retenção urinária após desalgaliação.

Nos algoritmos pesquisados, a remoção da algália estava muito centrada em torno do enfermeiro avaliar diariamente a indicação de algaliação e eram exploradas estas indicações. Por outro lado, encontrei algoritmos que trabalhavam apenas a questão da retenção urinária, sendo que muitas decisões eram encaminhadas para o médico.

No meu contexto de trabalho, atendendo ao interesse e às dúvidas levantadas pelos colegas, considerei pertinente elaborar um algoritmo que focasse não só a remoção da algália, mas também a retenção urinária após desalgaliação, que frequentemente origina intervenções de enfermagem diferentes (nomeadamente algaliações desnecessárias), pretendendo-se assim, orientar a prática dos enfermeiros e uniformizar procedimentos.

Depois de construído o algoritmo, pedi o parecer sobre o mesmo ao GCLPPCIRA, cujos enfermeiros se mostraram agradavelmente surpreendidos com o resultado final e solicitaram que o algoritmo constasse da norma de procedimento geral da instituição para prevenção da ITU nos doentes com algaliação de curta e média duração.

O algoritmo foi colocado em apêndice na norma de serviço elaborada para prevenção da CAUTI e elaborei também um *poster* (apêndice XVI) com o mesmo, tal como estava previsto inicialmente, que no final do estágio foi colocado em frente ao balcão de enfermagem, em ambas as alas da cirurgia.

No sentido de avaliar a capacitação dos enfermeiros para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa, **no final do estágio, foram efetuadas novamente auditorias aos registos e às práticas de enfermagem**, num período de 2 semanas (de 19 de janeiro a 1 de fevereiro de 2015), que corresponderam a 6 dias de auditoria.

Os resultados desta segunda fase de auditorias (apêndice XVII), apesar de ligeiramente superiores, foram muito semelhantes aos da primeira, obtendo-se 83% de conformidades na auditoria aos registos de enfermagem (versus 81% na primeira fase) e 88% de conformidades na auditoria às práticas (versus 82% na primeira fase).

Os aspetos que mereceram mais destaque na primeira fase de auditorias, sendo alvo de melhoria, mantiveram-se nesta segunda fase, nomeadamente: o facto do calibre do cateter vesical não corresponder ao indicado (com 60% de conformidades na 1ª fase e 45% na 2ª fase); o registo do tipo e calibre do cateter vesical (com 74% de conformidades na 1ª fase e 76% na 2ª fase); a fixação do cateter vesical (com 22% de conformidade na 1ª fase e 33% na 2ª fase); a limpeza do meato urinário com soro fisiológico antes e após a remoção do cateter vesical (com 43% de conformidade em ambas as fases de auditoria).

Ainda assim, há que sublinhar, na auditoria aos registos, a evolução que houve no registo da primeira eliminação espontânea após remoção do cateter vesical, que passou dos 45% de conformidade para os 82%.

Por outro lado, os cuidados com o saco de drenagem vesical, nomeadamente o evitar o seu contacto com o chão, também melhorou substancialmente, tendo passado de 66% de conformidade na primeira fase de auditorias, para 84% na segunda.

De realçar ainda, o facto de em 91% dos casos os enfermeiros conhecerem a indicação da algaliação, com uma melhoria em relação à primeira fase (81%) e que na observação da prática coincidiu com um maior questionamento pelos enfermeiros da necessidade de algaliação.

Tal como na primeira fase de auditorias, foi efetuada uma versão resumo dos resultados obtidos nesta segunda fase (apêndice XVIII), que foi enviada por correio eletrónico aos colegas, disponibilizada no dossiê do projeto e impressa e colocada na sala de enfermagem de ambas as alas (cirurgia I e II), para fácil consulta.

Por fim, na última semana de estágio, na impossibilidade de realizar uma reunião de serviço para dar *feedback* aos colegas das atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, em concordância com a enfermeira chefe do serviço, optei por **realizar pequenas sessões para divulgação dos resultados do projeto nas passagens de ocorrências** (apêndice XIX).

Como fisicamente a equipa de enfermagem se encontra separada na prestação de cuidados em dois serviços (cirurgia I e II), a passagem de ocorrências da equipa da cirurgia geral também ocorre separadamente. Este facto dificultou a estratégia selecionada para dar informação de retorno aos colegas acerca do projeto, contudo, aproveitei o facto de este ser também o meu local de trabalho, para tentar nos dias em que estava de serviço realizar as sessões de divulgação, de modo a abranger as passagens de ocorrências nas duas alas (foram efetuadas sessões na passagem de ocorrências Noite-Manhã e Manhã-Tarde).

Assim, existiram 5 momentos para divulgação dos resultados do projeto, com grupos restritos, que oscilaram entre as 2 e as 6 pessoas, com a duração de aproximadamente 40 minutos (atendendo a que foram apresentados também pela colega do mesmo curso, em estágio no serviço, os resultados da implementação do seu projeto).

Esta estratégia de formação permitiu abranger 21 pessoas, o que correspondeu a cerca de 50% da equipa de enfermagem (são 40 enfermeiros no total), sendo que os restantes elementos, por impossibilidade de horário ou por opção (uma vez que implicava nalguns casos terem que permanecer para além do seu horário de trabalho), não estiveram presentes nas reuniões.

Considero que, apesar de se ter tornado algo repetitivo para mim, estas reuniões em pequenos grupos favoreceram um clima de proximidade, com maior envolvimento e partilha de conhecimentos e opiniões entre os presentes.

Ao longo deste ensino clínico, através das estratégias implementadas e da informação transmitida à equipa, baseada na evidência científica, pretendeu-se capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa, envolvendo a equipa num processo de mudança de práticas, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi possível **desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, nomeadamente na pessoa idosa**, agindo com dinamizadora na construção e divulgação do saber ao nível da pessoa idosa e **competências de mestre**, ao desenvolver processos de inovação das práticas de cuidados e questionar as mesmas.

Ainda neste ensino clínico, visando o desenvolvimento de **competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados**, na semana de 8 a 12 dezembro, durante 3 dias acompanhei a atividade da enfermeira chefe, que focou alguns aspetos fundamentais da gestão, como a gestão de recursos materiais e humanos; a elaboração de horários; as dotações seguras e os indicadores de qualidade do serviço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

O processo de envelhecimento torna a pessoa idosa mais vulnerável às infeções, o que associado às suas grandes síndromes, à fragilidade do seu sistema imunitário, às doenças crónicas e à polimedicação, realça a importância da problemática em estudo.

O cuidado à pessoa idosa e família impõe um conhecimento sobre as mesmas que dá relevo ao papel do enfermeiro especialista na área. Apenas o enfermeiro que possui conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e o encara como algo individual, poderá estar atento às necessidades da pessoa idosa, suas potencialidades e projetos de vida, sabendo avaliá-la em todas as suas dimensões e assim estabelecer intervenções junto da mesma.

Sendo que a ITU é a infeção mais frequente entre os idosos, urge repensar práticas e olhar para o idoso como agente do seu autocuidado, estimulando-o ao máximo, na procura do seu bem-estar.

É fundamental que o enfermeiro especialista na pessoa idosa seja um modelo de boas práticas e responsável pela educação dos restantes pares e elementos da equipa de saúde, nomeadamente, despertando-os para a particularidade dos sinais e sintomas de ITU na pessoa idosa e evitando a sua algaliação ou promovendo a desalgaliação precoce.

A implementação deste projeto para prevenção da CAUTI na pessoa idosa, indo ao encontro de problemáticas atuais e sensíveis aos cuidados de enfermagem, será certamente para manter no meu contexto de trabalho, onde desenvolvi o ensino clínico.

Considero que neste processo fui e serei o elemento impulsionador do projeto e da mudança de práticas na equipa de enfermagem, relativamente a esta temática. Contudo, e os resultados obtidos nas auditorias às práticas dos enfermeiros traduzem este facto, julgo que cerca de dois meses (o tempo em que foi implementado o projeto) são insuficientes para uma mudança radical e efetiva das práticas.

Apesar dos resultados das auditorias efetuadas traduzirem uma mudança pouco significativa, relativamente às minhas expectativas, na prática dos enfermeiros, não faço a sua leitura como um fracasso na implementação do projeto, considerando que a grande mensagem que pretendia passar “refletir sobre a indicação da algaliação na pessoa idosa e promover a desalgaliação precoce” foi apreendida pela equipa. Assim, podem-se evitar/minimizar as ITU associadas à algaliação na pessoa idosa e portanto contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Se implementar o projeto no local de trabalho parecia inicialmente ser um aspeto positivo e favorável ao seu desenvolvimento, atualmente considero que este facto foi prejudicial à sua implementação. Por um lado, porque alguns colegas não compreenderam a mudança de estatuto que se me imponha nestas condições (ora estudante, ora enfermeira), sendo mais difícil aceitar as orientações para uma mudança de práticas, ainda que fundamentadas na evidência científica.

Por outro lado, o facto de ser enfermeira no serviço levou a que em dias de estágio sentisse “obrigação” de ajudar os colegas nas suas atividades diárias, sobretudo em turnos caóticos e sobrecarregados de trabalho, deixando para trás algumas atividades no âmbito do projeto, como por exemplo, desenvolver um pouco mais a avaliação multidimensional de pessoa idosa. Esta é um dos aspetos que considero ainda necessitar de desenvolver na minha prática diária, pois os turnos dedicados exclusivamente à prestação de cuidados foram insuficientes para me sentir à vontade na aplicação dos instrumentos.

A implementação do projeto permitiu-me concluir que a *checklist* criada para monitorizar diariamente a necessidade de algaliação na pessoa idosa e os cuidados de manutenção ao cateter vesical terá que ser abandonada no futuro. Perceciono-a como uma sobrecarga de trabalho para a equipa de enfermagem, também sentida por mim enquanto enfermeira do serviço, em que os enfermeiros podem assumir cuidados que não prestam (como foi visível nos resultados das auditorias, em que apenas 33% dos enfermeiros fixaram a algália, mas analisando as *checklist's* essa percentagem duplicou),

reconhecendo contudo, a sua utilidade em refletir práticas na prevenção e controlo da CAUTI.

Neste sentido, atendendo aos lembretes virtuais para a desalgaliação precoce, emergentes da revisão da literatura, solucionei que futuramente será parametrizado na SAPE da cirurgia geral a intervenção de enfermagem: “remover cateter urinário”, associada à atitude terapêutica algaliação, que deverá ser programada em turno fixo (manhã), obrigando o enfermeiro a conhecer a razão pela qual o doente se encontra algaliado. Esta nova estratégia foi apresentada à chefia e aos colegas, tendo sido aceite pelos mesmos, constando já da norma de serviço para prevenção da CAUTI.

Futuramente considero pertinente envolver a equipa médica do serviço na implementação do projeto, sendo que enquanto membro dinamizador do GCLPPCIRA no serviço, poderei articular com os elementos médicos dinamizadores e investir nesta problemática, evitando sempre que possível a algaliação e quem sabe elaborar um protocolo para remoção da algália, que Mori (2014) demonstrou ser eficaz na prevenção da CAUTI.

Ainda perspetivando o futuro e atendendo ao facto de que grande parte dos doentes da cirurgia geral são algaliados com calibres acima do indicado noutros serviços, nomeadamente no bloco operatório e urgência geral, será pertinente reunir com os enfermeiros membros dinamizadores do GCLPPCIRA dos respetivos serviço/chefias e intervir no sentido de algaliar os doentes com o calibre recomendado.

Analisando todo o percurso efetuado neste ensino clínico, considero que atingi os objetivos propostos, tendo cumprido atempadamente as atividades planeadas, que foram sem dúvida fundamentais para o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, nomeadamente na pessoa idosa e especificamente na prevenção da CAUTI. Para tal, dou ainda ênfase ao ensino clínico na ECCL, que permitiu contactar com uma realidade totalmente diferente da que vivencio diariamente e valorizar a intervenção do enfermeiro da comunidade junto da pessoa idosa e sua família.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C., Coelho, M. & Paramés, P. (2013). *Norma de procedimento geral*. 26.12.2013. Prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) – Doentes com Algiação de Curta e Média Duração. Acessível no Hospital Garcia de Orta, EPE, na intranet, Portugal.
- Amaral, F., Guerra, R., Nascimento, A. & Maciel, A. (2013). Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Colectiva*, 18 (6), 1835-1843.
- Barbosa, M. & Siqueira, D. (2009). A educação e a atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar no estado do Pará. *Revista Polidisciplinar Eletrónica da Faculdade Guairacá*, 1, 3-17.
- Bellmann-Weiler, R. & Weiss, G. (2009). Pitfalls in the Diagnosis and Therapy of Infections in Elderly Patients – A Mini- Review. *Gerontology*, 55, 241-249.
- Bergman, J., Schjott, J. & Blix, H. (2011). Prevention of urinary tract infections in nursing homes: lack of evidence-based prescription? *BMC Geriatrics*, 11 (69), 2-6.
- Bernard, M. S., Hunter, K. F. & Moore, K. N. (2012). A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urethral Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Urologic Nursing*, 32 (1), 29-37.
- Blodgett, T. (2009). Reminder Systems to Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.
- Canário, R. (1999). *Educação de Adultos: um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.

- Caramujo, N., Carvalho, M. & Caria, H. (2011). Prevalência da algaliação sem indicação: um fator de risco evitável. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), 517-522.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). *Device-associated Module CAUTI*. Acedido em 2014/05/07. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/7pscCAUTIcurrent.pdf>.
- Chen, Y., Chi, M., Chen, Y., Chan, Y., Chou, S. & Wang, F. (2013). Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *American Journal of Critical Care Nurses*, 22 (2), 105-114.
- Clegg, A. & Young, J. (2011). The frailty syndrome. *Clinical Medicine*, 11 (1), 72-15.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Corrêa, E. F. & Montalvão, E. R. (2010). Infecção do Trato Urinário em Geriatria. *Estudos*, 37 (7/8), 625-635.
- Dailly, S. (2011). Prevention of indwelling catheter-associated urinary tract infections. *Nursing Older People*, 23 (29), 14-19.
- Dailly, S. (2012). Auditing Urinary Catheter Care. *Nursing Standard*, 26 (20), 35-40.
- Dallacorte, R. R., Schneider, R. H. & Benjamim, W. W. (2007). Perfil das infecções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS. *Scientia Medica*, 17 (4), 197-204.

- Davin, B., Paraponaris, A. & Verger, P. (2009). Socioeconomic determinants of the need for personal assistance reported by community-dwelling elderly: empirical evidence from a French national health survey. *Journal of Socio-Economics*, 38 (1), 138-146.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Procede à criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Diário da República, 1ª Série, Nº 38 (22-02-2008). 1182-1189. Acedido em 06.02.14. Disponível [http://www.smzc.pt/attachments/132\\_DL\\_28\\_2008\\_ACES.pdf](http://www.smzc.pt/attachments/132_DL_28_2008_ACES.pdf)
- Dias, C. S. (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17 (1), 47-53.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos antimicrobianos: Orientações Programáticas*. Acedido em 29.01.2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Figueiredo, D. & Gomes, J. (2011). Responsabilidades Legais do Enfermeiro na Vigilância, Controle e Prevenção das Infecções Hospitalares. In *16ª SENPE – Ciências da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade*, Campo Grande, 19-22 de Junho de 2011.
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar Enfermagem*. 7 (2). 34–48.
- Fortin, M-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation, 1996, Décarie Éditeur).
- Fortin, M-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do

original do francês *Fondements et étapes du processus de recherche*, 2006, Montreal: Chenelière Éducation).

Fulmer, T. (1991). The Geriatric Nurse Specialist Role: A New Model. *Nursing Management*, 22 (3), 91-93.

Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. *AJN*, 107 (10), 40-48.

Giarola, L., Baratieri, T., Costa, A., Bedendo, J., Marcon, S. & Waidman, M. (2012). Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*, 17 (1), 151-157.

Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si: A Natureza da Parceria Entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Gould, C. V., Umscheid, G. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G. & Pegues, D. A. (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Acedido em 24.4.2014. Disponível em [http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001\\_cauti.html](http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html)

Gregorius, F. (2012). *As atividades de enfermagem no controle de infecções hospitalares: uma revisão integrativa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Monografia. Porto Alegre

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013). *Revista de Estudos Demográficos*. nº 51-52. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido em 10/02/2014. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=212165714&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=212165714&PUBLICACOESmodo=2)

Jansen, I., Hopmans, T., Wille, J. C., Broek, P. J., Kool, T. & Benthem, B. (2012). Appropriate use of indwelling urethra catheters in hospitalized

patients: results of a multicenter prevalence study. *BioMedCentral Urology*, 12 (25), 1-6.

Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. Oxford: Blackeell Science

Knowles, M. (1990). *L'Apprenant Adulte:Vers un Nouvel Art de la Formation*. Paris: Les Editions d'Organisation.

Martins, S. S. (2011). *O Enfermeiro na Vanguarda do Controlo da Infecção*. Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional da R. A. dos Açores. Acedido a 2014.11.14.Disponível:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOControlodaInfec%C3%A7%C3%A3o.aspx>

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.

Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. 3.4 Eixo Estratégico – Políticas Saudáveis*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 29/01/2014. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Mori, C. (2014). A-Voiding Catastrophe: Implementing a Nurse-Driven Protocol. *Medsurg Nursing*, 23 (1), 15-28.

Nazarko, L. (2013). Recurrent urinary tract infection in older women: an evidence-based approach. *British Journal of Community*, 18 (8), 407-412.

Nicolle, L. E. (2005). Catheter-Related Urinary Tract Infection. *Drugs Aging*, 22 (8), 627-639.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro: inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado no anexo da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro de 2009*. Acedido em 04.04.2015. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. E. (2001) – *Nursing: Concepts of Practice* (6ªed.).Nova York: McGraw-Hill Book Company.

Perry, M. (2012). How the signs and symptoms of common infections vary with age. *Practice Nursing*, 23 (4), 176-182.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Pompeo, A. C. L., Pompeo, A. M. S. F., Rocha, L. C. A., Carrerette, F. B., Araújo, J. F. C. & Carneiro, K. S. (2004). *Infecção do Trato Urinário no Idoso*. Projeto Diretrizes. Acedido em 1/5/2014. Disponível em [http://www.projetodiretrizes.org.br/4\\_volume/20-Infecurinaria.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/20-Infecurinaria.pdf)

Pratt, R. & Pellowe, C. (2010). Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing Older People*, 22 (8), 25-29.

Proux, D., Gerbier, S. & Metzger, M.H. (2008). *Addressing risk assessment for patient safety in hospitals through information extraction in medical reports*.

IFIP (International Federation for Information Processing): a Springer Series in Computer Science. Boston: Springer.

Regulamento nº 533/2014 de 2 de Dezembro (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República 2ª Série, Nº 233 (2-12-2014).30247-30254.

Resar, R., Pronovost, P., Haraden, C., Simmonds, T., Rainey, T. & Nolan, T. (2005). Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 31 (5), 243-248.

Rhodes, N., McVay, T., Harrington, L., Luquire, R., Winter, M. & Helms, B. (2009). Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part II. Limit Duration of Catheter Use. *Journal for Healthcare Quality*, 31 (6), 13-17.

Rosenthal, V., Todi, S., Álvarez-Moreno, C., Pawar, M., Karlekar, A., Zeggwagh, A...Ulusoy, S. (2012). Impact of a multidimensional infection control strategy on catheter-associated urinary tract infection rates in the adult intensive care of 15 developing countries: findings of the International Nosocomial Infection control Consortium (INICC). *Clinical and epidemiological study*.

Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62.

Silva, S., Alves, P., Silva, L., Sousa, D., Bitencourt, J., Sá, A...Araújo, J. (2012). A infeção hospitalar na produção científica da enfermagem brasileira: um estudo bibliométrico. *Revista Electrónica Gestão & Saúde*, 3 (3), 1080-1093.

- Sousa, P. (2006). Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- Taylor, S. G. (2004) – Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Auto Cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (autoras). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp.211-235). 5ª edição. Loures: Lusociência.
- Tingström, P., Milberg, A. & Sund-Levander, M. (2010). Early nonspecific signs and symptoms of infection in institutionalized elderly persons: perceptions of nursing assistants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 24-31.
- Valadares, J. & Graça, M. (1998). *Avaliando para melhorar a aprendizagem*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Wallace, C., Chandler, L., Rogers, A., Crosby, K., Joshi, N. & Spriggs, T. (2012). Caring for frail patients: best practice. *Nursing Standard*, 26 (28), 50-56.
- WHO (2009a). *Global priorities for patient safety research*. Suíça:WHO Library. Acedido em 11.7.14. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf)
- WHO (2009b). *Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos*. Geneva:Organização Mundial de Saúde. Acedido em 29.09.2014. Disponível em: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/index.html>
- WHO (2012a). Fundamentals in Patient Safety. Acedido em 07/6/14. Disponível em:[http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1\\_handout.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1_handout.pdf)
- WHO (2012b). *The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido em 29.09.2014. Disponível:<http://www.who.int/patientsafety/implementation/amr/publication/en/index.html>

Winter, M., Helms, B., Harrington, L., Luquire, R., Mcvay, T. & Rhodes, N. (2009). Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part I. Avoid Catheter Use. *Journal for Healthcare Quality*, 31 (6), 8-12.

<http://ucc-almada.comunidades.net/> Acedido em 2014.07.07

<http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/216> Acedido em 2015.04.04

<http://www.hgo.pt/> Acedido em 2014.07.07

<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3oPublicadaOrdemdosEnfermeiros.aspx> Acedido em 2014.10.06

**ANEXOS**

**Anexo I** – Autorização para implementação do projeto pelo diretor e enfermeira chefe do Serviço de Cirurgia Geral

A/C Exm. Sr. Diretor e Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia Geral

Assunto: Pedido de autorização para **desenvolver um projeto no âmbito do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, em estágio previamente autorizado, no Serviço de Cirurgia Geral**

Eu, **Liliana** Patrícia de Almeida Guerreiro **Torres**, Enfermeira a desempenhar funções no Serviço de Cirurgia II, com o nº mecanográfico 10101, **atualmente a frequentar o 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa**, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) **irei realizar estágio no local de trabalho**, desde 3 de Novembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015.

Durante este período tenho como objetivos gerais desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família e implementar intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI), na pessoa idosa. Assim, é meu propósito desenvolver um **projeto no serviço de Cirurgia Geral**, no âmbito académico, desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto, **cujo tema é “Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter na pessoa idosa: Intervenção do enfermeiro especialista”**. Para o desenvolvimento deste projeto é importante conhecer quais as práticas da equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral na prevenção e controlo da CAUTI, bem como o nível de conhecimentos dos enfermeiros acerca desta temática.

A co-orientação do projeto de estágio é da responsabilidade da Sra. Enfermeira Chefe Maria Graça Oliveira, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo a Sra. Enfermeira Maria Emília Brito, professora da ESEL, a orientadora do Projeto.

**Venho assim por este meio solicitar que me seja autorizada a aplicação de um questionário, uma grelha de observação das práticas e uma checklist para a prevenção e controlo da CAUTI dirigidos à equipa de enfermagem da Cirurgia Geral.**

Atenciosamente, peço deferimento

Almada, 13 de Outubro de 2014

Liliana Patrícia de Almeida Torres

(Liliana Patrícia de Almeida Guerreiro Torres)

Conheço o projecto, e considero muito pen-  
nente no âmbito do controle de  
efectuar.

Desde a opção, deve ser autorizado  
enf-chefe. M. A. S. 31/10/2014

Não a opção de medicina  
de saúde

17.11.14

Jarda  
E.P.E.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Serviço Cirúrgico  
Director Dr. Jc

**Anexo II** – Autorização do conselho de administração do hospital para  
implementação do projeto

CA aut'm'n 2015, 1.29

C.G.O. 47/2014  
ENTRADA: 17.11.2014  
SAÍDA: \_\_\_\_\_  
ASSIN. \_\_\_\_\_

Dr. Daniel Ferro  
Presidente do Conselho  
de Administração  
A/C Exm. Sr. Presidente do Conselho de Administração

José António Ferrão  
Vogal do Conselho de  
Administração

Odília Neves  
Enfermeira Diretora

Lourenço Bastos  
Vogal do Conselho de Administração

Dra. Paula Breia  
Diretora Clínica

Assunto: **Desenvolvimento de um projeto no âmbito do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, a realizar em estágio previamente autorizado, no Serviço de Cirurgia Geral**

Eu, **Liliana Patrícia de Almeida Guerreiro Torres**, Enfermeira a desempenhar funções no Serviço de Cirurgia II, com o nº mecanográfico 10101, **atualmente a frequentar o 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa**, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) **irei realizar estágio no local de trabalho**, desde 3 de Novembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015.

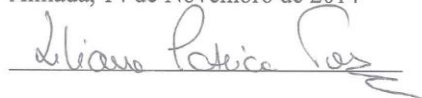
A co-orientação do projeto de estágio é da responsabilidade da Sra. Enfermeira Chefe Maria Graça Oliveira, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo a Sra. Enfermeira Maria Emília Brito, professora da ESEL, a orientadora do projeto.

No âmbito deste estágio, venho solicitar autorização para realizar o projeto (em anexo) no âmbito do controlo de infeção, que irá ser submetido ao centro de investigação e respetiva comissão de ética.

Atenciosamente,

Solicito deferimento

Almada, 14 de Novembro de 2014



(Liliana Patrícia de Almeida Guerreiro Torres)

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Plano de atividades propostas na fase de planeamento

## Descrição das atividades planeadas e resultados esperados, de acordo com os objetivos traçados

**Objetivo Geral 1:** Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família.

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Resultados esperados
1.1 – <i>Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados.</i>	1. Revisão narrativa da literatura sobre o processo de envelhecimento, necessidades e especificidades de cuidado à pessoa idosa e família;  2. Análise da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família, em contexto domiciliário e hospitalar.	1. O estudo de caso demonstra as necessidades e especificidades do cuidado à pessoa idosa e família;  2. Analisa a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa/família, no contexto domiciliário e hospitalar.
1.2 – <i>Intervir como enfermeiro especialista, na capacitação da pessoa idosa e família.</i>	1. Avaliação multidimensional da pessoa idosa, intervindo de acordo com as suas necessidades, potencialidades e projeto de vida, através da realização de estudos de caso;  2. Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, atendendo ao papel do enfermeiro especialista, em contexto domiciliário e hospitalar, através da realização do estágio de 4 semanas numa UCC e 13 semanas no serviço de cirurgia geral de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo;  3. Utilização da prestação de cuidados ao idoso e família como estratégia de formação de pares;  4. Ações educativas à pessoa idosa e família na gestão da sua doença aguda ou crónica.	1. Elabora um estudo de caso que reflete mobilização de conhecimentos, a avaliação multidimensional da pessoa idosa e família (com recurso aos instrumentos de avaliação dos mesmos) e uma intervenção baseada na evidência científica;  2. Presta cuidados à pessoa idosa e família, intervindo de forma diferenciada junto dos mesmos, baseada na evidência científica;  3. Os pares reconhecem no enfermeiro competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família e solicitam a sua intervenção quando necessário;

		4. Demonstra no estudo de caso elaborado que as ações educativas ao idoso/família foram estratégias eficazes na resolução dos problemas identificados.
--	--	--

**Objetivo Geral 2:** Implementar intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI) na pessoa idosa.

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Resultados esperados
2.1 – <i>Desenvolver competências para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa.</i>	<p>1. Pesquisa bibliográfica em bibliotecas, internet e bases de dados, nomeadamente a EBSCO, com as palavras-chave: Cateter Urinário; Cuidados de Enfermagem; Idoso; Infecção Hospitalar e Prevenção e Controlo, procurando conhecer as intervenções de enfermagem na prevenção da CAUTI na pessoa idosa;</p> <p>2. Observação participativa da atividade da enfermeira da CCI e a sua intervenção a nível hospitalar, realizando 1 semana de estágio na CCI de um hospital da Região de Lisboa e Vale de Tejo;</p> <p>3. Consulta e análise das <i>guidelines</i> da CCI relativas à prevenção das IACS, nomeadamente a CAUTI;</p> <p>4. Prestação de cuidados à pessoa idosa algaliada, atendendo à evidência científica, incluindo ações educativas à pessoa idosa/família sobre os cuidados no manuseamento do saco coletor de urina e de higiene perineal.</p>	<p>1. O relatório de estágio apresenta um enquadramento teórico que justifica a problemática em estudo e revela o estado da arte acerca da mesma;</p> <p>2. Realiza uma semana de estágio na CCI e acompanha e participa nas atividades da enfermeira responsável;</p> <p>3. Conhece as <i>guidelines</i> para prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa, e atende às mesmas na revisão de normas de procedimento sobre os cuidados na inserção, manutenção e remoção do cateter urinário;</p> <p>4. Os estudos de casos elaborados traduzem uma prestação de cuidados à pessoa idosa/família baseada na evidência científica.</p>
2.2 – <i>Capacitar a equipa de enfermagem para a</i>	<p>1. Divulgação do projeto à equipa de enfermagem e convite a participar num grupo de trabalho que dinamize o mesmo;</p>	<p>1. Divulga o projeto à equipa de enfermagem e existe um X número de enfermeiros interessados em dinamizá-lo;</p>

<p><i>prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa</i></p>	<p>2. Identificação dos conhecimentos e das práticas da equipa de enfermagem acerca da prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Elaboração e aplicação de uma grelha de observação das práticas da equipa de enfermagem na prevenção e controlo da CAUTI, na pessoa idosa, realizando auditorias às mesmas no serviço de cirurgia, no início e final do estágio;</li> <li>* Elaboração e aplicação de um questionário para avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem do serviço de cirurgia sobre a prevenção da CAUTI na pessoa idosa;</li> <li>* Análise das respostas dos enfermeiros ao questionário aplicado e dos resultados das auditorias efetuadas;</li> </ul> <p>3. Reuniões de formação com a equipa de enfermagem do serviço de cirurgia geral de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* No início do estágio - Para apresentar o projeto: Diagnóstico da situação; estado da arte e atividades a desenvolver;</li> <li>* No final do estágio - Para dar <i>feedback</i> das atividades desenvolvidas e resultados obtidos e solicitar opiniões/dúvidas/aspectos a melhorar no futuro;</li> </ul> <p>4. Discussão com a equipa de enfermagem de casos em que se avalie a indicação da algaliação da pessoa idosa.</p>	<p>2. Elabora uma grelha de observação das práticas da equipa de enfermagem na prevenção e controlo da CAUTI, na pessoa idosa;</p> <p>3. Efetua pelo menos 2 auditorias às práticas da equipa de enfermagem na prevenção da CAUTI na pessoa idosa;</p> <p>4. Pelo menos 80% da equipa de enfermagem responde aos questionários elaborados;</p> <p>5. Analisa os resultados dos questionários e das auditorias efetuadas no serviço;</p> <p>6. Apresenta na primeira reunião de formação os resultados das auditorias efetuadas e questionários aplicados, o estado da arte da problemática em estudo e as atividades a desenvolver. Na reunião final apresenta as atividades realizadas e os resultados obtidos, aspetos a melhorar e solicita sugestões à equipa;</p> <p>7. Presença de pelo menos 50% da equipa de enfermagem da cirurgia geral nas reuniões;</p> <p>8. Discute com a equipa de enfermagem a indicação da algaliação na pessoa idosa, utilizando estudos de caso.</p>
---	---	---

<p>2.3 – <i>Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI, na pessoa idosa.</i></p>	<p>1. Elaboração, em conjunto com a equipa de enfermagem, de um guia de orientação para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa, onde se inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Construção de uma <i>checklist</i> para monitorizar a necessidade de algaliação da pessoa idosa e os cuidados de inserção, manutenção e remoção do cateter urinário;</li> <li>* Criação de uma “<i>bundle</i>” da algaliação;</li> <li>* Elaboração de um algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação;</li> </ul> <p>2. Implementação das intervenções de enfermagem para prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Monitorização diária, pela equipa de enfermagem, da necessidade de algaliação da pessoa idosa e os cuidados na inserção, manutenção e remoção do cateter urinário, aplicando a <i>checklist</i> criada;</li> <li>* Avaliação semanal do preenchimento das <i>checklist's</i> e devolver <i>feedback</i> aos enfermeiros dos resultados;</li> <li>* Construção de um <i>poster</i> para afixar no serviço onde conste o algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação e a sua “<i>bundle</i>”;</li> <li>* Realização de auditorias à higiene das mãos no serviço de cirurgia geral (como estratégia de sensibilização da equipa para a mesma), utilizando a grelha da CCI do hospital;</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elabora em conjunto com a equipa de enfermagem um guia de orientação para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa, que contém a <i>checklist</i>, a “<i>bundle</i>” de algaliação e o algoritmo criados;</li> <li>2. 80% das <i>checklist's</i> que constam dos processos clínicos, encontram-se totalmente preenchidas;</li> <li>3. Avalia semanalmente o preenchimento das <i>checklist's</i> pelos enfermeiros e devolve-lhes <i>feedback</i>;</li> <li>4. Elabora um <i>poster</i> onde consta o algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação e a sua “<i>bundle</i>”, que se encontra exposto no serviço;</li> <li>5. Realiza pelo menos 100 observações à higiene das mãos, aos profissionais do serviço de cirurgia geral;</li> </ol>
---	--	--

	<p>3. Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas para a prevenção e controlo da CAUTI:</p> <p>* Auditorias aos processos dos doentes, através do SAPE, antes e após a implementação das intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa, avaliando a % de idosos algaliados e respetiva indicação;</p> <p>* Auditorias às práticas da equipa de enfermagem na prevenção e controlo da CAUTI, na pessoa idosa, antes e após a implementação das intervenções sistematizadas de enfermagem, utilizando a grelha de observação elaborada;</p> <p>* Avaliação das informações da <i>checklist</i>, recolhendo os dados relativos aos cuidados com inserção, manutenção e remoção do cateter urinário, bem como a informação relativa à % de idosos algaliados e sua indicação.</p>	<p>6. Realiza 2 auditorias aos registos SAPE, e espera-se que no final do estágio, a remoção precoce da algália na pessoa idosa (assim que possível) é uma preocupação da equipa de enfermagem e ocorre em pelo menos 90% dos casos;</p> <p>7. A auditoria às práticas de enfermagem demonstra que, no final do estágio, pelo menos 80% das intervenções para prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa se encontra em conformidade com a evidência científica;</p> <p>8. Avalia semanalmente as informações da <i>checklist</i> e no final do estágio 90% dos <i>items</i> avaliados estão em conformidade com as últimas <i>guidelines</i> para prevenção e controlo da CAUTI.</p>
--	--	--

- Prevê-se a utilização de **recursos físicos** (locais de estágios - UCC da Margem Sul do Tejo, Comissão de Controlo de Infecção e Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo; Bibliotecas da ESEL e casas dos utentes da UCC), **materiais** (computador com acesso à internet e bases de dados para pesquisa, Impressora, datashow, folhas em branco, poster, lápis e canetas, viatura automóvel da UCC para deslocação aos domicílios dos utentes) e **humanos** (utentes idosos e sua família, docente orientador do projeto e enfermeiros orientadores do local de estágio, equipa multiprofissional da UCC e da Cirurgia Geral).

**Apêndice II** – Breve caracterização dos locais de estágio

## **BREVE CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

### **1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC) DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO**

Esta UCC é uma unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Margem Sul do Tejo e iniciou funções em 2010. É constituída por dois pólos, sendo que para rentabilizar os recursos humanos e materiais, encontra-se a funcionar nas instalações de um dos pólos.

Tem por missão prestar cuidados de saúde e assegurar apoio psicológico e social, através de atividades que visam o bem-estar e desenvolvimento da comunidade, a proteção e promoção da saúde (com especial incidência em determinados contextos - escolas, locais de trabalho), a prestação de cuidados a grupos populacionais particularmente vulneráveis e intervenções ao indivíduo/família em situações de grande dependência física ou funcional e/ou de doenças que exijam acompanhamento no domicílio.

A UCC é constituída por uma equipa multiprofissional, que inclui: 11 enfermeiros a 40h (dos quais 5 são especialistas: 1 de Reabilitação, 1 de Saúde Pública, 2 de Saúde Infantil e Pediatria e 1 de Saúde Materna) e um enfermeiro chefe a 20h semanais; 2 enfermeiras especialistas em Saúde Materna (5h e 3h semanais); 1 psicóloga (7h semanais); 1 assistente social (7h semanais); 2 fisioterapeutas (40h e 15h semanais).

Para além destes profissionais, a UCC conta ainda com a cooperação de outros profissionais do ACES, nomeadamente: higienista oral, assistente operacional, médicos de saúde pública, técnicos de saúde ambiental e nutricionista.

O Controlo de Infeção encontra-se incluído na Gestão de Risco, que abrange assim 3 áreas: Controlo de Infeção, Gestão de Resíduos Hospitalares e Saúde Ocupacional Interna. O Serviço de Gestão de Risco foi criado em Outubro de 2010, tendo sido restaurado em Fevereiro de 2013, devido a reconfigurações existentes no ACES.

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

Em cada unidade funcional foram nomeados elementos dinamizadores locais, que articulam com a equipa de Gestão de Risco do ACES e colocam em prática as suas orientações. Nesta UCC a equipa de membros dinamizadores é constituída por uma enfermeira (elemento responsável), uma técnica de saúde ambiental, uma assistente operacional e uma assistente técnica.

O estágio foi realizado integrando a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC. A ECCI divide-se na prática diária em duas equipas, sendo que cada uma abrange áreas geográficas diferentes. Esta equipa é constituída por um grupo multidisciplinar, destinado à prestação de serviços e cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença.

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

Atingida a capacidade assistencial da ECCI (40 vagas), os utentes ficam a aguardar vaga, em lista de espera, sendo os cuidados de enfermagem assegurados pelos enfermeiros das unidades funcionais do respetivo ACES, onde se encontram inscritos.

Os critérios de referenciação para a ECCI são utentes residentes no concelho, portadores de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, sendo critérios de inclusão: frequência da prestação de cuidados domiciliários superior a uma vez por dia e sete dias na semana; necessidade de cuidados

que requeiram um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, por exemplo, enfermagem de reabilitação, apoio social, etc.; prestação de cuidados multiprofissionais que excedam uma hora e trinta minutos por dia.

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

A UCC funciona de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira, das 8h às 20h. Aos sábados, domingos e feriados das 8-16h para os utentes integrados na ECCI.

## **2. HOSPITAL DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO**

Este hospital iniciou a sua atividade em Setembro de 1991, em substituição do antigo hospital do concelho. Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação, foi classificado como hospital central, o único na margem sul do Tejo, deixando de pertencer ao setor público administrativo e passando para o setor empresarial do estado, desde 2006 até à atualidade como entidade pública empresarial (EPE).

O hospital serve atualmente uma população de cerca de 350 mil habitantes e dispõe de uma lotação de 545 camas, distribuídas pelas várias especialidades.

Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos que abrange. É também sua missão desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino, em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas.

### **2.1. Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA)**

A criação do GCLPPCIRA surge no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho nº 2902/2013 de 22 de Fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 38, sendo assim objeto de fusão o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, ao qual foi dado o carácter de programa prioritário de saúde (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2013).

De acordo com a DGS (2013), este programa tem como objetivos gerais a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência aos mesmos.

A criação do GCLPPCIRA surge neste hospital a 5/09/14, por deliberação do Conselho de Administração, de acordo com o despacho nº 15423/2013 de

26 de Novembro de 2013, do Diário da República 2ª Série, dando-se a fusão da Comissão de Controlo de Infeção com a Comissão de Antibióticos do hospital.

A este GCLPCCIRA compete, como principais funções:

- ✓ Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e uso de antimicrobianos;
- ✓ Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos;
- ✓ Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antibióticos;
- ✓ Garantir o retorno de informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
- ✓ Fazer integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente.

O GCLPPCIRA é um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão. Tem um carácter técnico, executivo e multidisciplinar, que deve ser representativo e ajustado à modalidade de gestão da instituição.

## **2.2. Serviço de Cirurgia Geral**

O serviço de cirurgia geral integra-se no departamento de Cirurgia e encontra-se fisicamente repartido em duas alas, cirurgia I (internamento de homens) e cirurgia II (internamento de mulheres), que acaba por ser misto, quando a gestão de vagas assim o exige.

O serviço possui em cada ala (cirurgia I e II) 27 camas, sendo 23 de enfermaria e 4 de unidade de cuidados cirúrgicos diferenciados. Cada serviço possui 7 quartos de 3 camas e 2 quartos de 1 cama.

A equipa médica é constituída pelo diretor de serviço, especialistas e internos e é comum aos dois serviços. A equipa de enfermagem é constituída

por 40 enfermeiros (com equipas fixas na cirurgia I e II) e uma enfermeira chefe, comum aos dois serviços. A equipa de Assistentes Operacionais (AO) é comum à cirurgia geral e constituída por 20 elementos. Além destes profissionais, fazem parte da equipa multidisciplinar do serviço a dietista, a assistente social, os fisioterapeutas, a farmacêutica e a psicóloga.

A admissão dos doentes neste serviço pode ser efetuada através das consultas externas, do serviço de urgência e de outros serviços ou unidades de internamento.

As patologias mais comuns são: oclusão intestinal, colecistite, apendicite, doenças das vias biliares e pâncreas, esofagite, hérnias abdominais/inguinais, neoplasias gástricas e intestinais, patologia da mama e tiróide.

No serviço os registos de enfermagem são efetuados através do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), e os médicos através do SAM (Sistema de Apoio ao Médico).

O método de trabalho utilizado pela enfermagem é o individual.

Em relação ao controlo de infeção, o serviço nomeou 4 membros dinamizadores do GCLPPCIRA, sendo constituído por dois médicos e duas enfermeiras, que articulam e fazem cumprir no serviço as orientações deste último.

**Apêndice III – Norma da UCC para a prevenção da CAUTI**

# Norma para prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter

---

**Finalidade:** Estabelecer orientações para prevenir e controlar a Infecção do Trato Urinário (ITU) associada à algaliação

**Destinatários:** Enfermeiros

**Autor(es):** Liliana Torres (estudante do 5º curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa)

**Elaborada em:** 25/10/14

## Lista de Siglas:

---

CAUTI - Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

Ch – Unidades Chérière

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU – Infecção do Trato Urinário

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

## Introdução

---

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

Não sendo um problema novo, as IACS assumem cada vez mais importância, constando da lista de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) *Patient Safety*, por serem um dos efeitos adversos da prestação de cuidados de saúde potencialmente evitáveis (WHO, 2009). Existem estudos que revelam que pelo menos 20% poderiam ser evitadas (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Em Portugal, a Infecção do Trato Urinário (ITU) é a segunda IACS mais frequente (21,1%), precedida apenas das infeções do aparelho respiratório (29,3%) (Ministério da Saúde, 2013).

A infecção urinária corresponde à aquisição de bacteriúria significativa, sendo definida usando os critérios para ITU sintomática ou assintomática. Pode envolver qualquer parte do sistema urinário, incluindo a uretra, a bexiga, os ureteres e os rins (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2014). Entre as complicações mais frequentes surge a pielonefrite, cistite, bacteriémia secundária, sépsis e prostatite (Pina *et al.*, 2010).

Sabe-se que a cateterização vesical é o principal fator de risco para a ITU, sendo que 80% dos casos estão associados à algaliação (Blodgett, 2009).

Também Mori (2014) considera que a Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI) é a mais comum, correspondendo a cerca de 40% de todas as IACS, contudo, refere que vários estudos demonstram que metade dos doentes algaliados não tem uma indicação válida para a mesma.

Por outro lado, o risco de infecção está diretamente relacionado com o tempo de cateterização (Pratt & Pellowe, 2010; Nicolle, 2005). Estima-se que por cada dia de algaliação, o risco de infecção aumente entre 3-10%, chegando aos 100% ao fim de 30 dias de algaliação (Mori, 2014).

Com base nas definições do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a algaliação é considerada:

\*Curta Duração (7-10 dias)

\*Média duração (< 28 dias)

\*Longa Duração ( $\geq$  28 dias)

As vias urinárias são a porta de entrada mais frequente de sépsis por Gram negativos, sendo que os principais microrganismos responsáveis pela ITU são: *Escherichia Coli*, *Proteus Mirabilis*, *Klebsiella spp*, *Staphylococcus Saprophyticus*, *Enterococcus spp* e *Pseudomonas Aeruginosa*.

A infecção urinária pode ocorrer durante o ato de cateterização, imediatamente após a inserção da algália ou posteriormente, devido à flora que coloniza o sistema.

As bactérias entram na via urinária cateterizada pelas vias:

○ Extraluminal – Pode ocorrer mais rapidamente, através da inoculação direta das bactérias na bexiga, na altura da inserção da algália ou, mais tarde, ascendendo do períneo por ação capilar na mucosa contígua à parede externa da algália.

○ Intraluminal – Em que os microorganismos ascendem do lúmen do cateter devido a falhas de manutenção do circuito fechado de drenagem de urina, despejo inadequado dos sacos coletores ou contaminação dos mesmos.

*Estima-se que, aplicando medidas de controlo de infeção adequadas, se possam evitar até 69% das infeções urinárias, o que representa cerca de 380.000 infeções e 9.000 óbitos por ano (Gould, Umscheid, Agarwal, Kuntz & Pegues, 2009).*

## Indicações válidas para a algaliação (Gould *et al*, 2009)

---

- Resolver obstrução do trato urinário ou situações de retenção urinária;
- Necessidade de uma monitorização rigorosa dos débitos urinários;
- Incontinência urinária na presença de úlceras/feridas na região sagrada ou perineal;
- Proporcionar conforto aos doentes em fase terminal;
- Durante e após cirurgias complexas, que justifiquem a algaliação;
- Necessidade de lavagem vesical contínua ou intermitente;
- Utentes que necessitem uma imobilização prolongada (ex. traumatismos da coluna lombar)

## Prevenção da CAUTI

---

Gould *et al* (2009) pressupõem cinco níveis de intervenção para a prevenção da CAUTI:

1. Avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação do risco individual da pessoa);

2. Seleção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação);
3. Inserção assética da algália;
4. Manutenção da algaliação;
5. Remoção da algália.

## Categorização das Recomendações

---

As recomendações foram classificadas quanto à evidência, tendo por base o sistema de categorização do CDC:

- **Categoria IA** – Medidas de adoção fortemente recomendadas e apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.

- **Categoria IB** – Medidas de adoção fortemente recomendadas e apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.

- **Categoria IC** – Medidas preconizadas pelas recomendações de Associações ou Federações.

- **Categoria II** – Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou em fundamentação teórica.

- **Questão não resolvida** – Medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto à sua eficácia.

## Princípios Gerais

---

- O uso de algália deve ser limitado às necessidades clínicas, diariamente reavaliadas – **Categoria IB**

- Avaliação de métodos alternativos à algaliação, de acordo com a situação clínica do doente, nomeadamente: fralda, dispositivo do tipo penrose, cateterização suprapúbica, drenagem vesical intermitente – **Categoria II**

○ Desinfecção higiénica das mãos imediatamente antes da algaliação ou qualquer manipulação da algália ou sistema de drenagem. Desinfecção feita, preferencialmente, com recurso a soluções antissépticas de base alcoólica – **Categoria IA**

○ O sistema de drenagem deve funcionar em circuito fechado. Este só deve ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos – **Categoria IA**

○ O sistema de drenagem deve ter preferencialmente um local referenciado que permite a colheita assética de urina - **Categoria IC**

○ Se ocorrer quebra de técnica assética, ou desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deve ser substituído, usando técnica assética após desinfetar a junção algália-saco com álcool – **Categoria II**

○ As lavagens / irrigações/ instalações da bexiga não previnem a infeção associada à algaliação, pelo que devem ser efetuadas apenas por razões clínicas específicas e não por rotina – **Categoria IB**

○ A substituição da algália deve ser fundamentada nas necessidades clínicas de cada pessoa, tendo em conta as recomendações do fabricante. Não deve ser feita por períodos fixos ou arbitrários ou estabelecidos por rotina do serviço – **Categoria IB**

○ Todos os procedimentos envolvendo a algália e o sistema de drenagem devem ser registados nas notas de enfermagem. No mínimo devem incluir: o nome do profissional; a data de inserção; o tipo e calibre da algália; o volume da água do balão – **Categoria II**

## Inserção da algália

---

○ O calibre da algália refere-se ao seu diâmetro interno, que é expresso em unidades Charrière (Ch) –  $1\text{Ch} = 0,33\text{mm}$ . Deve escolher-se o diâmetro mais pequeno desde que assegure a drenagem eficaz. O calibre recomendado é de 12 a 14 Ch na mulher e 14 a 16 Ch no homem – **Categoria II**

○ A algália deve ser selecionada com a duração prevista da algaliação e a avaliação clínica da pessoa. Na escolha do tipo de algália, é necessário inquirir a pessoa e/ou pessoas significativas, acerca de possível alergia ao látex – **Categoria II**

○ Se é previsível uma irrigação contínua ou regular deve ser selecionada uma algália de três vias – **Categoria II**

Tipo de Algália		Informações Importantes
<b>Curta Duração</b> (≤ 10 dias)	Látex	*Torna-se irritante quando o seu uso é prolongado;  *Nas situações em que haja coágulos, não é recomendável a sua utilização;  *É de difícil introdução nos casos de obstrução.
<b>Média Duração</b> (< 28 dias)	Teflon  PVC	*Não é adequado para pessoas alérgicas ao látex, apesar de menos irritante;  *Mais fácil de colocar;  *Menos probabilidade de obstruir;  *Pode degradar-se se prolongar o seu uso para além do estipulado;
<b>Longa Duração</b> (≥ 28 dias até 12 semanas)	Silicone  Revestimento silicone	*É o material menos irritante;  * A sua consistência pode dificultar a sua introdução.

Tabela 1- Tipos de Algália e sua duração (Almeida et al, 2013; Slater, 2011; Dingwall, 2008)

○ É extremamente importante a manutenção da técnica asséptica durante todo o procedimento de colocação da algália, de forma a minimizar o risco de infeção:

\*Uso de barreiras de proteção – **Categoria IB**

\*A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril – **Categoria IB**

○ Deve adotar-se um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril sem receio de contaminação. Se a algália se contaminar durante a inserção deve ser substituída – **Categoria IB**.

○ A área genital deve ser lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas de procedimento (limpas) – **Categoria II**

○ O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Não há vantagem em usar soluções antissépticas para limpeza do meato uretral, previamente à inserção da algália, como forma de prevenir a infeção urinária na pessoa algaliada – **Categoria IA**.

○ **Questão não Resolvida:** não há evidência de que a água ou o soro fisiológico a utilizar na limpeza do meato urinário devam ser estéreis.

○ Usar lubrificante apropriado, gel anestésico estéril de uso único, para reduzir o trauma uretral – **Categoria II**

○ O balão deve ser dilatado com a quantidade correta de água estéril (volume necessário – 5 a 10ml no adulto) – **Categoria II**

○ Fixação da algália, com vista a prevenir os movimentos da mesma e pontos de fricção na uretra, assegurando uma boa drenagem – **Categoria IC:**

\*Homem – parte superior da perna;

\*Mulher – face interna da coxa.

## Manutenção da algaliação

---

○ Descontaminar as mãos e usar um novo par de luvas limpas antes da manipulação da algália e lavar as mãos após a remoção das luvas – **Categoria IA**

○ A higiene do meato deve ser efetuada com soro fisiológico a intervalos apropriados de modo a mantê-lo livre de incrustações e contaminações. Não é necessário usar antissépticos na higiene diária do meato urinário como forma de prevenir a CAUTI – **Categoria IB**

○ Depois da inserção assética do cateter vesical, deve ser mantido um sistema de drenagem fechado – **Categoria IB**

○ Devem ser cumpridos alguns requisitos do saco de drenagem – **Categoria IC:**

\*De encerramento seguro e fácil de posicionar;

\*Com válvula antirrefluxo;

\*Com torneira de despejo, de modo a assegurar a manutenção do circuito fechado de encerramento seguro;

\*Com tubagem resistente;

\*Com sistema de medição fiável da urina.

○ O saco deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga e estar colocado em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo – **Categoria II**

○ A posição e integridade do sistema devem ser mantidas, de modo a ser compatível com o conforto e mobilidade do doente – **Categoria IC**

○ No despejo do saco de drenagem atender – **Categoria II:**

\*Evitar o contacto da torneira com qualquer superfície;

\*Higienizar as mãos antes e após cada despejo;

\*Usar luvas e avental, estes deverão ser removidos depois de cada despejo;

\*Evitar a dispersão de gotas aquando do esvaziamento;

\*Em cada despejo deve ser usado um recipiente limpo e individualizado; deve ser lavado e mantido seco após cada utilização;

\*No final, limpar a torneira com uma compressa seca ou toalhete.

○ O saco de drenagem não deve ser substituído por rotina mas sim – **Categoria II:**

\*Na altura da substituição da algália;

\*Quando estiver danificado ou com fugas;

\*Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos;

\*Se houver saída acidental do saco e/ou sistema.

○ O saco de drenagem deve ser despejado e a torneira fechada antes de a pessoa entrar no banho. As pessoas algaliadas devem tomar banho acompanhadas, porque o saco de drenagem pode ficar obstruído ou preso, levando à deslocação/remoção da algália. Se ocorrer uma destas situações, deve substituir-se todo o sistema após o banho. Se não for necessário remover a algália, substituir apenas o saco, cumprindo os princípios recomendados para esta prática – **Categoria IC**

○ Manter sempre o sistema de drenagem fechado e assegurar a sua manipulação com técnica asséptica. Se ocorrer alguma falha durante a técnica asséptica de algaliação (desconexão tubagem, contaminação) substitua o cateter e todo o sistema drenagem – **Categoria IB**

○ Em algalias de curta duração deve manter-se o mesmo saco coletor, se não houver obstrução. Se for necessário proceder à substituição do saco, a junção algália/tubo deve ser desinfetada com álcool antes da desconexão.

## Remoção da algália

---

- A remoção da algália deve ser feita o mais cedo possível – **Categoria IA**
- O procedimento de remoção da algália, deve seguir as seguintes fases – **Categoria IC:**
  - \* Higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e calçar luvas limpas;
  - \* Desinsuflar o balão;
  - \* Limpar o meato urinário e a região periuretral com soro fisiológico;
  - \* Retirar a algália suavemente;
  - \* Limpar novamente o meato e a região periuretral;
  - \* Vigiar a eliminação vesical espontânea.
- Registrar em notas de enfermagem, a data e o motivo da remoção da algália, bem como a eliminação pós desalgaliação – **Categoria IC**

## Material e procedimento da algaliação

---

### **Material:**

- \* Kit de algaliação descartável ;
- \* Algália de tipo e calibre adequado à situação do doente;
- \* 1 par de luvas não esterilizadas;
- \* Soro fisiológico para limpeza perineal;
- \* Saco coletor esterilizado com torneira;
- \* Adesivo hipo alérgico;
- \* Campo esterilizado com orifício;

- \* Resguardo absorvente impermeável.

### **Procedimento:**

- \* Informar a pessoa sobre o procedimento que se vai realizar e como pode colaborar;

- \* Preparar e transportar o material para junto da pessoa;

- \* Manter a privacidade da pessoa;

- \* Preparar fisicamente a pessoa, expondo unicamente a região genital e colocando o resguardo sob a mesma:

- Homem: decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução

- Mulher: decúbito dorsal com os membros inferiores fletidos e em abdução

- \* Higienizar as mãos;

- \* Calçar as luvas não esterilizadas e fazer uma limpeza dos órgãos genitais;

- \* Descalçar as luvas e higienizar as mãos;

- \* Abrir o kit com técnica asséptica;

- \* Retirar o invólucro externo da algália colocando-o dentro do kit e abrir de seguida o saco coletor de urina. Colocar o soro fisiológico na taça;

- \* Calçar luvas esterilizadas e proceder a nova limpeza utilizando a pinça:

- No homem: Com a mão não dominante posicionar o pénis perpendicularmente à zona pélvica, retraindo o prepúcio. Com a mão dominante limpar o meato utilizando uma compressa de cada vez, com movimentos circulares em sentido descendente, do meato para a glande.

- Na mulher: Inicia-se a limpeza pelos grandes lábios, utilizando uma compressa para cada um, num movimento descendente e único, do lado mais afastado para o mais próximo. Seguidamente a mão não dominante afasta os grandes lábios e a outra mão executa a limpeza dos pequenos lábios, respeitando os passos anteriormente descritos. Por último procede-se à limpeza do meato num movimento único.

- \* Colocar campo esterilizado com orifício;

\* Adaptar saco coletor de urina à algália e lubrificar a sua extremidade;

\* Introduzir a algália de forma suave e com movimentos rotativos até ao aparecimento de urina no tubo do saco coletor. No homem colocar com a mão não dominante o pénis num ângulo de 90° com a zona pélvica e na mulher com a mão não dominante manter os grandes lábios afastados enquanto se faz a introdução da algália com a mão dominante.

\* Introduzir água destilada em quantidade adequada à capacidade do balão (cuff) e exteriorizar ligeiramente a algália até se sentir resistência;

\* Retirar as luvas e higienizar as mãos;

\* Fixar a algália, alternando a sua posição diariamente;

\* Diariamente realizar os cuidados de higiene perineal com água e sabão e mudar a posição da algália;

\* Avaliar e registar as características da urina diariamente.

\* Informar o doente/familiar sobre os cuidados na manutenção da algaliação, despiste de sinais de infeção urinária (piúria, alterações de coloração, hematúria, dor, ardor, exsudado purulento ao nível do meato urinário) e a data de mudança da algália –

## **Categoria II**

\* Incentivar o doente à ingestão de líquidos a fim de promover uma boa diurese, se não existir contra-indicação clínica.

## **Colheita de urina para exame microbiológico**

---

Deve ser usada técnica asséptica e material estéril, cumprindo os seguintes passos:

- Clampar a algália durante alguns minutos;
- Preparar o material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas esterilizadas;
- Desinfetar com álcool a área a puncionar;

- Aspirar com seringa 5 a 10ml de urina, puncionando na parte oposta do canal do balão com um ângulo de 45° e colocar em frasco esterilizado devidamente rotulado, evitando tocar no frasco;
- Retirar a pinça de clampagem e limpar o local de punção após a colheita;
- Enviar a amostra de urina para o laboratório o mais rápido possível (no prazo máximo de 1 hora). Se isto não for possível, a amostra deve ser refrigerada para evitar a proliferação de bactérias;
- Não puncionar o tubo de plástico ou saco coletor;
- Não desconectar a algália para recolher a urina.

## Bibliografia:

---

- Addison, R., Foxley, S., Mould, C., Naish, W., Oliver, H., Sullivan, J... & Vaughan, A. (2012). *Catheter Care – RCN guidance for nurses*. Londres: Royal College of Nursing. Acedido em 12.10.14. Disponível em [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/157410/003237.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0018/157410/003237.pdf)
- Almeida, C., Coelho, M. & Paramés, P. (2013). *Norma de procedimento geral*. 26.12.2013. Prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) – Doentes com Algaliação de Curta e Média Duração. Acessível no Hospital Garcia de Orta, EPE, na intranet, Portugal.
- Blodgett, T. (2009). Reminder Systems to Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.
- Canterbury Continence Forum (2013). *Catheter Care Guidelines*. Canterbury: Clinical Nurse Specialist. Acedido em 10.10.14. Disponível em: <https://www.cdhb.health.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/CDHB-Policies/Nursing-Policies-Procedures/Documents/Catheter-Care-Guidelines.pdf>
- CDC (2014). Device-associated Module CAUTI. Acedido em 2014/05/07. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/7pscCAUTICurrent.pdf>.
- Dingwall, L. (2008). Promoting social continence using incontinence management products. *British Journal of Nursing*, 17 (9), 12-19.

- Gould, C.V., Umscheid, G.A., Agarwal, R. K., Kuntz, G. & Pegues, D. A. (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Acedido em 24.4.2014. Disponível em [http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001\\_cauti.html](http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html)
- Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Mori, C. (2014). A-Voiding Catastrophe: Implementing a Nurse-Driven Protocol. *Medsurg Nursing*, 23 (1), 15-28.
- Nicolle, L.E. (2005). Catheter-Related Urinary Tract Infection. *Drugs Aging*, 22 (8), 627-639.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.
- Pratt, R. & Pellowe, C. (2010). Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing Older People*, 22 (8), 25-29.
- Slater, R. (2011). Preventing infection with long-term indwelling urinary catheters. *British Journal of Community Nursing*, 16 (4), 168-172.
- Veiga, B.S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I.S., Martins, M.M...& Silva, P.C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos técnicos* (2ª ed.). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. Suíça:WHO Library.

## **Apêndice IV – Estudo de Caso**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Unidade Curricular – Estágio com relatório

## *Estudo de Caso*

# *“Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Algaliação na Pessoa Idosa”*

**Discente:**

Liliana Patrícia de Almeida Guerreiro Torres, nº 5385

**Docente Orientador:**

Maria Emília Brito

Lisboa

Março, 2015

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

Bpm - Batimentos por minuto

CAUTI – Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EV- Endovenosa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IAI – Instrumento de Avaliação Integral

IMC – Índice de Massa Corporal

ITU – Infecção do Trato Urinário

MNA - Mini Nutritional Assessment

SC - Subcutânea

Sra. – Senhora

UP – Úlcera de Pressão

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1. DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E CONTEXTO FAMILIAR</b>	<b>5</b>
1.1. Dados Sociodemográficos	5
1.2. Projeto de vida/Sentido dado à doença	5
1.3. Ambiente Familiar	6
1.4. Antecedentes Pessoais	7
1.5. Medicação Domiciliária	7
1.6. História da doença actual	8
1.7. Avaliação multidimensional da pessoa idosa	9
1.8. Identificação da situação de cuidados à luz do quadro concetual de Dorothea Orem	10
<b>2. PLANO DE CUIDADOS</b>	<b>19</b>
<b>3. REFLEXÃO SOBRE O CASO EM ESTUDO</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICES/ANEXOS</b>	
Apêndice I – Genograma e Ecomapa	
Anexo I – Mini Nutritional Assessment (MNA)	
Anexo II – Índice de Barthel	
Anexo III - Índice de Lawton	
Anexo IV - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	
Anexo V - Escala de Braden	
Anexo VI – Escala de Morse	

## INTRODUÇÃO

O estudo de caso é entendido como um estudo aprofundado de um indivíduo, família, grupo ou organização (Fortin, 1999), e com potencial para aumentar o conhecimento referente ao cuidado de enfermagem (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003).

Foi escolhida a Sra. Rosa (nome fictício) para a elaboração deste estudo de caso por ser uma pessoa idosa, que se encontra internada num serviço de cirurgia geral, de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo e que vivencia a problemática em estudo. Por outro lado, por ser um exemplo de “envelhecimento ativo”, que na sua idade não é comum encontrar no perfil de doentes da cirurgia geral e que por isso me marcou pela sua positividade, energia e vontade de viver.

O “Envelhecimento Ativo” é entendido como um processo de um envelhecimento planeado, saudável, participativo, apoiado em políticas que proporcionem o desenvolvimento de um bem-estar físico, mental e social (WHO, 2005).

O envelhecimento ativo depende de diversos fatores determinantes onde estão envolvidos não só os indivíduos, como as famílias e os países. Esses determinantes aplicam-se à saúde das pessoas em todas as idades, e são eles: relacionados com a cultura e o género, os sistemas de saúde e serviço social, os fatores comportamentais, os aspetos pessoais, o ambiente físico e social e os fatores económicos (WHO, 2005).

A Sra. Rosa foi algaliada na sequência de uma cirurgia abdominal (no intra-operatório), no entanto, sem outra razão aparente, manteve-se algaliada por não existir indicação médica em contrário, encontrando-se a cada dia que passou mais exposta ao risco de desenvolver uma Infecção do Trato Urinário (ITU). Esta situação enquadra-se perfeitamente na justificação da problemática efetuada no relatório, uma vez que apesar de se tratar de uma pessoa idosa, esta é autónoma nas suas atividades básicas de vida diárias (ABVD), inclusive na eliminação, não sendo aceitável que continue algaliada sem indicação válida para tal.

Cabe ao enfermeiro, sendo o profissional de saúde que permanece 24 horas junto dos doentes, estar alerta para as questões de segurança dos mesmos, nomeadamente para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e, no caso da Infeção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI), evitar sempre que possível a algaliação. Sendo esta realmente necessária, deve promover a desalgaliação precoce.

A avaliação da doente foi realizada através de várias fontes de informação (observação, exame físico, entrevista, aplicação de vários instrumentos de avaliação da pessoa idosa e consulta de processo clínico), considerando os seus aspetos biopsicossociais e atendendo ao modelo concetual de Dorothea Orem.

Para a realização deste estudo foram garantidos e respeitados os princípios éticos subjacentes, nomeadamente, foi pedido consentimento à Sra. Rosa para efetuar uma colheita de dados exclusivamente para o fim do estudo de caso e garantida a confidencialidade e anonimato em relação às informações obtidas.

Pretendeu-se com este estudo de caso refletir sobre um caso prático, que traduzisse a problemática da prevenção da CAUTI na pessoa idosa, e simultâneamente sobre o envelhecimento ativo, que tanto os enfermeiros “gostam de fomentar”, mas que na prática não refletem sobre o mesmo.

Seguidamente é efetuada uma avaliação da Sra. Rosa e do seu contexto familiar, onde se inclui a identificação da situação de cuidados à luz do quadro concetual de D. Orem, que esteve subjacente à implementação do projeto de estágio. Com base na mesma, foi efetuado um plano de cuidados com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizada no serviço de cirurgia geral.

Por fim, é efetuada uma reflexão acerca do estudo de caso apresentado.

# **1. DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E CONTEXTO FAMILIAR**

## **1.1. Dados Sociodemográficos**

A Sra. RSC gosta de ser tratada por Rosa, tem 81 anos de idade, tendo nascido a 13 de Agosto de 1932 na Sertã, onde fez o 4<sup>o</sup> ano de escolaridade e viveu até aos 14 anos. Nesta altura, veio para Lisboa acompanhar a irmã mais velha e ajudar a tomar conta do sobrinho.

Aos 20 anos começou a trabalhar como costureira numa fábrica, onde conheceu o seu marido. Casou-se aos 27 anos de idade e vieram morar para o Funchalinho, onde compraram uma moradia com um grande terreno. Teve o primeiro filho aos 30 anos de idade, que acabou por morrer no parto. Seis anos mais tarde foi mãe novamente de uma menina, que hoje tem 45 anos, é casada e tem 3 filhos.

A Sra. Rosa reformou-se aos 55 anos e ficou viúva há 4 anos, pelo que desde então reside na companhia da filha, netos e genro, que foram morar para junto desta. Próximo à sua moradia, reside a sua irmã mais nova e os sobrinhos, sendo que a irmã mais velha já faleceu.

## **1.2. Projeto de Vida/Sentido dado à doença**

A Sra. Rosa tem como projeto de vida viajar por Portugal, em excursões com os seus vizinhos e amigos, bem como continuar a cultivar no seu terreno e realizar atividades físicas que a mantenham ativa. A força anímica para viver é o crescimento e a educação dos netos, sobretudo a neta mais nova, com quem passa muito tempo. Refere ter uma família muito unida e que este é o motivo da sua alegria e vontade de viver.

Se existem forças que apelam ao morrer, é o fato de ter perdido o seu marido há 4 anos, vítima de um crânio no pâncreas, de quem sente muita falta.

A Sra. Rosa tem percepção do seu diagnóstico e encara a doença como um obstáculo que a impossibilita de estar com os seus familiares e amigos. Contudo, está sobretudo preocupada pela sua situação de saúde não a permitir ajudar a filha com a neta mais nova, de quem refere ter muitas saudades.

Encara esta situação de doença como sendo própria da idade e considera que se encontra melhor de saúde que muitas pessoas na sua idade, pois esta é a segunda vez na sua vida que está internada, esperando recuperar brevemente. Foi aplicada a escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão curta), que confirma ausência de depressão (anexo IV).

Os seus familiares mais próximos (filha e genro) têm percepção da sua situação clínica e estão presentes no internamento diariamente, estando bastante interessados na preparação da alta da doente.

### **1.3. Ambiente Familiar**

**Agregado familiar-** Vive com a filha, o genro (que considera como um filho) e os 3 netos (de 17, 13 e 6 anos) na sua moradia do Funchalinho, existindo, segundo refere, uma excelente relação familiar entre eles. Foi efetuado o genograma, que consta no apêndice I (Genograma e Ecomapa). Contactos: Susana (filha - 96\*\*\*\*\*) e Mário (genro - 96\*\*\*\*\*)).

**Espaço relacional com a família-** Tem 1 irmã que mora bastante próximo, também ela viúva, com quem convive diariamente no cultivo do seu terreno e na prática de hidroginástica. Os sobrinhos também moram próximo, na Costa da Caparica, pelo que no mínimo semanalmente tem contacto com eles. A filha e o genro são ambos professores e só chegam a casa ao fim da tarde, bem como os netos mais velhos, que têm aulas até cerca das 19h. A neta mais nova anda na escola primária e é a Sra. Rosa que a vai buscar à escola, perto das 17h e passam o resto do dia juntas.

A Sra. Rosa é a responsável pelas tarefas domésticas durante a semana, já que segundo refere, ao fim de semana a filha “faz questão de fazer tudo”

(sic). Aos fins de semana costumam receber amigos e familiares em casa, sendo que a Sra. Rosa aprecia esse convívio.

**Rendimentos agregado familiar-** O rendimento do agregado familiar provém da reforma da Sra. Rosa e marido (que ronda os 800 euros) e dos ordenados da filha e genro, que segundo ela, pagam quase todas as despesas da casa.

**Relacionamento com a vizinhança-** reside no mesmo local há cerca de 55 anos e sendo um espaço quase rural, conhece e relaciona-se bem com toda a vizinhança, tendo feito várias amizades. Frequenta o clube recreativo da zona, onde convive com outros vizinhos e amigos.

Foi efetuado ecomapa que consta do apêndice I (Genograma e Ecomapa).

**Caracterização da habitação-** reside numa moradia com 5 assoalhadas, com eletricidade, água, gás natural, saneamento básico e TV por cabo. Tem telefone e internet, sendo que a doente não é utilizadora desta última. É uma moradia com 2 andares, mas a Sra. Rosa, apesar de ter alguma dificuldade em subir e descer escadas devido às artroses nos joelhos, não precisa de o fazer constantemente, visto o primeiro andar só ter os quartos e uma casa de banho.

#### **1.4. Antecedentes Pessoais**

A Sra. Rosa desconhece alergias e tem os seguintes antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial;
- Arritmia;
- Artroses joelhos;
- Excisão de nódulo da mama esquerda há 14 anos.

#### **1.5. Medicação Domiciliária**

\*Losartan + Hidroclorotiazida (100mg + 12,5mg) – 1 comprimido ao pequeno-almoço

\*Zanitec 10mg – 1 comprimido ao almoço

\*Omeprazol 20mg – 1 comprimido em jejum

\*Alprazolam 1mg – 1 comprimido em SOS

## 1.6. História da doença atual

Em Setembro de 2014, ao fazer análises de rotina solicitadas pelo médico de família, a pesquisa de sangue oculto nas fezes revelou-se positiva. A Sra. Rosa referia sentir-se apenas mais cansada, mas não valorizou, pois não tinha qualquer outra sintomatologia.

Após o resultado das análises, efetuou colonoscopia, que diagnosticou neoplasia do colon esquerdo. Manteve-se sempre assintomática. Foi encaminhada para a cirurgia geral deste hospital, tendo sido internada no dia 07/12/14, para ser submetida a hemicolecotomia esquerda laparoscópica no dia seguinte, cujo pós-operatório decorreu favoravelmente.

No dia 10/12/14, quando efetuei a sua avaliação, encontrava-se a fazer a seguinte terapêutica, em veia periférica no antebraço esquerdo:

- ✓ Soro Polieletrolítico (1000ml/dia);
- ✓ Paracetamol 1gr EV – 8/8h;
- ✓ Metamizol magnésio 2gr EV – 8/8h (alternado com paracetamol);
- ✓ Ondansetrom 8mg EV – 12/12h;
- ✓ Enoxaparina 40mg SC – 12/12h.

Retomou neste dia a sua medicação domiciliária.

Encontrava-se também algaliada desde a cirurgia com uma folley teflon nº16, sem aparente justificação para a permanência da algália (foi desalgaliada a 11.12.14).

A Sra. Rosa teve alta a 15.12.14, a tolerar a dieta e bem adaptada aos seus novos hábitos alimentares e de vida, embora com alguma alteração no trânsito intestinal, encontrando-se nos últimos dias com dejeções semi-líquidas, acastanhadas, mas em menor quantidade no dia da alta. As suturas apresentavam uma boa evolução cicatricial, tendo indicação para penso simples, em dias alternados, no Centro de Saúde. Segundo a doente, uma das sobrinhas, enfermeira no hospital, iria ser responsável pela execução do mesmo.

## 1.7. Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Foi efetuada no dia 10/12/14 uma avaliação multidimensional da Sra. Rosa com base no instrumentos disponíveis para avaliar a pessoa idosa, que considere pertinentes aplicar, face à situação clínica da doente.

Deste modo, questionando diretamente a doente, foram utilizados os seguintes instrumentos:

**a) MNA (Mini Nutritional Assessment)** – Permite uma avaliação do estado nutricional e identificação dos idosos desnutridos ou em risco de desnutrição, sem recurso a parâmetros analíticos. A informação é obtida através do questionário direto ao idoso ou familiares/cuidadores.

Resultado: 26,5 pontos – estado nutricional normal (Anexo I – MNA)

**b) Índice de Barthel** – É um instrumento de avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sendo composto por 10 ABVD. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total e a independência varia entre 5, 10 ou 15 pontos, em função dos níveis de diferenciação (Sequeira, 2010).

Resultado: 75 pontos - Ligeiramente dependente (Anexo II – Índice de Barthel).

**c) Índice de Lawton** - Permite a avaliação da autonomia do doente nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), isto é, nas atividades que possibilitam a sua adaptação ao meio e independência para viver na comunidade (Sequeira, 2010).

Resultado: 10 pontos - moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda (Anexo II – Índice de Lawton).

**d) Escala de depressão geriátrica** (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta) – É utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso. A informação é obtida através de questionário direto ao idoso.

Esta escala tem uma versão completa com 30 questões, contudo, a versão curta está validada pelo autor e os resultados são sobreponíveis aos da versão completa, pelo que é a mais utilizada.

Resultado: 1 ponto – sem depressão (Anexo IV – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage)

**e) Escala de Braden** – É a escala usada na instituição e permite avaliar o risco de úlcera de pressão (UP). É uma avaliação que é feita sistematicamente a todos os doentes no momento da admissão e da alta e consonte o risco, a valiação é feita de 5/5 dias, ou sempre que se verifique alteração do estado de saúde do doente.

Resultado: 21 Pontos – Baixo risco de desenvolver UP (Anexo V – Escala de Braden).

**f) Escala de Morse** – É a escala usada na instituição para avaliar o risco de queda. A monitorização é feita de forma idêntica ao risco de úlcera de pressão.

Resultado: 35 Pontos – Médio risco de queda (Anexo VI – Escala de Morse).

## **1.8. Identificação da situação de cuidados à luz do quadro concetual de Dorothea Orem**

O quadro concetual de D. Orem norteou a implementação do projeto de estágio e enquadra-se na problemática em estudo, justificando-se a sua utilização na apreciação da Sra. Rosa. Assim, a avaliação foi efetuada no dia 10/12/14, dando relevo às três categorias de requisitos de autocuidado e tendo como objetivo a identificação de *deficits* no mesmo.

**+ Requisitos de autocuidado universais** – Segundo Orem (2001), algumas carências ou requisitos de autocuidado são comuns a todos os seres humanos e estão associados aos processos de funcionamento e de vida humanos, sendo muita vezes referidos como necessidades humanas básicas. A avaliação é feita atendendo aos oito requisitos universais:

### 1) A manutenção da inspiração de ar suficiente:

No domicílio a Sra. Rosa refere não ter habitualmente dificuldade em respirar, acessos de tosse ou expetoração.

No internamento apresenta uma respiração toraco-abdominal, simétrica, de amplitude normal, com uma frequência de 13 ciclos por minuto.

Está sem aporte de O<sub>2</sub>, apesar de nas primeiras horas do pós-operatório (recobro) o mesmo lhe ter sido colocado por máscara a 3l/m, mas deixou ser necessário na chegada ao serviço. Apresenta pele e mucosas coradas, encontrando-se bronzeada na face e nos membros superiores, do sol que apanha enquanto cultiva no terreno.

Parâmetros vitais a 10/12/14: Tensão arterial – 127/65 mmHg; Pulso – 82 bpm, arritmico e cheio; Temperatura – 36,3°C; Saturação de O<sub>2</sub> – 97%; VAS (Escala analógica visual) = 2 (dor ligeira).

### 2) e 3) A manutenção de ingestão suficiente de água e de alimentos

A Sra. Rosa no domicílio refere que costuma ingerir cerca de 1l de água por dia, sobretudo nos dias de maior calor. Habitualmente faz 4 refeições por dia (as 3 principais e o lanche), sendo que ao jantar está habituada a comer apenas sopa e fruta.

Apresenta prótese dentária parcial superior, mas refere que come todo o tipo de alimentos, exceto melão, que não gosta. A sua alimentação é pobre em sal, devido à hipertensão arterial.

Pesa 66,3 Kg, tem 1,60m e o Índice de Massa Corporal (IMC) é 25,9. Tem de circunferência braquial 35 cm e circunferência da perna 39 cm. De acordo com a aplicação do MNA, verifica-se que se encontra num estado nutricional normal.

Não apresenta *deficits* de autocuidado relativo ao alimentar-se ou preparar refeições.

Durante o internamento, no pré e pós-operatório imediato ficou em dieta 0. Gradualmente passou a dieta líquida, e atualmente tem uma dieta ligeira, personalizada pela dietista. Autocuida-se sem ajuda.

A Sra. Rosa ainda não tem a carta da dietista relativa às indicações alimentares pós cirurgia e também não foi iniciada educação pelos enfermeiros relativa aos hábitos alimentares a adotar no domicílio, pelo que apresenta um *deficit* de conhecimentos nesta área.

#### 4) A promoção dos cuidados associados com a eliminação

Habitualmente a Sra. Rosa é autónoma neste autocuidado, utilizando o Wc para o efeito. Refere que urina várias vezes ao dia e durante a noite vai cerca de duas vezes à casa de banho (urina de características normais). Apresenta incontinência de esforço, que segundo refere é esporádica.

Em relação à eliminação intestinal, refere ser regular, mas desde há cerca de 3 meses tem sido obstipada, evacuando aproximadamente de 3/3 dias, fezes duras, escuras.

No internamento, desde a cirurgia que se encontra algaliada com uma folley teflon nº 16 (foi algaliada no intra-operatório), com monitorização rigorosa do débito urinário nas primeiras 24 horas, mas atualmente não existe razão aparente para a sua permanência. A Sra. Rosa refere desconforto pela presença da algália e desconhece os cuidados na manutenção da mesma, encontrando-se muitas vezes a deambular pelo serviço com o suporte do saco coletor suspenso no suporte de soro. Apresenta urina clara, sem sedimento, com diurese de 1700ml.

A 11/12/14, após questionada a equipa médica acerca da necessidade de manter o cateter urinário, foi desalgaliada às 11h e urinou espontaneamente no Wc cerca das 14h.

Apresenta peristaltismo, com emissão de gases, mas ainda não evacuou após a cirurgia.

##### 5) A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso

A Sra. Rosa refere que habitualmente dorme cerca de 7 horas por noite, sendo que não é um sono contínuo, acordando algumas vezes a meio da noite. Nos dias em que por alguma razão tem dificuldade em adormecer, como refere que foram os dias que antecederam o internamento, toma alprazolam 1mg, por indicação do seu médico de família, e dorme toda a noite.

Deita-se cerca das 0h e acorda aproximadamente às 7h, para tratar da sua higiene e porque de gosta de ser ela a preparar o pequeno-almoço para a família.

Apesar de ser uma mulher que “não gosta de estar parada” (sic), refere que após o almoço aprecia muito a pequena sesta que faz no sofá, que a revitaliza para o resto da tarde.

Durante o internamento passa grande parte do tempo no quarto, alternando períodos em que está sentada no cadeirão ou deitada na cama. Ainda assim, deambula pelo serviço por períodos e refere não o fazer mais vezes porque tem que trazer consigo o suporte de soro e o suporte do saco coletor de urina, que dificultam a deambulação.

Refere que está com dificuldade em adormecer à noite, estranhando as rotinas do serviço, sendo que quando se deixa dormir já é muito tarde, razão pela qual, por vezes de manhã ainda passa algum tempo na cama a dormir.

##### 6) A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social

A Sra. Rosa considera-se uma pessoa muito ativa, passando pouco tempo em casa. Habitualmente acorda cedo e no período da manhã permanece no seu terreno, a cultivar, muitas vezes acompanhada pela irmã.

Às 2<sup>as</sup>, 4<sup>as</sup> e 6<sup>as</sup> feiras, cerca das 10h vai à hidroginástica na Costa da Caparica, utilizando o transporte da junta de freguesia, que proporciona esta oportunidade aos idosos da localidade, regressando à hora do almoço. Depois de almoço costuma descansar um pouco no sofá, orienta as tarefas domésticas e o jantar. Às 17h vai buscar a neta à escola e habitualmente, de caminho, vai

com esta ao clube recreativo, onde é sócia e convive com os seus amigos e vizinhos, enquanto a neta brinca com as outras crianças.

No final da noite, refere que depois de jantar arruma a cozinha com a filha e gosta de ver as telenovelas na sala, até cerca das 0h, altura em que se vai deitar.

Assume-se como católica, mas refere que vai poucas vezes à igreja, indo apenas em datas específicas ou quando sente necessidade.

Refere ir frequentemente a excursões com a irmã e vizinhos.

Segundo a doente, incentivada pela filha e pelo marido, frequentou há cerca de 10 anos a universidade sénior de Almada, que deixou de frequentar aquando da morte do marido, “pois ficou sem companhia” (sic).

No internamento a Sra. Rosa está sempre acompanhada pelas 2 parceiras de quarto, conversando muito com elas, sobretudo com a sua “vizinha do lado”. Apesar de passarem a maior parte do dia no quarto, depois de jantar juntam-se na sala de estar do serviço para conviver com outras doentes e assistir às telenovelas.

A Sra. Rosa é uma pessoa sem problemas na comunicação, apesar de referir ligeira diminuição da acuidade auditiva à esquerda e visual, utilizando óculos para ver ao perto. É uma pessoa simpática e bem-disposta, recebendo frequentemente visitas dos familiares e vizinhos. A filha e o genro visitam-na diariamente.

#### 7) A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano

A Sra. Rosa habitualmente é uma pessoa bastante cuidadosa com a sua saúde, estando atenta aos perigos relacionados com o avançar da idade, razão pela qual se procura manter ativa e fazer hidrogenástica.

Costuma jogar jogos de tabuleiro com as vizinhas, no clube recreativo que frequenta, pois “estimulam o cérebro” (sic), bem como fazer contas de cabeça quando ajuda a neta nos trabalhos de casa, fazendo questão de não utilizar máquina calculadora.

Nunca sofreu nenhuma queda, mas é uma preocupação sua e da família, pelo que usa calçado confortável e baixo. Na banheira tem um tapete antiderrapante e uma barra lateral, que colocaram na altura que o marido esteve doente, mas que agora refere ser muito útil para entrar e sair do banho. No chão da casa existem poucos tapetes, para que a doente não tropece neles, bem como a neta mais nova.

Reconhecendo os perigos associados à hipertensão arterial, cumpre uma dieta pobre em sal e a medicação de forma rigorosa. Por sua vez, os trabalhos mais pesados, que exigem esforços que ultrapassam as suas condições físicas, a Sra. Rosa não executa, solicitando ajuda à filha e ao genro.

Habitualmente toma duche diariamente, mas só lava a cabeça nos dias da hidrogenástica.

No internamento apresenta uma higiene cuidada, sendo capaz de se autocuidar, apesar de ser uma higiene parcial, devido à necessidade de não molhar o penso.

A Sra. Rosa necessita ainda de alguma orientação nas transferências, sendo que apesar de lhe ter sido efetuado ensino sobre como se mobilizar no leito e transferir, esquece-se e transfere-se muitas vezes de forma inadequada. Em relação aos restantes cuidados com a ferida cirúrgica, a Sra. Rosa recebeu ensinamentos acerca dos mesmos e compreende porque não pode molhar os pensos, reconhecendo os sinais de infeção aos quais deve estar atenta.

Por outro lado, a presença de uma algália exige alguns cuidados para prevenir a CAUTI, sendo que a Sra. Rosa já recebeu orientações de enfermagem nesse sentido, mas frequentemente se esquece, nomeadamente no manuseamento do saco coletor de urina.

O facto de estar a fazer soroterapia exige que a Sra. Rosa deambule com o suporte de soro, acrescido do suporte do saco coletor de urina, que contribuem para o risco de queda, existindo necessidade de ensinar e orientar neste requisito de autocuidado.. Resultado da aplicação da Escala de Morse=35 (médio risco de queda)

8) A promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro de grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações do homem e o desejo de ser “normal”

Como todos os outros, este requisito está relacionado com os anteriores, sendo que no seu dia a dia a Sra. Rosa procura desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento humano.

Apesar de ter sido submetida a uma cirurgia, a Sra. Rosa, de acordo com a escala visual analógica, tem dor em grau reduzido (VAS 2), permitindo-lhe durante o internamento ser agente do autocuidado. Relaciona-se com os vários elementos da equipa de saúde, familiares e doentes, tendo em vista a promoção da normalidade, sendo esta entendida como estando de acordo com as características genéticas e constitucionais dos indivíduos (Orem, 2001).

Como foi referido anteriormente, é necessário dar à Sra. Rosa orientação, apoio e ensino para estar atenta aos desvios das suas normas estruturais e funcionais, neste caso aos cuidados inerentes à cirurgia e também na manutenção da algaliação.

**✚ Requisitos de autocuidado de desenvolvimento** – Estes surgem conforme o estadió de desenvolvimento do indivíduo e o ambiente em que ele vive, em termos do seu efeito no desenvolvimento. Relacionam-se com as mudanças de vida do indivíduo, ou com as fases do ciclo de vida (Orem, 2001).

A Sra. Rosa refere ter passado uma infância feliz na Sertã, junto das suas irmãs. Aos 12 anos perdeu os pais num acidente de viação, e foi com a irmã mais velha que viveu desde então.

Aos 27 Anos casou-se e teve a primeira gravidez aos 30 anos, tendo o filho morrido à nascença. Refere ter sido uma fase difícil da sua vida, uma vez que foi uma gravidez muito desejada, pelo que sentiu necessidade de fazer o luto deste filho, razão pela qual só 5 anos mais tarde ela e o marido decidiram tentar novamente engravidar. Esta foi uma gravidez que correu linearmente, apesar da sua idade e também ela muito desejada.

A fase mais difícil pela qual voltou a passar foi a morte do marido há 4 anos atrás que, segundo refere, sofreu muito com a doença. A Sra. Rosa encara, contudo, a morte do marido como o alívio desse sofrimento, razão pela qual lidou melhor com a mesma.

Em relação ao processo de envelhecimento, encara-o de forma natural, como fazendo parte do ciclo da vida, referindo que o espelho não reflete o seu interior, pois ainda se sente com energia e vitalidade, tentando aproveitar ao máximo o que a vida ainda tem para lhe dar.

**✚ Requisitos de autocuidado por desvios de saúde** – Estes surgem devido à doença e são carências que aparecem porque a doença ou incapacidade impõem uma mudança no autocuidado (Orem, 2001).

A Sra. Rosa considera ter poucos problemas de saúde e que estes nunca a incapacitaram de realizar o seu autocuidado. Apesar da cirurgia atual, a doente consegue ser o agente do autocuidado, necessitando contudo de um sistema de enfermagem educativo e de suporte, nomeadamente em relação aos cuidados na manutenção da algaliação.



## 2. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados vai ao encontro da identificação da situação de cuidados efetuada anteriormente, tendo por base a classificação CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), Versão 2:

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>10/12 – <b>Risco de infeção</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> <i>Presença de Ferida Cirúrgica e Algália</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Monitorizar os sinais e sintomas de infeção;</li> <li>*Monitorizar a eliminação urinária;</li> <li>*Vigiar a eliminação urinária;</li> <li>*Otimizar catéter urinário (aplicar os devidos cuidados na manutenção do cateter urinário);</li> <li>*Remover catéter urinário (rever diariamente a indicação de algáliação);</li> <li>*Promover o autocuidado (orientar a Sra. Rosa nos cuidados de higiene perineal e devido manuseamento do saco coletor de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ausentes</li> <li>•Diurese de 1700 ml</li> <li>•Urina amarela clara, aspeto límpido e sem sedimento</li> <li>•Cateter urinário otimizado, encontrando-se sem dobras, abaixo do nível da bexiga e não está em contacto com o chão</li> <li>•11/12 – Foi questionada a equipa médica: a doente não tem indicação para estar algaliada, pelo que foi desalgaliada às 11h e já urinou</li> </ul>

	<p>urina, bem como nos cuidados com a ferida cirúrgica);</p> <p>*Incentivar a ingestão de líquidos;</p> <p>*Executar penso simples à ferida cirúrgica de 2/2 dias;</p> <p>*Vigiar ferida cirúrgica.</p>	<p>espontaneamente.</p> <p>•A Sra. Rosa apesar de receber os ensinamentos acerca dos cuidados que deve ter com a ferida cirúrgica e algália, continua por vezes a manusear indevidamente o saco coletor de urina.</p> <p>•Foi efetuado hoje o penso e as suturas estão sem sinais inflamatórios.</p>
<p>10/12 -</p> <p><b>Conhecimento sobre medidas de segurança comprometido</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> <i>Presença de Algália</i></p> <p><b>Manifestado por:</b> <i>Cuidados indevidos no manuseamento do saco coletor de urina.</i></p>	<p>*Ensinar medidas de segurança (cuidados na manutenção do cateter urinário);</p> <p>*Avaliar a resposta ao ensino;</p> <p>*Promover o autocuidado (supervisionar os cuidados da Sra. Rosa ao saco coletor de urina);</p>	<p>•Feitos ensinamentos à Sra. Rosa sobre os cuidados que deve ter na manutenção do cateter urinário;</p> <p>•11/12 – A doente conhece e tem os devidos cuidados na manutenção do cateter urinário. A Sra. Rosa deambula pelo serviço segurando no suporte do saco coletor de urina, em vez de o pendurar no suporte de soro.</p>

<p>10/12– <b>Conhecimento sobre o regime dietético comprometido</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> <i>Cirurgia Intestinal</i></p> <p><b>Manifestado por:</b> <i>Ausência de ensinamentos acerca dos hábitos alimentares a adotar após a cirurgia</i></p>	<p>*Ensinar sobre o regime dietético a seguir após a cirurgia (Evitar: alimentos condimentados, gorduras, refrigerantes, água com gás, cerveja e bebidas alcoólicas, frutos secos, café e leguminosas)</p> <p>*Providenciar material educativo (folhetos do serviço sobre a alimentação na pessoa submetida a cirurgia intestinal)</p> <p>*Gerir o regime dietético (de acordo com restrições e as preferências da Sra. Rosa);</p> <p>*Solicitar serviço de nutrição (pedir apoio da dietista para plano alimentar personalizado);</p> <p>*Avaliar a resposta ao ensino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Feitos ensinamentos à Sra. Rosa sobre o regime dietético a cumprir</li> <li>•Entregue folheto à doente relativo ao regime dietético a cumprir</li> <li>•Foi solicitado apoio da dietista por telefone. A dietista falou com a doente e entregou plano alimentar personalizado a 12/12/14.</li> <li>•A doente conhece o regime dietético a cumprir</li> </ul>
<p>10/12 - <b>Ferida cirúrgica presente no abdómen central</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> <i>Cirurgia intestinal</i></p>	<p>*Executar penso simples à ferida cirúrgica de 2/2 dias;</p> <p>*Vigiar ferida cirúrgica;</p> <p>*Vigiar penso da ferida;</p> <p>*Avaliar a cicatrização da ferida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Executado hoje, pela primeira vez, o penso à ferida cirúrgica;</li> <li>•Ferida cirúrgica sem sinais inflamatórios;</li> <li>•Penso externamente limpo e seco.</li> <li>•Boa evolução cicatricial.</li> </ul>

<p><b>Manifestado por:</b> Presença de suturas na região abdominal</p>		
<p>10/12 – <b>Médio risco de Queda</b></p> <p><b>•Conhecimento sobre prevenção de queda comprometido</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> Condição de saúde atual da Sr.<sup>a</sup> Rosa</p> <p><b>Manifestado por:</b> Resultado da aplicação da escala de Morse=35 (médio risco)</p>	<p>*Monitorizar risco de queda através da escala de Morse de 5/5 dias ou sempre que se justifique;</p> <p>*Vigiar a pessoa na deslocação às instalações sanitárias;</p> <p>*Informar a pessoa sobre o risco de queda;</p> <p>*Informar a pessoa sobre medidas preventivas da queda;</p> <p>*Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda;</p> <p>*Ensinar sobre a prevenção de quedas (utilizar o duplo degrau quando se levantar da cama, não entrar no Wc se o chão estiver molhado,..);</p> <p>*Gerir a segurança do ambiente (proporcionar um ambiente livre de elementos que facilitem a queda, como pequenas tampas de torneira no chão, mobiliário do quarto mal arrumado,...)</p>	<p>•Resultado da escala de Morse = 35 pontos (Médio Risco)</p> <p>•A Sra. Rosa apresenta uma postura estável e equilibrada nas suas deslocações</p> <p>•Na admissão ao serviço a Sra. Rosa foi informada pelo enfermeiro sobre o risco de queda e medidas preventivas para a mesma, conhecendo-as.</p> <p>•A Sra. Rosa reconhece no suporte de soro e no saco coletor de urina fatores de risco para a queda e adotou estratégias para prevenção da mesma (nomeadamente solicita à enfermeira que “feche” o aceso venoso periférico quando vai deambular pelo serviço).</p>

<p>10/12 - <b>Sono comprometido</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> <i>Rotinas do serviço</i></p> <p><b>Manifestado por:</b> <i>Dificuldade em adormecer</i></p>	<p>*Gerir o ambiente físico (proporcionar um ambiente calmo, escuro e silencioso durante a noite);</p> <p>*Vigiar o sono;</p> <p>*Administrar medicamento (alprazolam 1mg) que a doente faz no domicílio em SOS;</p> <p>*Avaliar a resposta à medicação;</p> <p>*Solicitar o médico (se a doente mantiver o sono comprometido);</p>	<p>11/12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Houve atenção por parte da enfermeira em tentar apagar as luzes logo que possível e em minimizar o ruído.</li> <li>• A doente mantém dificuldade em adormecer;</li> <li>• Cerca da 1h foi administrada a sua medicação domiciliária (alprazolam 1mg);</li> <li>• Adormeceu cerca das 2h até às 8h. Sono calmo, por longos períodos.</li> </ul>
<p>10/12 –</p> <p><b>Transferir-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dependente em grau reduzido</b></li> <li>• <b>Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir comprometido</b></li> </ul>	<p>*Assistir a pessoa na transferência (sempre que necessário);</p> <p>*Incentivar a pessoa a transferir-se;</p> <p>*Ensinar estratégias adaptativas para se transferir (utilizar duplo degrau para sair do leito. Ao se levantar, lateralizar-se, apoiando o cotovelo na cama e com a outra mão segurar na barriga);</p> <p>*Instruir a utilização de estratégias adaptativas para se transferir;</p> <p>*Treinar o uso de estratégias adaptativas para se transferir;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feitos ensinamentos à Sra. Rosa sobre como se transferir;</li> <li>• A Sra. Rosa utiliza os equipamentos adaptativos para se transferir, mas por vezes ainda não se levanta de forma correta, esforçando os músculos abdominais.</li> <li>• Transfere-se com o apoio de equipamento adaptativo (duplo degrau), por vezes com alguma dificuldade.</li> </ul>

<p><b>•Aprendizagem de habilidades para se transferir comprometida</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> <i>Presença de ferida cirúrgica abdominal</i></p> <p><b>Manifestado por:</b> <i>Cuidados indevidos nas transferências</i></p>	<p>*Providenciar equipamento adaptativo para se transferir (duplo degrau e trapézio);</p> <p>*Supervisionar a pessoa na transferência.</p>	
<p>10/12 –</p> <p><b>Risco de Eliminação Intestinal alterada</b></p> <p><b>Relacionado com:</b> <i>Cirurgia intestinal</i></p>	<p>*Incentivar a ingestão de líquidos (ingerir pelo menos 1l de água por dia)</p> <p>*Incentivar a pessoa a deambular;</p> <p>*Gerir o regime dietético (dentro das restrições alimentares e preferências da doente);</p> <p>*Solicitar serviço de nutrição (se necessário, para ajustar dieta);</p> <p>*Vigiar a eliminação intestinal.</p>	<p>•A Sra. Rosa ingere cerca de 1l de líquidos por dia, entre água e chá;</p> <p>•A Sra. Rosa deambula pelo serviço pelo menos 2x turno (exceto à noite), sendo incentivada a tal.</p> <p>•Não foi necessário gerir o regime dietético ou solicitar a dietista. No dia 12/12 evacuou pela primeira vez, fezes semi-líquidas, castanhas, em moderada quantidade, passando a evacuar cerca de 3 vezes por dia, embora em pouca quantidade.</p>

### 3. REFLEXÃO SOBRE O CASO EM ESTUDO

O caso em estudo revela uma situação de cuidados em que perante uma pessoa idosa que foi submetida a uma cirurgia intestinal, que possa ser considerada complexa, e que segundo as recomendações do HICPAC (2009) tem indicação para estar algaliada, não houve reavaliação diária pelo enfermeiro da indicação da algaliação.

Esta ausência de uma reavaliação diária da necessidade de algaliação, levou a que a Sra. Rosa, uma doente ligeiramente dependente nas ABVD (de acordo com o resultado do índice de Barthel), estivesse desnecessariamente exposta ao risco de infeção, além do desconforto que a própria manifestou com a presença da algália e do facto do manuseamento do saco coletor ter causado alguns constrangimentos na sua mobilidade.

O tempo de permanência do cateter urinário é um dos principais fatores de risco para a CAUTI, estimando-se que por cada dia de algaliação, o risco de infeção aumente entre 3-10%, chegando aos 100% ao fim de 30 dias de internamento (Mori, 2014). Por esta razão, e a Sra. Rosa é um apenas um exemplo, tratando-se de uma idosa que esteve cerca de dois dias algaliada sem indicação, considero de extrema importância a intervenção do enfermeiro para prevenir e minimizar o risco de CAUTI, avaliando diariamente a indicação da algaliação.

Por sua vez, este é um exemplo prático dos resultados das auditorias efetuadas no serviço, em que a doente foi algaliada no intra-operatório com uma algália de calibre superior ao recomendado, justificando mais uma vez a articulação e o trabalho futuro com o respetivo serviço.

Considero ainda, que este caso fez emergir conceitos como o de envelhecimento ativo e máscara do envelhecimento. Este último, caracterizado pela ambiguidade de um corpo que está a envelhecer, mas uma mente que ainda se sente jovem (Motta, 2002) e que a Sra. Rosa traduziu perfeitamente, quando referiu que apesar de “velha”, ainda se sentia com muita energia, vitalidade e ânimo para continuar a viver.

Em Portugal, a promoção do envelhecimento ativo constitui hoje uma estratégia prioritária no âmbito do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que mobiliza organizações não-governamentais, autarquias, universidades, grupos de cidadãos e configura estratégias sociais e políticas, que acrescentem não só anos à vida, mas também qualidade aos anos de vida que se ganham com o aumento da esperança média de vida das populações (Ministério da Saúde, 2004).

A enfermagem, como arte e ciência que acompanha o ser humano no seu processo de vida global, deve procurar evoluir na especificidade dos cuidados ao idoso e na perspetiva da preparação para um envelhecimento ativo. Contudo, questiono e reflito: como poderemos nós promover um envelhecimento ativo (neste caso, com o qual a própria doente se preocupa), se questões “tão básicas” como promover o autocuidado e bem-estar da doente, preconizados na teoria de Orem, foram “esquecidos” ao manter a Sra. Rosa algaliada para além do tempo necessário?

Parece-me que a questão do envelhecimento ativo é pouco refletida pelos enfermeiros, até em termos do seu próprio envelhecimento, desempenhando aqui o enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, nomeadamente no cuidado à pessoa idosa, um papel fundamental, intervindo junto dos pares e da pessoa idosa na promoção de um envelhecimento ativo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

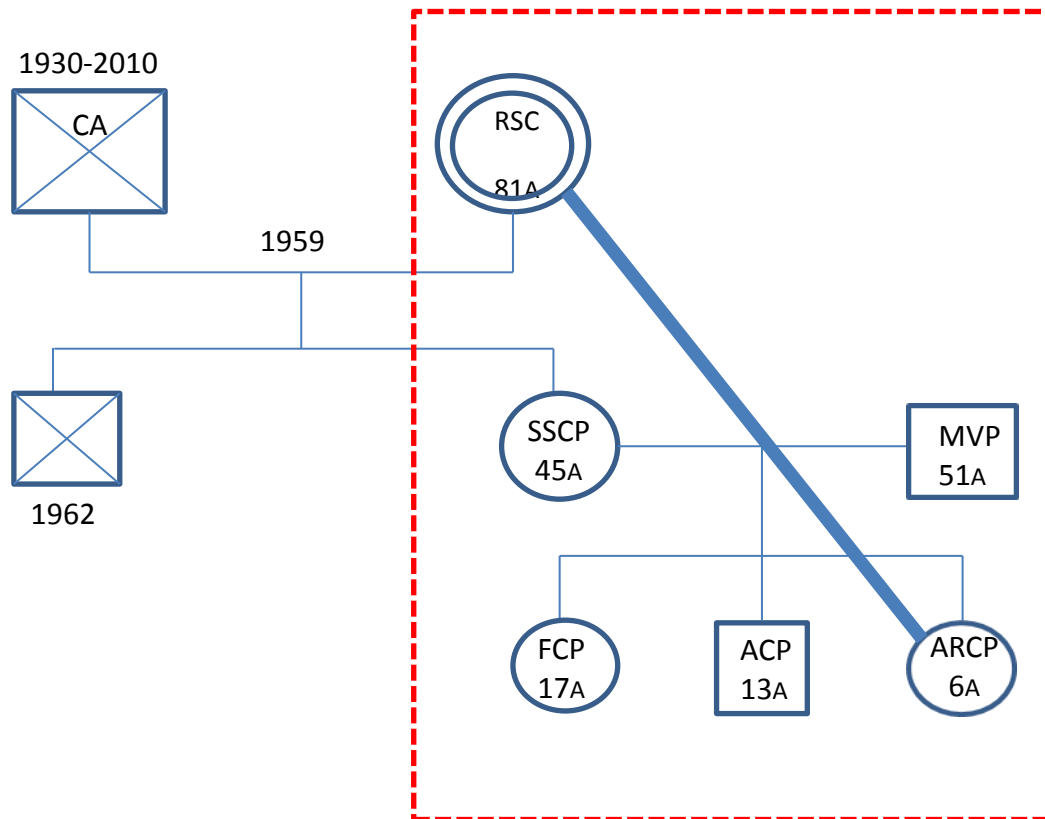
- Fortin, M-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*, 1996, Décarie Éditeur).
- Galdeano, L. E., Rossi, L. P., & Zago, M. M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Gould, C. V., Umscheid, G. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A. (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Acedido em 24.4.2014. Disponível em: [http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001\\_cauti.html](http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html)
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 26/01/2014. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Mori, C. (2014). A-Voiding Catastrophe: Implementing a Nurse-Driven Protocol. *Medsurg Nursing*, 23 (1), 15-28.
- Motta, A. (2002). Envelhecimento e Sentimento do Corpo. In M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra (orgs). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (pp. 37-50). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação geriátrica global* (20 pág.). Acedido em 3.11.14. Disponível em [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)
- Orem, D. E. (2001) – *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). Nova York: McGraw-Hill Book Company.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

World Health Organization (WHO) (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde





[http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_portuguese.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf)

## **APÊNDICE I – Genograma e Ecomapa**

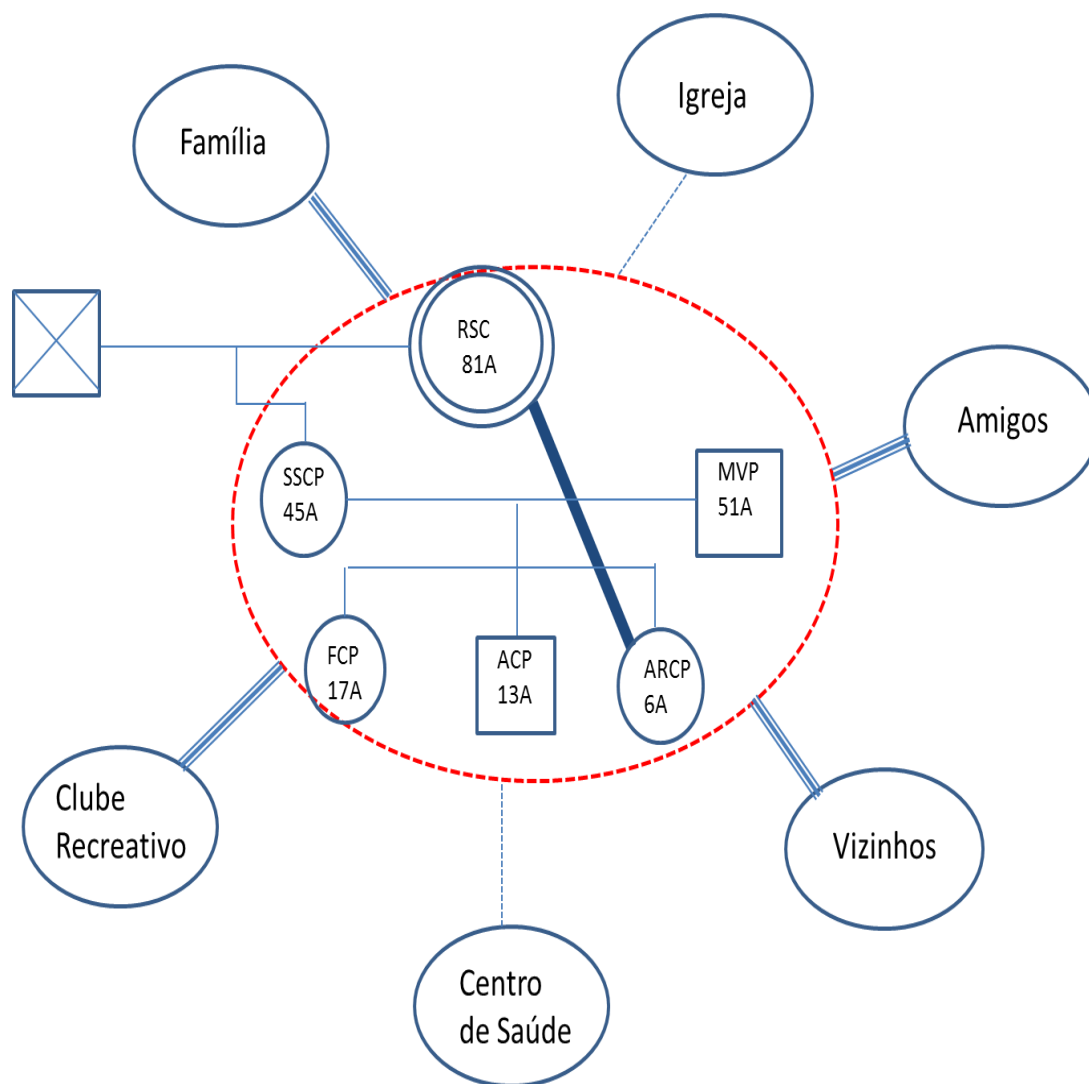
# GENOGRAMA






## Legenda:

-  Pessoa índice
-  Morte
-  Relacionamento dominante
-  Agregado familiar

# ECOMAPA



## Legenda:

-  Pessoa índice
-  Relação Forte
-  Relação Ténue

## **ANEXO I – *Mini Nutritional Assessment (MNA)***

(Fonte: [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_portuguese.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf))

# Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Apelido: R Nome: RSE  
Sexo: feminino Idade: 81 A Peso, kg: 66,3 kg Altura, cm: 160 cm Data: 10-12-14

esponda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". e a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

## Triagem

**A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?**

- 0 = diminuição grave da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão

2

**B Perda de peso nos últimos 3 meses**

- 0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso

1

**C Mobilidade**

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa.  
2 = normal

2

**D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?**

- 0 = sim 2 = não

2

**E Problemas neuropsicológicos**

- 0 = demência ou depressão graves  
1 = demência ligeira  
2 = sem problemas psicológicos

2

**F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m<sup>2</sup>])**

- 0 = IMC < 19  
1 = 19 IMC < 21  
2 = 21 IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

3

**Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)**

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

## Avaliação global

**G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)**

- 1 = sim 0 = não

1

**H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?**

- 0 = sim 1 = não

0

**I Lesões de pele ou escaras?**

- 0 = sim 1 = não

1

**J Quantas refeições faz por dia?**

- 0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições

2

**K O doente consome:**

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim  não
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim  não
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim  não

- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»  
0.5 = duas respostas «sim»  
1.0 = três respostas «sim»

1.0

**L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?**

- 0 = não 1 = sim

1

**M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?**

- 0.0 = menos de três copos  
0.5 = três a cinco copos  
1.0 = mais de cinco copos

0.5

**N Modo de se alimentar**

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade  
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

2

**O O doente acredita ter algum problema nutricional?**

- 0 = acredita estar desnutrido  
1 = não sabe dizer  
2 = acredita não ter um problema nutricional

2

**P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?**

- 0.0 = pior  
0.5 = não sabe  
1.0 = igual  
2.0 = melhor

2.0

**Q Perímetro braquial (PB) em cm**

- 0.0 = PB < 21  
0.5 = 21 PB ≥ 22  
1.0 = PB > 22

35 cm

1.0

**R Perímetro da perna (PP) em cm**

- 0 = PP < 31  
1 = PP ≥ 31

31 cm

1

**Avaliação global (máximo 16 pontos)**

14.5

**Pontuação da triagem**

12.0

**Pontuação total (máximo 30 pontos)**

26.5

**Avaliação do Estado Nutricional**

- de 24 a 30 pontos   
de 17 a 23,5 pontos   
menos de 17 pontos

estado nutricional normal  
sob risco de desnutrição  
desnutrido

### Referências

1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2008; 10:466-487.
4. Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Tredemart, Owners Nestlé 1994, Revision 2009, H67200 12.99 1011
5. [www.nestle-nutrition.com](http://www.nestle-nutrition.com)

## **ANEXO II – Índice de Barthel**

(Fonte: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*.

Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda., p. 47)

TABELA N.º 1	ÍNDICE DE BARTHEL – ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)	
ITENS	ABVD	COTAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	DEPENDENTE	0
VESTIR	INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	DEPENDENTE	0
BANHO	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	DEPENDENTE	0
HIGIENE CORPORAL	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	DEPENDENTE	0
USO DA CASA DE BANHO	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	DEPENDENTE	0
CONTROLO INTESTINAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	INCONTINENTE FECAL	0
CONTROLO VISICAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	0
SUBIR ESCADAS	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	DEPENDENTE	0
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	DEPENDENTE	0
DEAMBULAÇÃO	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	NECESSITA DE AJUDA (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros)	5
	DEPENDENTE	0

**Resultado=75**

Pontuação	Nível de Dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

## **ANEXO III – Índice de Lawton**

(Fonte: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*.  
Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda., p. 54)

### Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969)

TABELA N.º 5	ÍNDICE DE LAWTON: ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)	
AIVD	ITENS	COTAÇÃO
CUIDAR DA CASA	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	2
	Só executa tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
LAVAR A ROUPA	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
PREPARAR AS REFEIÇÕES	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
FAZER COMPRAS	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
USAR TELEFONE	Usa-o sem dificuldade	1
	Só telefona para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
USAR TRANSPORTE	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar transportes	4
USAR DINHEIRO	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Pontuação = 10

Pontuação	Nível de dependência
8	Independente
9 - 20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda
> 20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda

Fonte: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.(p. 54)

## **ANEXO IV – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão curta)**

(Fonte: Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina  
Interna - GERMI)

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (versão curta)

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

**Resultado: 1 Ponto**

	Pontos
<b>Sem Depressão</b>	<b>0-5</b>
<b>Depressão Ligeira</b>	<b>6-10</b>
<b>Depressão grave</b>	<b>11-15</b>

## **ANEXO V – Escala de Braden**

(Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do HGO, E.P.E.)

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – HGO, EPE

Nome do doente: <u>RSC</u>		Data de avaliação: <u>10/12</u> (reavaliar de 3/7 dias ou SOS)	
Idade: <u>81</u>		Diagnóstico: <u>AVC - AVC isquémico e hipertensão</u>	
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não sente, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à incapacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo. 2. Muito limitada: Resposta incompleta a estímulos dolorosos, não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inibição, ou tem alguma limitação sensorial que lhe impede de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. 3. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.		<u>4</u>
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoresse, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado. 2. Pele muito húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia. 3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia. 4. Nenhuma limitação: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.		<u>4</u>
Actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama. 2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga 2/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas. 3. Ando ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado. 4. Ando frequentemente: Ando fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e deitado do quarto por menos de 2 horas durante o período em que está acordado.		<u>4</u>
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda. 2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo e das extremidades sem ajuda. 3. Ligemente limitada: Faz pequenas e frequentes mudanças de posição do corpo e das extremidades sem ajuda. 4. Nenhuma limitação: Alterações de posição do corpo sem ajuda.		<u>4</u>
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Refeição insuficiente para manter o peso. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas e líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. 2. Provementemente inadequada: Refeição completa e adequada para manter o peso. Raramente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. 3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecida. 4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente mais de cinco refeições diárias (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.		<u>3</u>
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a substancial para levantar e deslocar-se completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um apoio adicional para evitar contraturas ou aplicação leve a fricção quase constante. 2. Problema potencial: Requer alguma ajuda moderada a substancial para levantar e deslocar-se durante uma movimentação, a pele desliza de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa no ar ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza. 3. Nenhum problema: Não necessita de ajuda para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		<u>2</u>
Alto Risco - score 6 a 12 Baixo Risco - Doente adulto - score > 13 a 16. Doentes com idade > 65 anos o score > 18		Pontuação total: <u>21</u>	

→ Baixo Risco

## **ANEXO VI – Escala de Morse**

(Fonte: Serviço de Cirurgia Geral do H.G.O., EPE)

# ESCALA DE MORSE

Alto Risco (AR): Pontuação total $\geq 51$		Médio Risco (MR): Pontuação total 25 – 50	Baixo Risco (BR): Pontuação total 0 – 24
Variáveis		Pontuação <b>35 Pontos</b>	
	<b>Não = zero pontos</b>	<b>Sim = 25 pontos</b>	
1. História de Quedas SAPE: Antec. de queda	O doente não caiu nos últimos três meses.	Existe registo de queda no presente episódio de internamento ou existe história prévia de queda imediatamente antes do internamento, relatada pelo doente ou família.	
	<b>Não = zero pontos</b>	<b>Sim = 15 pontos</b>	
2. Diagnóstico Secundário	O doente tem um único diagnóstico	O doente tem mais do que um diagnóstico médico evidenciado no processo clínico.	
	<b>Não = zero pontos</b>	<b>Sim = 20 pontos</b>	
3. Terapêutica Endovenosa SAPE: Medicação e/ou Heparina Intrav.	O doente não tem qualquer acesso para administração de medicação endovenosa.	O doente tem terapia/acesso endovenoso.	
	<b>Normal/Acamado/Cadeira de rodas = zero pontos</b>	<b>Desequilíbrio fácil = 10 pontos</b>	<b>Défice de marcha = 20 pontos</b>
4. Marcha	O doente consegue andar com a cabeça direita, balanceia os braços junto ao corpo, passadas largas sem hesitações ou está acamado.	O doente tem <u>marcha lenta</u> com paragens mas com a cabeça levantada. Utiliza passos curtos e pode arrastar os pés	A <u>marcha está comprometida</u> , o doente pode parar, pode ter dificuldade em se levantar da cadeira e necessita de se apoiar nos braços da cadeira e/ou levantar-se com impulso. O doente tem a cabeça em baixo e concentra-se no chão. Agarra-se ao mobiliário, a pessoas ou a ajudas de marcha, não conseguindo andar sem ajuda. Os passos são curtos e arrasta os pés. <b>Nota:</b> Se o doente usa cadeira de rodas a pontuação é atribuída segundo a avaliação feita pela observação na mudança da cadeira de rodas para a cama.
	<b>Nenhum/Apoiado/Acamado = zero pontos</b>	<b>Canadianas/Bengala/Andarilho = 15 pontos</b>	<b>Apoia-se na mobília = 30 pontos</b>
5. Ajuda na Mobilização SAPE: Apoio p/ deambulação	O doente <u>anda sempre</u> com apoio de terceiros, sozinho e sem ajuda de apoios de marcha, em cadeira de rodas ou está acamado.	O doente anda com ajuda de bengala, andarilho ou canadianas.	O doente utiliza próteses para andar ou apoia-se no mobiliário.
	<b>Consciente das suas limitações = zero pontos</b>	<b>Não consciente das suas limitações = 15 pontos</b>	
6. Estado Mental	O doente tem consciência das suas limitações físicas ou está sedado.	O doente não tem consciência das suas limitações ou sobrevaloriza as suas capacidades de mobilização.	

**Apêndice V** - Consentimento informado, livre e esclarecido para participar em projeto de estágio

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ESTÁGIO

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Se for do seu interesse, solicite cópia.*

**Título do projeto:** Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter na pessoa idosa: Intervenção do enfermeiro especialista.

**Enquadramento:** No âmbito do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), irei realizar estágio no serviço de Cirurgia Geral, de 3 de novembro de 2014 a 13 de fevereiro de 2015.

Durante este período tenho como objetivos gerais desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família e implementar intervenções sistematizadas de enfermagem para a prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI), na pessoa idosa.

Assim, é meu propósito desenvolver um projeto no serviço de Cirurgia Geral, no âmbito académico, que visa conhecer quais as práticas da equipa de enfermagem do respetivo serviço na prevenção e controlo da CAUTI, bem como os conhecimentos dos enfermeiros acerca desta temática, a fim de introduzir melhorias na prática dos cuidados.

A co-orientação do projeto de estágio é da responsabilidade da Sra. Enfermeira Chefe Maria Graça Oliveira, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo a Sra. Enfermeira Maria Emília Brito, professora da ESEL, a orientadora do projeto.

**Explicação do projeto:** A realização deste projeto implica a resposta a um questionário pelos enfermeiros da Cirurgia Geral, bem como a observação de procedimentos na sua prática, relacionados com os cuidados ao doente idoso algaliado.

Os momentos de observação da prática dos enfermeiros serão realizados de forma aleatória, no contexto da prestação de cuidados ao doente idoso algaliado. Irão também ser auditados os registos de enfermagem de todos os respetivos pacientes.

Existirão assim dois períodos distintos de auditorias, sendo o primeiro de 17 a 30 de Novembro de 2014 e o segundo de 19 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2015.

Durante o período de estágio será colocada uma *checklist* no processo dos doentes idosos algaliados, que será preenchida pelo enfermeiro responsável pelos mesmos, no turno da manhã, para avaliar diariamente a necessidade de algaliação e os cuidados de manutenção ao cateter vesical.

**Confidencialidade e anonimato:** É garantida a total confidencialidade e anonimato dos participantes no projeto, sendo os dados recolhidos para uso exclusivo do mesmo.

Este projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do hospital.

Desde já agradeço a atenção que me foi dispensada,

Liliana Torres

(Enfermeira da Cirurgia Geral do HGO, EPE; contacto telefónico: 21 2727118, endereço electrónico [torres@campus.esel.pt](mailto:torres@campus.esel.pt))

**Assinatura:** ... ..

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste projeto e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.*

Nome: ... ..

Assinatura: ... .. Data:..... /..... /.....

**Apêndice VI** - Questionário acerca das recomendações baseadas na  
evidência para a prevenção da CAUTI

Caros colegas,

No âmbito do 5º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pretendo desenvolver um projeto no serviço. O tema é a prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI) na pessoa idosa, tendo por base um diagnóstico prévio dos conhecimentos e das práticas da equipa de enfermagem.

Neste sentido, agradeço desde já a vossa colaboração na resposta a um questionário sobre a prevenção da CAUTI. Este é anónimo, de resposta simples, contendo 14 perguntas de escolha múltipla.

A informação recolhida será essencial para ir ao encontro das necessidades de intervenção nesta temática e consequentemente, contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Comprometo-me a salvaguardar os princípios éticos, nomeadamente a assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato das fontes, assim como a não utilização para outros fins que não os do projeto.

Grata pela atenção dispensada,

---

(Liliana Torres)

# Questionário acerca das recomendações baseadas na evidência para a prevenção da CAUTI

## Parte I - Dados Sociodemográficos

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de exercício profissional no serviço de cirurgia geral: \_\_\_\_\_ anos

### Habilitações Literárias:

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Graduação

Especialização/Mestrado em enfermagem

## Parte II – Prevenção da CAUTI

Leia atentamente todas as questões e assinale com um círculo em torno da alínea correspondente à resposta que considera correta. No final, verifique se respondeu a todas as questões.

### 1) O principal fator de risco para a infecção do trato urinário:

- a) São os maus cuidados de higiene ao meato urinário.
- b) A baixa ingestão de água.
- c) A algaliação.
- d) Não sei.

### 2) A algaliação está indicada:

- a) Nas situações de incontinência urinária na pessoa idosa.
- b) Em situações específicas, como: retenção urinária; incontinência urinária na presença de úlceras/feridas na região sagrada ou perineal; necessidade de uma imobilização prolongada, entre outras.

- c) Para monitorizar a diurese.
- d) Não sei.

**3) No doente algaliado, a avaliação da necessidade de algaliação deve ser efetuada:**

- a) Diariamente.
- b) Na data prevista para substituição da algália.
- c) Quando existir indicação médica.
- d) Não sei.

**4) O sistema de drenagem vesical deve funcionar:**

- a) Em circuito aberto.
- b) Em circuito fechado que nunca pode ser quebrado.
- c) Em circuito fechado que apenas pode ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos.
- d) Não sei.

**5) A higienização das mãos, preferencialmente com solução antisséptica de base alcoólica (SABA), deve ser efetuada:**

- a) Imediatamente antes da algaliação.
- b) Em qualquer manipulação da algália ou sistema de drenagem.
- c) Todas as anteriores.
- d) Não sei.

**6) As lavagens/irrigações/instalações da bexiga devem ser efetuadas:**

- a) Apenas por razões clínicas específicas.
- b) Para prevenir a infeção do trato urinário associada à algaliação.
- c) Nenhuma das anteriores.
- d) Não sei.

**7) A substituição da algália:**

- a) Deve ser fundamentada nas necessidades clínicas de cada doente.
- b) Não deve ser feita por períodos arbitrários, salvaguardando as recomendações do fabricante.
- c) Todas as anteriores.
- d) Não sei.

**8) Na escolha do tipo de algália deve-se atender a:**

- a) Possível alergia ao látex.
- b) Duração prevista da algaliação.
- c) Todas as anteriores.
- d) Não sei.

**9) O calibre recomendado da algália é:**

- a) De 12-14 Ch na mulher e 14-16 Ch no homem.
- b) De 14-16 Ch na mulher e 16-18 Ch no homem.
- c) Nenhuma das anteriores.
- d) Não sei.

**10) A inserção da algália implica:**

- a) Técnica asséptica e equipamento estéril.
- b) Limpeza prévia do meato urinário com solução antissética.
- c) Todas as anteriores.
- d) Não sei.

**11) O saco de drenagem deve ser substituído:**

- a) Na altura da substituição da algália ou se houver saída acidental do saco e/ou sistema.
- b) Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos.
- c) Todas as anteriores.
- d) Não sei.

**12) A fixação da algália, com rotação dos locais de fixação:**

- a) Está recomendada, com vista a prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra.
- b) Não está recomendada, pois pode traumatizar a uretra e a zona de fixação.
- c) É uma questão não resolvida.
- d) Não sei.

**13) O saco de drenagem:**

- a) Deve ser mantido abaixo do nível da bexiga.
- b) Deve estar colocado em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo.
- c) Todas as anteriores.
- d) Não sei

**14) A remoção da algália deve ocorrer:**

- a) Quando existir indicação médica.
- b) O mais precocemente possível.
- c) Todas as anteriores.
- d) Não sei.

**Obrigada pela sua colaboração!**

**Apêndice VII** - Grelha de auditoria às práticas e registos de enfermagem  
para a prevenção da CAUTI

## Grelha de auditoria às práticas e registos de enfermagem para a prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter

Serviço: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Auditoria n.º: \_\_\_\_\_

Doente n.º: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

N.º Dias de Algaliação: \_\_\_\_\_

Critérios	SIM	NÃO	N/A	Observações
<b>REGISTOS</b>				
Consta do processo do doente:				
1) Qual a indicação da cateterização vesical?				
2) Quem inseriu o cateter vesical?				
3) O tipo de cateter vesical?				
4) O calibre do cateter vesical?				
Encontra-se registado no processo do doente:				
1) As características da eliminação urinária?				
2) A data de remoção do cateter vesical?				
3) 1ª Eliminação espontânea após remoção do cateter vesical?				
O calibre do cateter vesical corresponde nas mulheres a 12-14 Ch e nos homens 14-16 Ch?				
Existe registo de alguma intercorrência relacionada com a cateterização vesical?				
<b>PRÁTICA</b>				
O enfermeiro conhece a indicação da cateterização vesical? Se sim, especifique.				
<b>INSERÇÃO DO CATETER VESICAL</b>				
É realizada a higiene das mãos:				
*Antes da inserção do cateter vesical?				
*Após a inserção do cateter vesical?				
O meato urinário é limpo com água ou soro fisiológico antes da inserção do cateter?				
Para a inserção do cateter vesical são utilizadas:				
* luvas esterilizadas?				
* campo esterilizado?				
* compressas estéreis?				
* solução estéril para limpeza do meato urinário?				
* embalagem de uso único estéril de lubrificante?				
É mantida a técnica asséptica durante a inserção?				
<b>MANUTENÇÃO DO CATETER VESICAL</b>				
O cateter vesical está conectado a um sistema de drenagem em circuito fechado?				
É realizada a fixação do cateter vesical, nos homens na parte superior da perna e nas mulheres na face interna da coxa?				
O saco de drenagem encontra-se mantido abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão?				

É mantido o cateter e sistema de drenagem sem dobras?				
É efetuada a limpeza diária do meato urinário com água e sabão?				
<b>DESPEJO DOS SACOS DE DRENAGEM</b>				
O saco coletor de urina é esvaziado de acordo com o preconizado?				
No despejo é usado um saco limpo para cada doente?				
São usadas luvas na manipulação do sistema de drenagem?				
Após cada despejo do saco coletor de urina é efetuada: *higiene das mãos? *troca de luvas?				
<b>REMOÇÃO DO CATETER VESICAL</b>				
Antes da remoção do cateter vesical: *foi efetuada a higiene das mãos? *foram colocadas luvas limpas?				
Foi efetuada a limpeza do meato urinário com soro fisiológico antes e após a remoção do cateter				
<b>Observações:</b>				

**Apêndice VIII** - *Checklist* para monitorização diária da necessidade de  
algaliação e cuidados de manutenção ao cateter vesical

## Monitorização diária da necessidade de algaliação e cuidados de manutenção ao cateter vesical

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este é o \_\_\_\_\_ dia de algaliação!

***Páre! Reflita e ... evite a algaliação se possível!!***

Identificação do paciente

coloque a vinheta do paciente

RECOMENDAÇÕES	Sim	Não
<b>O paciente encontra-se algaliado com indicação válida:</b>		
● Monitorização rigorosa do débito urinário?		
● Obstrução ou retenção urinária?		
● Disfunção neurogénica?		
● Cirurgia urológica e estruturas contíguas?		
● Incontinência urinária na presença de úlceras/feridas na região sagrada ou perineal?		
● Durante e após cirurgias complexas, que justifiquem a algaliação?		
● Necessidade de lavagem vesical contínua ou intermitente?		
● Necessidade de uma imobilização prolongada (ex. traumatismos da coluna lombar)?		
● Outra. Especifique:		
<b>Se sim, os cuidados de manutenção do cateter vesical foram assegurados?</b>		
O cateter vesical encontra-se fixo, nos homens na parte superior da perna e nas mulheres na face interna da coxa?		
O saco de drenagem encontra-se mantido abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão?		
É efetuada a limpeza diária do meato urinário com água e sabão?		
O saco coletor de urina é esvaziado de acordo com o preconizado?		
A higiene das mãos é efetuada antes e após o manuseamento do cateter vesical?		
Observações:		

**Apêndice IX – Divulgação do projeto à equipa de enfermagem**

5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Vertente à Pessoa Idosa

## PROJETO DE ESTÁGIO

**Prevenção da Infecção do Trato Urinário  
Associada ao Cateter na pessoa idosa:  
intervenção do enfermeiro especialista**

Discente:  
**Liliana Torres**

Docente Orientador:  
**Maria Emília Brito**

Novembro, 2014

Orientador Local de Estágio:  
**Enf.ª Graça Oliveira**

## SUMÁRIO

1. Justificação da problemática em estudo
2. Questão de partida e revisão da literatura
3. Objetivos gerais e específicos
4. Metodologia
5. Cronograma de atividades
6. Referências Bibliográficas

## 1. Justificação da Problemática

OMS (2004) – World Alliance for Patient Safety



### Lista de Prioridades:

- IACS – “Clean Care is Safer Care”
- Cuidados às pessoas idosas e frágeis

Ausência de danos evitáveis ao doente durante o processo de cuidados de saúde (WHO, 2009).

## 1. Justificação da Problemática

- ✓ O processo de envelhecimento associado à comorbilidade, nomeadamente à existência de doenças crónicas, colocam o idoso em risco acrescido de desenvolver infeções.

(Suetens, 2012 ; Aziz, 2011; Pratt & Fellows, 2010; Santos & Ceolim, 2009; Bellmann-Weiler & Weiss, 2009 )

- ✓ Destas, destacam-se as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), que são atualmente um dos grandes problemas de saúde devido a elevada morbi-mortalidade (sobretudo entre idosos, devido à diminuição da sua reserva funcional) e custos associados. (Ferry, 2012)



**Europa:** Estima-se que 5 milhões de casos sejam identificados anualmente, com 50 000 mortes relacionadas e que cerca de 13-24 bilhões de euros sejam gastam por ano com as IACS. (WHO, 2012)

## 1. Justificação da Problemática

*Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)* - Infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que não se encontrava presente ou em incubação no momento da admissão, podendo afetar também os profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional.

*Refere-se a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde.*

Ministério da Saúde (2007)



1/3 SÃO SEGURAMENTE EVITÁVEIS

2013 - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos - **PROGRAMA DE SAÚDE PRIORITÁRIO** (DCS, 2013)

## 1. Justificação da Problemática

- Em Portugal, o IPI's efetuados revelam um aumento das IACS ao longo dos anos (2003 - 8,4%, 2009 - 9,6% e 2012 - 10,6% - **versus 6,1%** na União Europeia)  
(Ministério da Saúde, 2013)

- No IPI Nacional de 2012, as mais comuns eram as infeções do aparelho respiratório (29,3%), seguidas das **infeções das vias urinárias (21,1%)**, das infeções do local cirúrgico (18%) e por último das infeções da corrente sanguínea (8,1%). (Ministério da Saúde, 2013)

- Entre os idosos institucionalizados, a Infeção urinária e a Infeção respiratória são as mais comuns. (Nazarko, 2013; Suetens, 2012; Bellmann-Weiler & Weisz, 2009)

## 1. Justificação da Problemática

### > Hospital [REDACTED]

\*No IPI de 2012: **51,2%** da população estudada tinha **idade  $\geq$  65 anos** e as **infecções mais comuns** foram **Infeção trato urinário** (29,2%), seguida da pneumonia e infeção da corrente sanguínea (ambas com 23,1%) e infeção do local cirúrgico (15,4%).

*Do total de doentes com IACS (12,5%), **31,9% tinha cateter urinário.***

(Comissão de Controlo de Infecção, [REDACTED], 2014)

## 1. Justificação da Problemática

### Cirurgia Geral

- ❖ Apresentou 54% de idosos internados em 2013.
- ❖ Demora média de internamento em 2013 de 6,46 dias.
- ❖ A **prevalência da algaliação** a 1/7/14 é de **24%**. Destes, **77% são idosos** e **50%** dos quais estavam algaliados **sem indicação válida**.
- ❖ Na prática diária verifica-se que os enfermeiros **poderiam melhorar os cuidados na manutenção do cateter urinário** e investir na **desalgaliação precoce** dos doentes.
- ❖ Os idosos muitas vezes são tratados como qualquer outro doente adulto, sem se ter em consideração a singularidade do processo de envelhecimento. (Santos & Ceolim, 2009)

## 1. Justificação da Problemática

### Infeção urinária nosocomial

Aquisição de bacteriúria significativa no decurso do internamento, sendo definida usando os critérios para Infeção do Trato Urinário (ITU) sintomática ou assintomática. Pode envolver qualquer parte do sistema urinário, incluindo a uretra, a bexiga, os ureteres e os rins. (CDC, 2014)



A cateterização vesical é o principal fator de risco e 80% dos casos estão associados à algaliação (Blodgett, 2009)

O risco de infeção está diretamente relacionado com o tempo de cateterização e aumenta em cerca de 5% por dia de algaliação.

(Pratt & Fellows, 2010; Nicolle, 2005)

A CAUTI (Infeção do Trato Urinário Associada ao Cateter) corresponde a 40% de todas as IACS, sendo que metade dos doentes algaliados não tem indicação válida para a mesma. (Mori, 2014)

## 1. Justificação da Problemática

### Infeção Urinária no Idoso

É a infeção mais frequente entre os idosos, atingindo 20% das mulheres e 10% dos homens idosos (esta prevalência duplica após os 80 anos).

(Nazarko, 2013; Corrêa & Montalvão, 2010; Pompeo et al, 2004)

Os idosos apresentam mais fatores de risco para desenvolver Infeções Urinárias, associados à **fragilidade do seu sistema imunitário**, à **desnutrição** e às **alterações funcionais e orgânicas do trato geniturinário**:

Mulheres	Homens	Ambos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteração flora vaginal protetora pós-menopausa, pela ↓ estrogénios</li><li>• ↑ volume residual de urina</li><li>• Cistocele</li><li>• Contaminação fecal</li><li>• Enfraquecimento do soalho pélvico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertrofia prostática- dificulta o esvaziamento vesical</li><li>• ↓ atividade bactericida das secreções prostáticas</li><li>• Estenose uretral</li><li>• Infeções prostáticas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anomalias urológicas</li><li>• Bexiga neurogénica</li></ul>

(Dallacorte, Schneider & Benjamin, 2007)

## 1. Justificação da Problemática

### Infeção Urinária no Idoso

- ◆ O agente causal de **90%** das Infeções urinárias em idosos é a **Escherichia Coli**.

(Nazarko 2013; Corrêa & Montalvão, 2010; Dallacorte et al, 2007)

- ◆ O quadro de infeção urinária nos idosos muitas vezes **manifesta-se atipicamente**: confusão; incontinência; inquietação; diminuição do apetite; letargia; quedas - o que dificulta o diagnóstico e atrasa o tratamento - ↑ Risco Morte.

(Ferry, 2012; Tingström, Nilberg & Sund-Levander, 2010; Bellmann-Weller & Weiss, 2009)

## 2. Questão de Partida e Revisão da Literatura

Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e controlo da infeção urinária (I) no idoso algaliado (P), em contexto hospitalar (Co)?

**Palavras-chave:** Cateter urinário; Cuidados de Enfermagem; Idoso; Infeção Hospitalar; Infeção Urinária; Prevenção e Controlo

## 2. Questão de Partida e Revisão da Literatura

### Intervenções Sugeridas na Revisão da Literatura:

Vigilância epidemiológica com feedback aos profissionais (Barbosa & Siqueira, 2009)

Criação de normas e de uma "bundle" da algaliação (Gregorius, 2012; Pina et al, 2010)

FORMAÇÃO aos profissionais (Ciarola et al, 2012; Figueiredo et al, 2011; Dias, 2010)

Higiene das Mãos, com auditorias (Aziz, 2011; Dias, 2010; Pina et al, 2010)

Uso do Equipamento de Proteção individual (Gregorius, 2012)

Educação ao doente/família (Barbosa & Siqueira, 2009)

Higiene Ambiental (Gregorius, 2012; Pratt & Felloe, 2010)

## 2. Questão de partida e revisão da Literatura

### Intervenções Sugeridas na Revisão da Literatura:

#### Devem abranger 5 níveis de intervenção:

- Avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação do risco individual);
- Seleção do tipo de algália (atendendo à duração prevista da algaliação)
- Inserção asséptica da algália;
- Manutenção da algália;
- Remoção da algália. (CDC-HICPAC, 2009)

#### Desalgaliar Precocemente

- ✓ lembretes físicos ou virtuais (Chen et al, 2013; Bernard et al, 2012; Blodgett, 2009);
- ✓ algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação e manutenção do cateter urinário (Winter et al, 2009);
- ✓ avaliação diária pelo enfermeiro, documentando a necessidade de algaliação e a manutenção que é feita ao cateter (Dally, 2011);
- ✓ criação de um protocolo de atuação para o enfermeiro remover precocemente o cateter urinário – *Nurse-Driven Protocol* (Mari, 2014).

### 3. Objetivos Gerais e Específicos

#### 1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família.

*1.1 - Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados.*

*1.2 - Intervir como enfermeiro especialista, na capacitação da pessoa idosa e família.*

#### 2. Contribuir para a prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI) na pessoa idosa.

*2.1 - Desenvolver competências para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa.*

*2.2 - Identificar os conhecimentos e as práticas da equipa de enfermagem acerca da prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa.*

*2.3 - Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção e controlo da CAUTI na pessoa idosa.*

*2.4 - Intervir como enfermeira especialista na área médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa e família, na prevenção e controlo da CAUTI.*

### 4. Metodologia

#### • PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

#### • TRABALHO DE CAMPO

#### Realização de estágios:

\*Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) - 4 semanas

\*Grupo de Coordenação Local de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos - 1 semana

\**Cirurgia Geral - 13 semanas*

#### 4. Metodologia

### Cirurgia Geral

#### Atividades a desenvolver:

- ☺ **Avaliação multidimensional da pessoa idosa**, intervindo de acordo com as suas necessidades, potencialidades e projeto de vida - **realização de estudos de caso**;
- ☺ **Prestação de cuidados à pessoa idosa e família**, atendendo à evidência científica;
- ☺ **Ações educativas à pessoa idosa e família** na gestão da sua doença aguda ou crónica e acerca dos cuidados para prevenção da CAUTI: Cuidados de Higiene diária; Cuidados no manuseamento do saco coletor;
- ☺ **Elaboração de uma grelha de observação** para auditar as práticas e registos da equipa de enfermagem na prevenção e controlo da CAUTI, na pessoa idosa;
- ☺ **Realização de auditorias aos registos e procedimentos** relativos aos cuidados na inserção, manutenção e remoção do cateter urinário, na pessoa idosa, com recurso à grelha de observação elaborada, no início e final do estágio;

#### 4. Metodologia

### Cirurgia Geral

#### Atividades a desenvolver:

- ☺ **Elaboração e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem** do serviço de cirurgia geral sobre a prevenção da CAUTI na pessoa idosa;
- ☺ **Análise** das respostas dos enfermeiros ao **questionário e dos resultados das auditorias** efetuadas;
- ☺ **Construção de uma checklist**, a aplicar pelos enfermeiros da cirurgia geral, para monitorizar a necessidade de algaliação da pessoa idosa e os cuidados na manutenção do cateter urinário;
- ☺ **Monitorização diária, pela equipa de enfermagem, da necessidade de algaliação** da pessoa idosa e os **cuidados na manutenção do cateter urinário**, aplicando a **checklist** criada e colocada nos processos clínicos dos idosos algaliados;
- ☺ **Avaliação** semanal do **preenchimento da checklist** pelos enfermeiros;



## 7. Referências Bibliográficas

Aziz, A. (2011). Minimising respiratory infections through hygiene. *Nursing & Residential Care*, 13 (7), 330-333.

Barbosa, M. & Siqueira, D. (2009). A adoção e a atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar no estado do Pará. *Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guaráá*, 1, 3-17.

Bellmann-Weller, R, Weiss, G. (2009). Pitfalls in the Diagnosis and Therapy of Infections in Elderly Patients - A Mini- Review. *Gerontology*, 55, 241-249.

Bernard, M.S, Hunter, K.F. & Moore, K.N. (2012). A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urinary Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Urologic Nursing*, 32 (1), 29-37.

Borgman, J, Schjott, J. & Eliu, H. (2011). Prevention of urinary tract infections in nursing homes: lack of evidence-based prescription? *BMC Geriatrics*, 11 (69), 1-6.

Blodgett, T. (2009). Reminder Systems to Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.

Caramujo, N, Carvalho, M. & Garcia, H (2011). Prevalência de siglação sem indicação: um fator de risco evitável. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (32), 517-522.

CDC (2014). Device-associated Module CAUTI. Acessido em 20/14/05/07. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nhan/2014/ma/module-cauti/urtrremind/>

Chen, Y, Chi, M, Chen, Y, Chan, Y, Chou, S. & Wang, F. (2013). Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *American Journal of Critical Care Nursing*, 22 (2), 103-114.

Clagg, A & Young, J. (2014). The frailty syndrome. *Clinical Medicine*, 11 (1), 72-15.

Collière, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida: de práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

## 7. Referências Bibliográficas

Collière, Marie-Françoise (2008). *Cuidar... Aprender a arte da vida (2ª ed)*. Lourenço: Lusociência.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO, H.G.O., E.P.E. (mail) (08-04-2014). Resposta a solicitação de prevalência de Infecção Urinária no Serviço de Cirurgia Geral. Acessível no email da cirurgia geral, Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Portugal.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO H.G.O., E.P.E. (mail) (09-04-2014). Resposta a solicitação de indicadores do Serviço de Cirurgia Geral. Acessível no email da cirurgia geral, Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Portugal.

Costa, E. A., Montalvão, E. A. (2010). Infecção do Trato Urinário em Geriatria. *Estúdios*, 37 (7/8), 613-635.

Dailly, S. (2011). Prevention of indwelling catheter-associated urinary tract infections. *Nursing Older People*, 23 (20), 14-19.

Davin, B, Paragonaris, A. & Vargot, P. (2009). Socioeconomic determinants of the need for personal assistance reported by community-dwelling elderly: empirical evidence from a French national health survey. *Journal of Socio-Economics*, 38 (1), 138-146.

Dias, C.S. (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17 (1), 47-53.

Dallacorte, R.R., Schneider, R.H, Benjamin, W. W. (2007). Perfil das infecções do trato urinário em idosas hospitalizadas na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS. *Scientia Medica*, 17 (4), 287-304.

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de infeções e Resistências aos antimicrobianos: Orientações Programáticas*. Acessido em 29.01.2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes.aspx>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). Documento de apoio sobre o Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Médica-Cirúrgica (mail). Acessível no e-mail pessoal do campus.

European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Pain prevalence survey of health-care-associated infections and antimicrobial use in European acute care*. Acesso: 2013-2012. Estocolmo: ECDC. Acessido em 02.02.2014. Disponível em: <http://www.ecdc.europa.eu/en/files-and-publications/files/health-care-associated-infections-antimicrobial-use-pps.pdf>

## 7. Referências Bibliográficas

Figueroa, D. & Gomes, J. (2011). Responsabilidades Legais do Enfermeiro na Vigilância, Controle e Prevenção das Infecções Hospitalares. In 16ª SENPE – Ciências da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade, Campo Grande, 19-22 Junho de 2011.

Giarola, L., Barabieri, T., Costa, A., Bedondo, J., Maroon, S. & Waidman, M. (2012). Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Capitare Enfermagem*, 17 (1), 151-157.

Doyle, C.V., Umscheid, C.A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pagus, D. A. (2008). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. Healthcare Infection Control Practice Advisory Committee (HICPAC). Acessado em 24.4.2014. Disponível em [http://www.cdc.gov/hicpac/au1000\\_cau1.htm](http://www.cdc.gov/hicpac/au1000_cau1.htm)

Gregorius, F. (2012). *A atividade de enfermagem no controle de infecções hospitalares: uma revisão integrativa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Monografia. Porto Alegre.

Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2010). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 – Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2013). *Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Mori, C. (2014). A Voiding Catastrophe: Implementing a Nurse-Driven Protocol. *Medurg Nursing*, 23 (1), 15-28.

Nazarko, L. (2013). Recurrent urinary tract infection in older women: an evidence-based approach. *British Journal of Community*, 18 (8), 407-412.

Nicolle, L.E. (2005). Catheter-Related Urinary Tract Infection. *Drugs Aging*, 22 (8), 627-639.

## 7. Referências Bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Oram, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). Nova York: McGraw-Hill Book Company.

Perry, M. (2012). How the signs and symptoms of common infections vary with age. *Practice Nursing*, 23 (4), 176-182.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Mata, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Pompos, ACL, Pompos, AMSF, Rocha, LCA, Carrozzetta, FB, Araújo, JFC, Carneiro, KS (2004). *Infecção do Trato Urinário no Idoso. Projeto Diretrizes*. Acessado em 1/5/2014. Disponível em <http://www.nrcjcm.org.br/revista/revista-vol-4-vol-4-01-13/sumario.pdf>

Pratt, R. & Pollock, C. (2010). Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing Older People*, 22 (8), 25-29.

Santos, J. C., Costim, M. F. (2009). Integridade de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43 (4), 810-817.

Silva, S., Alves, P., Silva, L., Sousa, D., Elnassour, J., Sá, A., Araújo, J. (2012). A infecção hospitalar na produção científica da enfermagem brasileira: um estudo bibliométrico. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3 (3), 1080-1093.

Sutton, C. (2012). Healthcare-associated infections in European long-term care facilities: how big is the challenge? *Eurosurveillance (European journal on infectious disease epidemiology, prevention and control)*, 17 (35), 2-22.

Wallace, C., Chandler, L., Rogers, A., Crosby, K., Joshi, N. & Spriggs, T. (2012). Caring for frail patients: best practice. *Nursing Standard*, 26 (28), 50-56.

WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. Suíça: WHO Library.

WHO (2012). *Fundamentals in Patient Safety*. Acessado em 07/6/14. Disponível em: [http://www.who.int/npsc/patient\\_safety/publications/essentialdocuments/essential\\_basics.pdf](http://www.who.int/npsc/patient_safety/publications/essentialdocuments/essential_basics.pdf)

Winter, M., Helms, B., Harrington, L., Liguoro, R., Moray, T. & Rhodes, N. (2009). Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part 1 Avoid Catheter. *Use Journal for Healthcare Quality*, 31 (6), 8-12.

**Apêndice X – Resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros sobre a prevenção da CAUTI**

## *Resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros sobre a prevenção da CAUTI*

Serão de seguida apresentados os resultados obtidos nos questionários respondidos por 32 enfermeiros do serviço de cirurgia geral, o que correspondeu a 80% dos enfermeiros do serviço.

O número de enfermeiros que participaram no estudo correspondeu ao que tinha proposto inicialmente (80%), sendo que este resultado é bastante positivo, atendendo a que dos 8 enfermeiros que não responderam ao questionário, 4 se encontram ausentes por licença parental e atestado médico desde há alguns meses.

Os questionários foram entregues no serviço de cirurgia geral no dia 12.11.14 e foram recolhidos a 28.11.14, pelo que os enfermeiros tiveram cerca de 2 semanas para responder ao questionário, período que decidi ser o ideal para poder obter a participação do maior número possível de enfermeiros.

Apenas dois dos enfermeiros acertaram em todas as questões, e ambos tinham o curso de especialização/mestrado em enfermagem, apesar de com anos de experiência profissional e de serviço bem distintos.

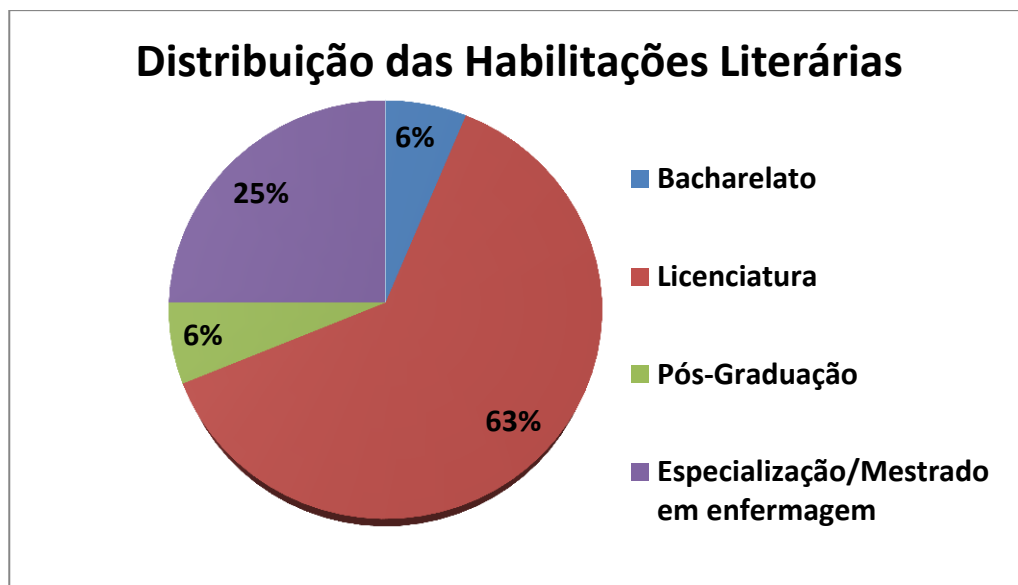
### *2.1 Dados sociodemográficos*

A **média de idades** dos enfermeiros que responderam ao questionário foi de **37,6 anos e a moda 33 anos**, sendo que apenas 3 dos inquiridos eram do **sexo masculino**, o que correspondeu a **9%** do universo em estudo.

A **média de anos de experiência profissional** foi de **14,3 anos e a moda 10**, sendo que oscilou entre um máximo de tempo de serviço de 34 anos e um mínimo de 2 anos. Por outro lado, o **tempo médio de serviço na cirurgia geral e a moda foram ambos de 10 anos**, que oscilou entre os 23 anos de exercício profissional no serviço e os 0 anos.

É de realçar que para **56% dos enfermeiros, o tempo de experiência profissional corresponde ao tempo de exercício profissional no serviço de cirurgia geral.**

As habilitações literárias dos enfermeiros estão representadas no gráfico 1:



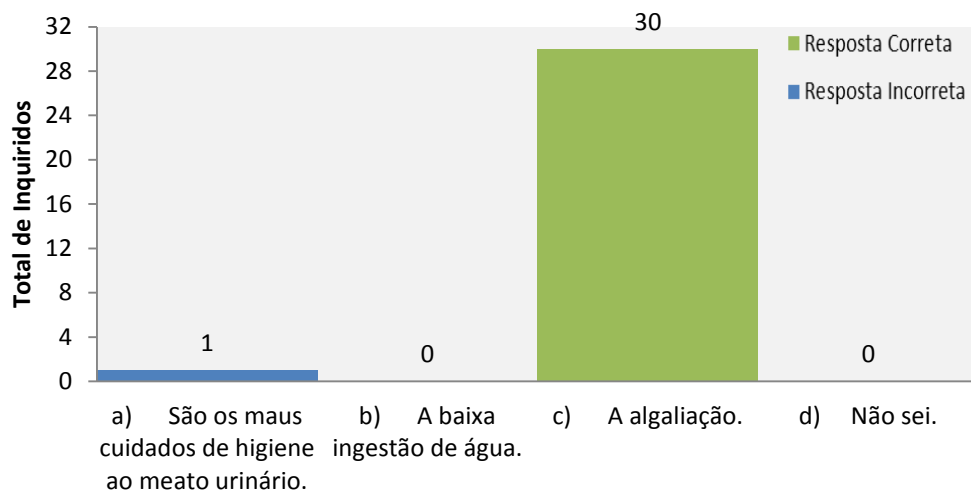
**Gráfico 1** – Habilitações literárias dos enfermeiros inquiridos

O gráfico nº 1 permite perceber que mais de metade da equipa de enfermagem inquirida (63%) possui a licenciatura em enfermagem, existindo ainda uma percentagem significativa de enfermeiros especialistas (25%) e uma minoria com pós-graduação e bacharelato em enfermagem (ambas com 6%).

## ***2.2. Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI)***

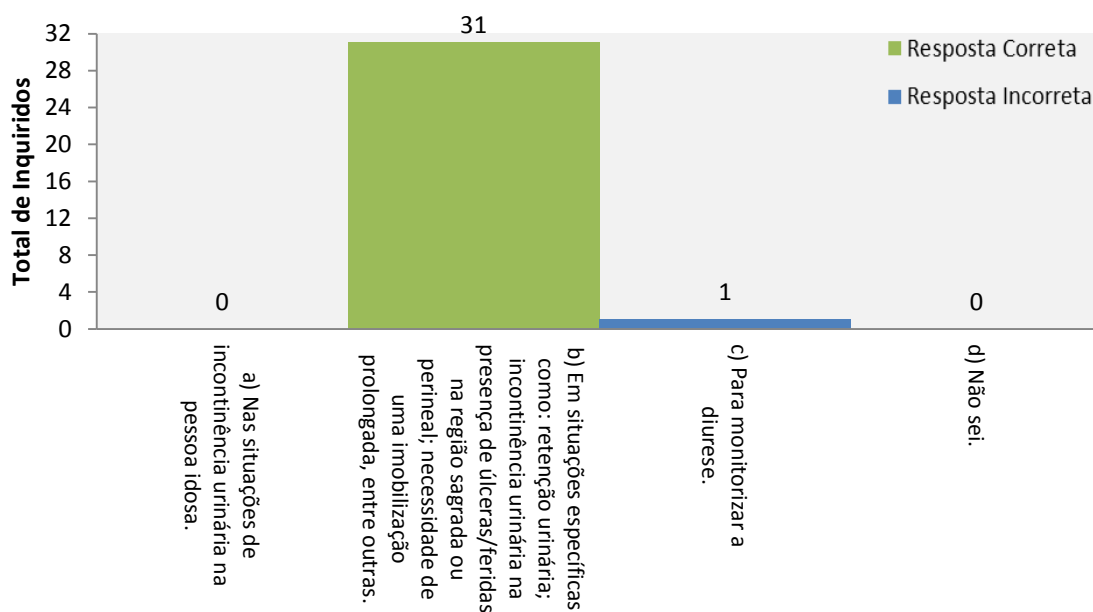
Serão apresentados e analisados os resultados de cada uma das 14 questões separadamente.

Por último, surgirá o gráfico com a percentagem de respostas corretas, em todas as questões, que permitirá diagnosticar as maiores necessidades formativas ou os aspetos a trabalhar junto da equipa.



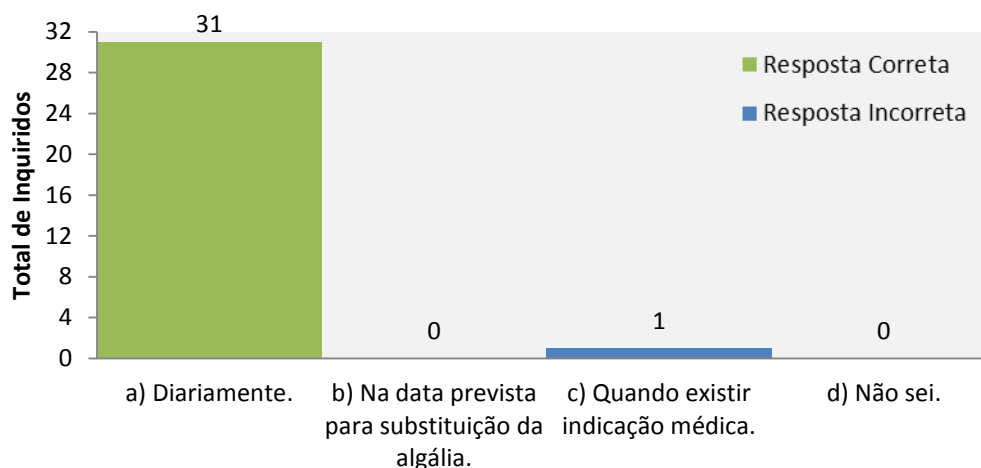
**Gráfico 2-** Respostas dos enfermeiros à 1ª questão: “O principal fator de risco para a Infecção do Trato Urinário:”

Na questão nº1, um dos enfermeiros respondeu com duas opções, razão pela qual a sua resposta não pôde ser validada, passando para 31 o universo de respostas. Contudo, 30 enfermeiros responderam acertadamente a esta questão, o que corresponde a 97% de respostas corretas e indica que os enfermeiros reconhecem na algaliação a maior ameaça para a Infecção do Trato Urinário.



**Gráfico 3-** Respostas dos enfermeiros à 2ª questão: “A algaliação está indicada:”

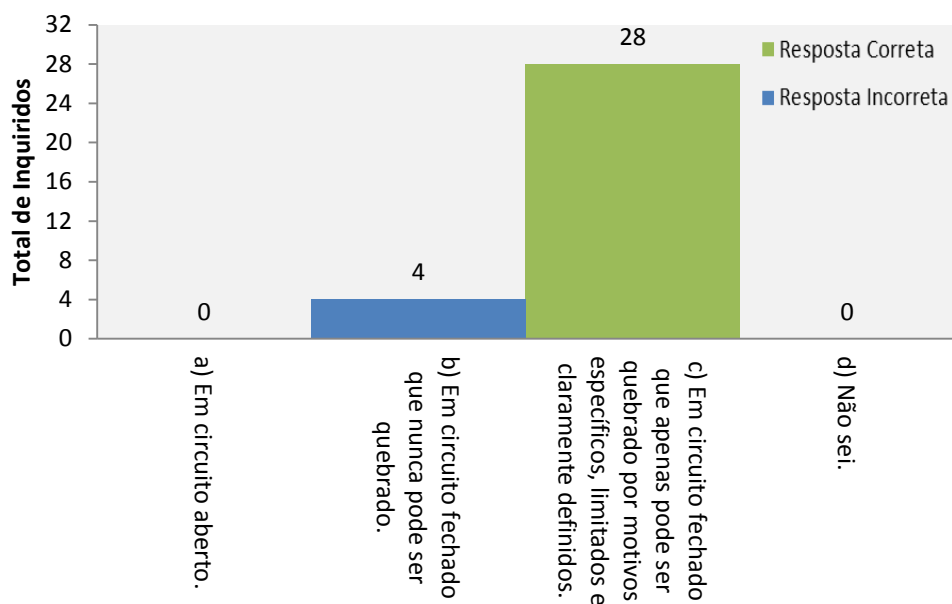
A questão nº 2 obteve 31 respostas corretas, o que corresponde a 97% das respostas. Apenas um enfermeiro não respondeu corretamente, considerando que a algália está indicada para monitorizar a diurese.



**Gráfico 4-** Respostas dos enfermeiros à 3ª questão: “No doente algaliado, a avaliação da necessidade de algália deve ser efetuada:”

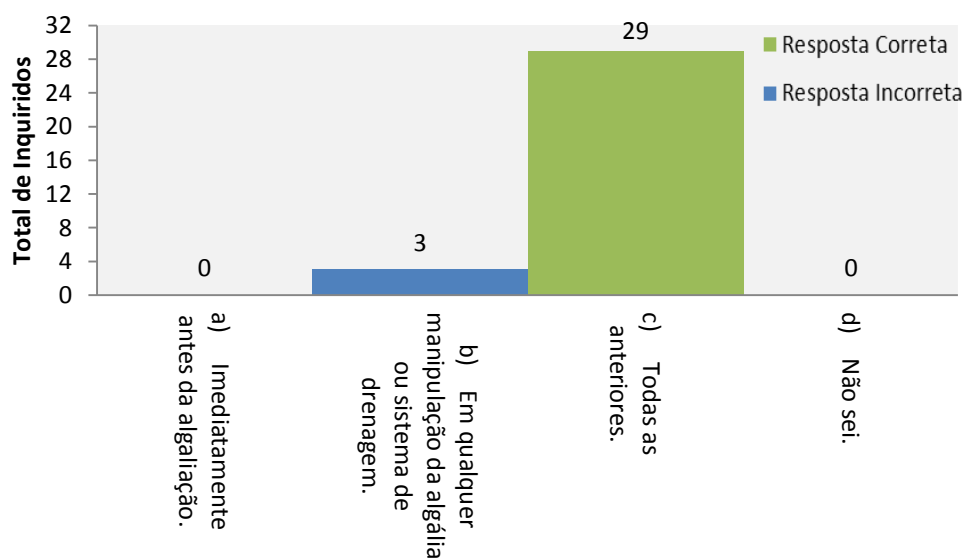
A questão nº 3 também obteve 97% de respostas corretas, com apenas 1 enfermeiro a considerar que a avaliação da necessidade de algália deve ser efetuada quando existir indicação médica.

Contudo, apesar dos enfermeiros conhecerem que a avaliação da necessidade de algália dever ser efetuada diariamente, na primeira fase de auditorias à prática a remoção da algália ocorreu maioritariamente após indicação médica, sem que os enfermeiros questionassem previamente a indicação da algália.



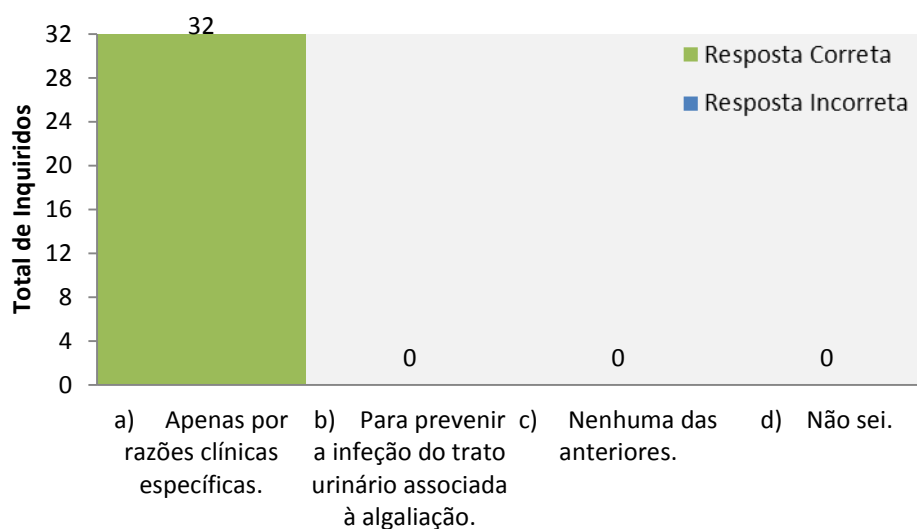
**Gráfico 5-** Respostas dos enfermeiros à 4ª questão: “O sistema de drenagem vesical deve funcionar:”

A questão nº 4 permitiu concluir que, com 88% de respostas corretas, alguns enfermeiros têm dúvidas quanto ao funcionamento do sistema de drenagem vesical, que 4 dos enfermeiros (22%) consideraram nunca poder ser quebrado.



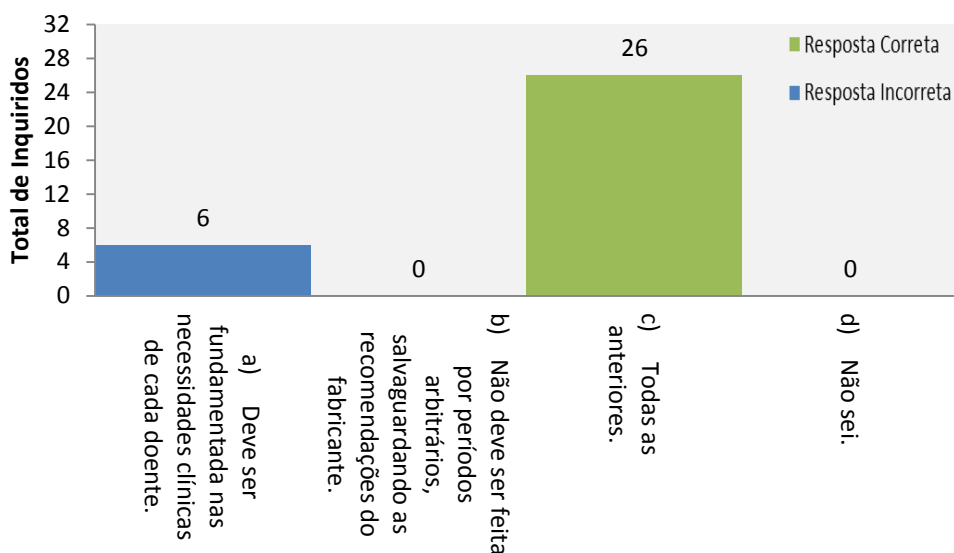
**Gráfico 6-** Respostas dos enfermeiros à 5ª questão: “A higienização das mãos, preferencialmente com SABA, deve ocorrer:”

A questão nº 5 obteve 91% de respostas corretas, com 29 enfermeiros a demonstrar conhecer quando deve ser efetuada a higiene das mãos. Contudo, 3 dos enfermeiros não ponderaram a higienização das mãos imediatamente antes da algaliação, o que indica que, apesar de uma medida básica em controlo de infeção, a higiene das mãos é um aspeto sempre pertinente a trabalhar.



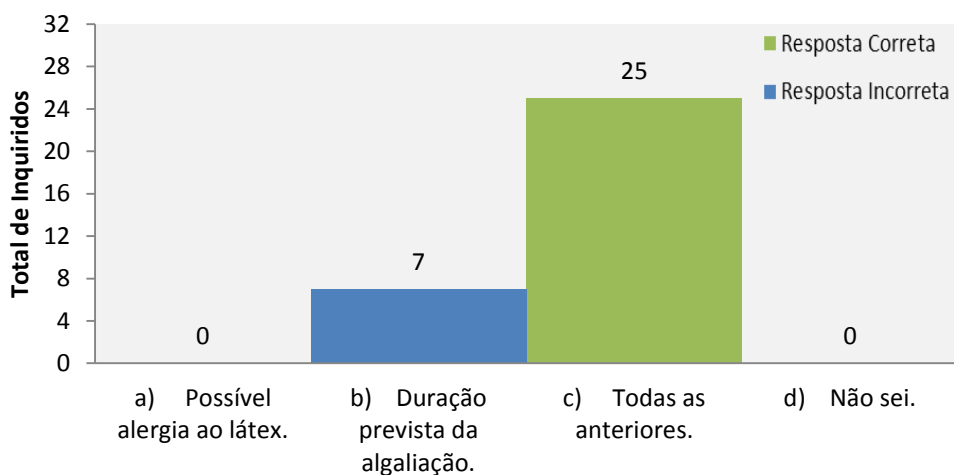
**Gráfico 7-** Respostas dos enfermeiros à 6ª questão: “As lavagens/irrigações/instalações da bexiga devem ser efetuadas:”

A questão nº 6 obteve 100% de respostas corretas, sendo a única a obter tal resultado. Este vai de encontro ao que foi constatado durante a primeira fase de auditorias à prática, em que se verificou que as lavagens vesicais efetuadas pelos enfermeiros ocorreram sempre com justificação clínica.



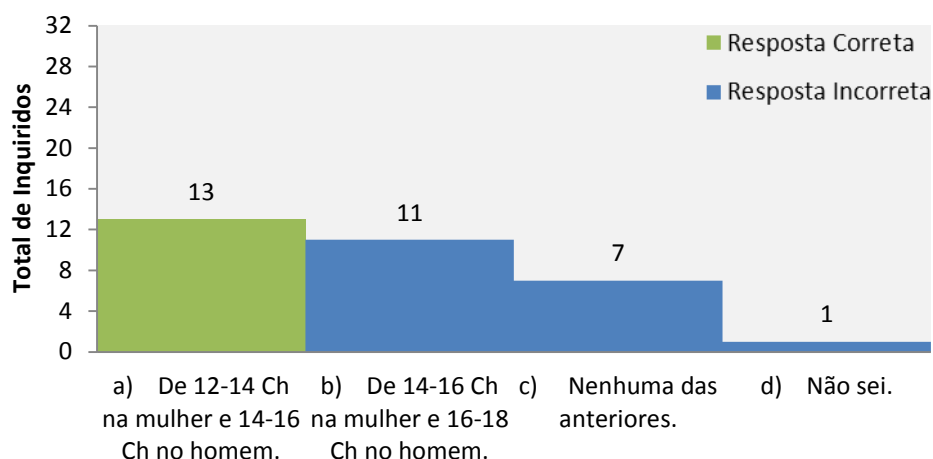
**Gráfico 8-** Respostas dos enfermeiros à 7ª questão: “A substituição da algália.”

A questão nº 7 obteve 26 respostas corretas, o que corresponde a 81%, sendo que os restantes 19% consideraram que a substituição da algália deve ser fundamentada apenas nas necessidades clínicas de cada doente.



**Gráfico 9-** Respostas dos enfermeiros à 8ª questão: “Na escolha do tipo de algália deve-se atender a:”

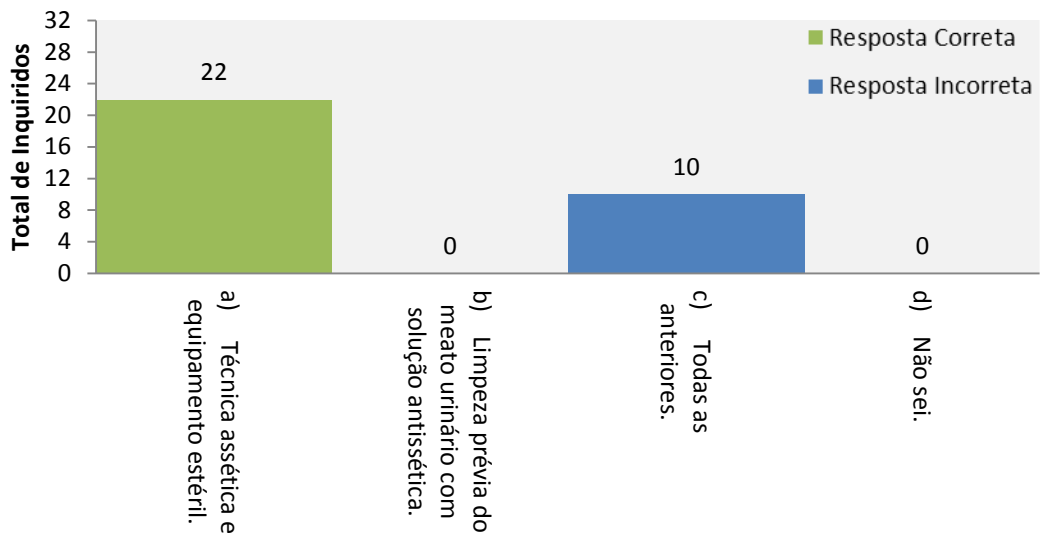
Com 25 respostas corretas (78%), a questão nº 8 traduz que 28% dos enfermeiros não ponderam a possível alergia ao látex na escolha da algália, pelo que este pode ser um dos aspetos a melhorar na prática.



**Gráfico 10-** Respostas dos enfermeiros à 9ª questão: “O calibre recomendado da algália é:”

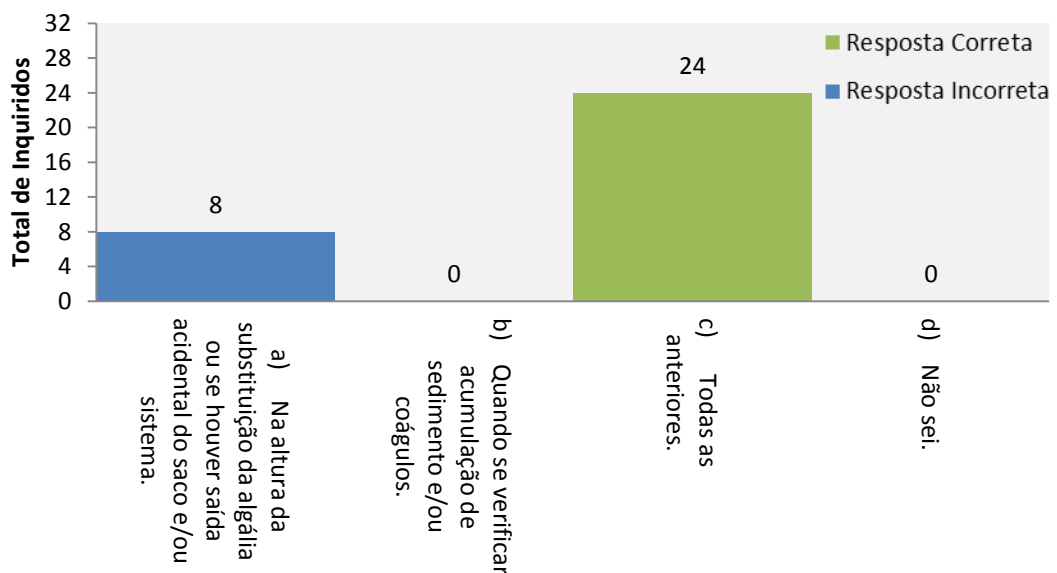
Se existiram questões que não deixaram margens para dúvidas e os enfermeiros sabiam as respostas, a questão nº 9 sobressaiu com apenas 41% de respostas corretas. Apesar de 13 enfermeiros conhecerem qual o calibre recomendado da algália, a maioria não soube responder a esta questão, com 11 enfermeiros a considerarem o calibre errado.

As respostas à questão nº 9 vão ao encontro do que as auditorias à prática permitiram concluir, nomeadamente o facto de constatar que o calibre do cateter vesical (sobretudo nas mulheres) não correspondia ao indicado. Talvez as dúvidas relativas ao calibre do cateter vesical justifiquem esta desadequação do calibre verificada na prática, contudo, este é um problema que ultrapassa a equipa de enfermagem da cirurgia geral, uma vez que em grande parte das situações os doentes já vêm algaliados de outros serviços, e este será possivelmente um aspeto a trabalhar nos mesmos.



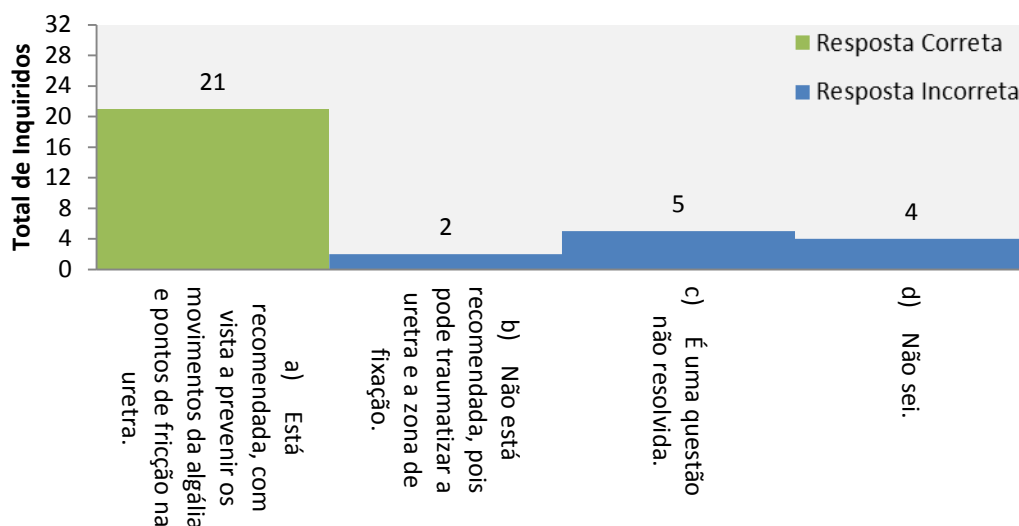
**Gráfico 11-** Respostas dos enfermeiros à 10ª questão: “A inserção da algália implica:”

A questão nº 10 parece ter causado algumas dúvidas, uma vez que 10 enfermeiros (31%) consideraram que além de técnica asséptica e equipamento estéril, a inserção da algália implica a limpeza prévia do meato urinário com solução antisséptica, o que atualmente não está indicado, bastando apenas a limpeza com soro fisiológico.



**Gráfico 12-** Respostas dos enfermeiros à 11ª questão: “O saco de drenagem vesical deve ser substituído:”

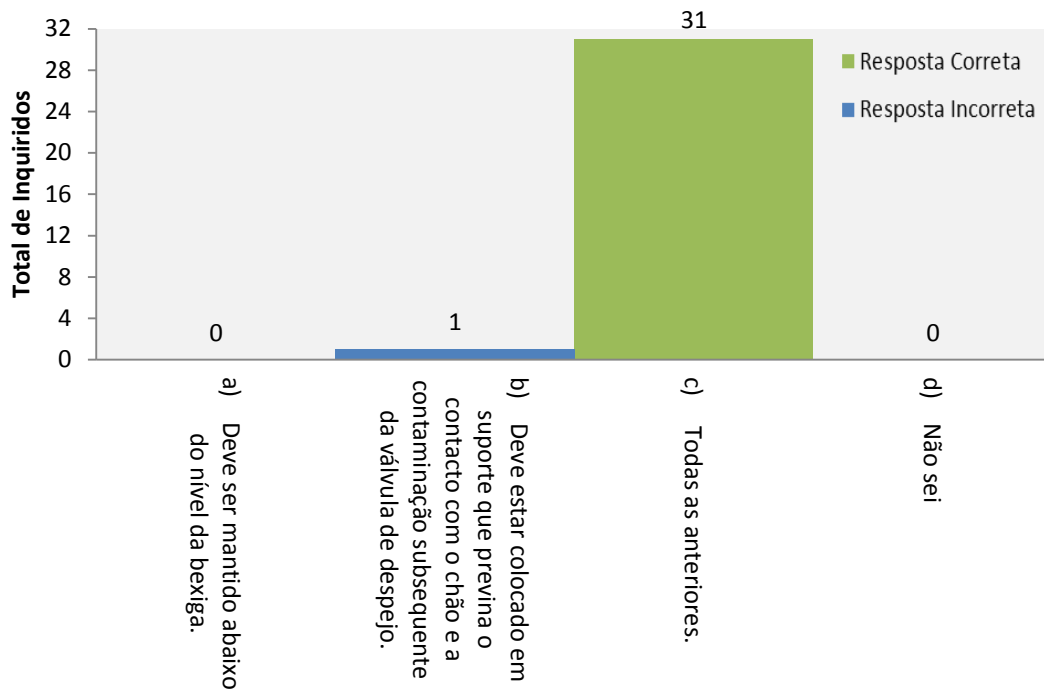
A questão nº 11 obteve 75% de respostas corretas, com 24 enfermeiros a responder corretamente. Contudo, 8 enfermeiros (25%) não consideraram que a acumulação de sedimento e/ou coágulos justifique a substituição do saco de drenagem.



**Gráfico 13-** Respostas dos enfermeiros à 12ª questão: “A fixação da algália, com rotação dos locais de fixação:”

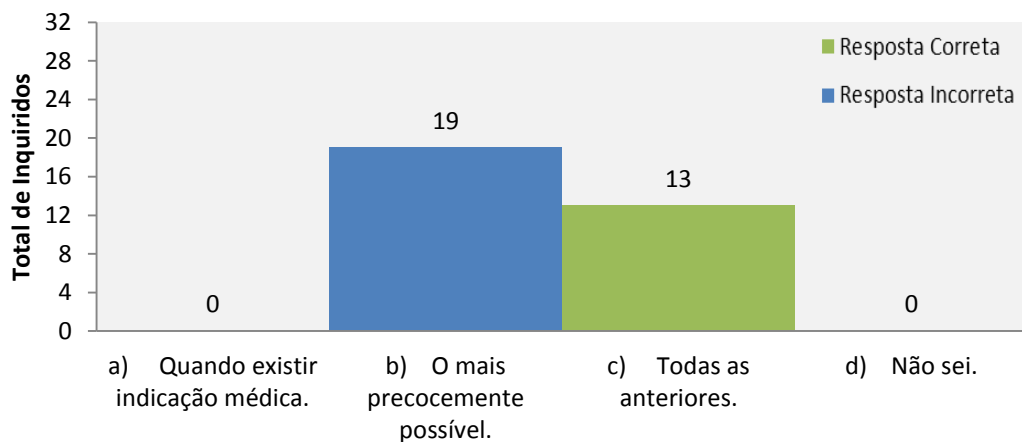
A questão nº 12 foi corretamente respondida por 21 enfermeiros, sendo que obteve 66% de respostas corretas. Os restantes 34% não recaíram sobre uma única hipótese de resposta, pelo que todas as opções foram consideradas.

Este resultado vai ao encontro do que foi constatado nas auditorias efetuadas à prática dos enfermeiros, em que a fixação do cateter vesical é uma prática pouco habitual no serviço de cirurgia geral, existindo aqui uma evidente oportunidade de melhoria.



**Gráfico 14-** Respostas dos enfermeiros à 13ª questão: “O saco de drenagem:”

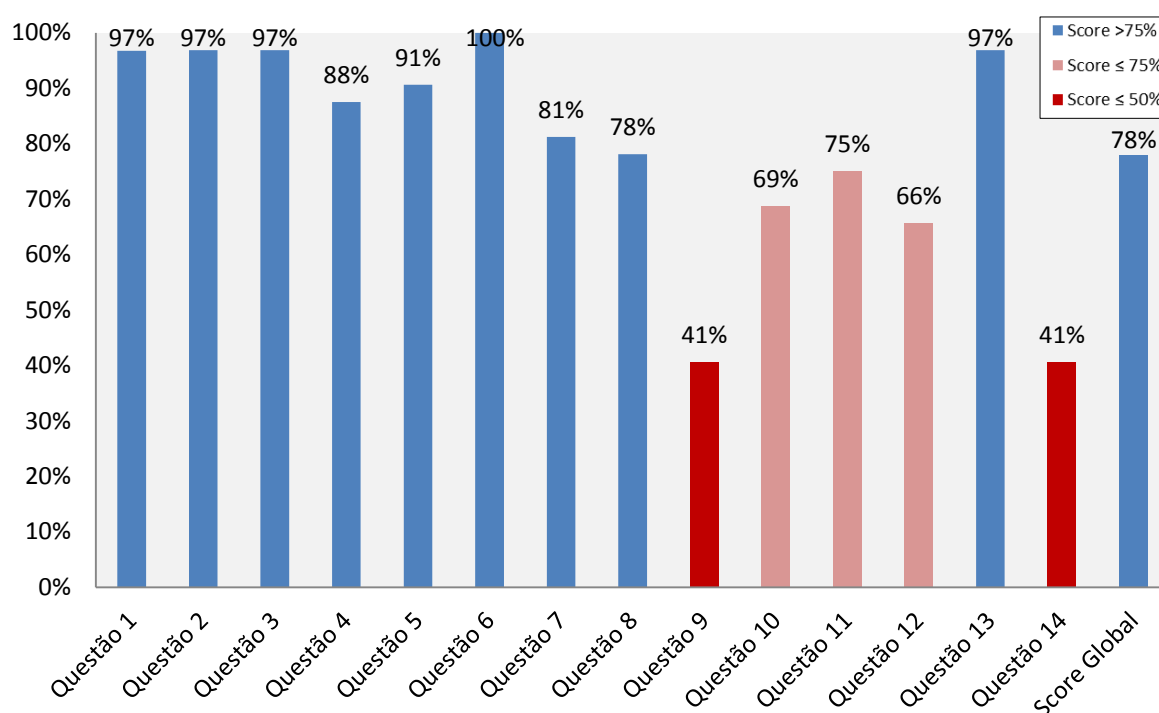
A questão nº 13 obteve 31 respostas corretas, o que corresponde a 97%. Esta percentagem sugere que, grande parte da equipa de enfermagem conhece quais os cuidados a ter na manutenção do saco de drenagem vesical, contudo, as auditorias efetuadas à prática permitiram concluir que estes conhecimentos não impediram a existência de situações em que o saco coletor arrastou pelo chão, como foi observado em alguns dos doentes internados na unidade de cuidados intermédios.



**Gráfico 15-** Respostas dos enfermeiros à 14ª questão: “A remoção da algália deve ocorrer:”

A questão nº 14 dividiu opiniões, sendo que dos 32 enfermeiros inquiridos, apenas 13 (41%) consideraram que a remoção da algália além de dever ser efetuada o mais precocemente possível, deve ocorrer com indicação médica.

Esta situação contrasta com o que foi observado nas primeiras auditorias à prática. Apesar de nos questionários todos os enfermeiros reconhecerem que a remoção da algália deve ocorrer o mais precocemente possível, não valorizando tanto a indicação médica, na prática foi verificado que a remoção dos cateteres vesicais ocorreu, na sua maioria, por indicação médica.



**Gráfico 16-** Score de conformidade global das respostas a cada uma das questões.

Da análise do gráfico 16 sobressaem os 41% de conformidade atingidos nas questões nº 9 e 14, que correspondem, respetivamente, ao calibre recomendado da algália e à remoção precoce da mesma (com indicação médica), que são sem dúvida os aspetos a trabalhar junto dos enfermeiros.

Por outro lado, a cor-de-rosa aparecem as questões que obtiveram um score de conformidade inferior ou igual a 75%, não conseguindo alcançar um índice de qualidade Muito Bom (que implica um score médio  $\geq 75\%$ ). Estas questões prendem-se

com os cuidados na inserção da algália, a substituição do saco de drenagem vesical e a fixação da algália, que se podem traduzir em oportunidades de melhoria nos cuidados de enfermagem prestados.

No global, os resultados dos questionários atingiram um score de conformidade de 78%, que apesar de ligeiramente inferior aos 82% de conformidade atingidos na primeira fase de auditorias à prática de enfermagem, ambos se encontram num índice de qualidade Muito Bom.

**Apêndice XI** – Resultados das auditorias aos registos e às práticas da equipa de enfermagem (1ª Fase)

## *Resultados das auditorias efetuadas aos registos e às práticas da equipa de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa*

### *- 1ª FASE -*

Foram efetuadas auditorias aos registos e às práticas da equipa de enfermagem para prevenção da CAUTI, num período de 2 semanas (de 17 a 30 de Novembro de 2014), que corresponderam a 6 dias de auditoria.

Neste período, 20 doentes internados no serviço de cirurgia geral encontraram-se algaliados, 18 dos quais eram idosos, e apenas estes foram alvo do estudo. A **média de idades** dos doentes idosos foi de **77,8 anos**, apresentando a **moda de 69 e 92 anos**. A amostra dividiu-se entre **50% homens** e **50% mulheres**.

Durante esta primeira fase de auditorias, o serviço esteve sempre com uma **taxa de ocupação** abaixo da lotação máxima, que correspondeu a **aproximadamente 70%**.

Foi utilizada a grelha de auditoria construída, sendo que foi aplicada uma grelha para cada doente idoso algaliado, em cada um dos dias de auditoria. O nº de auditoria variou em função das auditorias efetuadas a um mesmo doente (o nº de doente, corresponde ao nº de processo).

Em relação aos **registos**, a auditoria foi efetuada apenas uma vez para cada idoso algaliado, uma vez que à partida estes critérios não se alteram, à exceção dos doentes que foram realgaliados e dos critérios “Registo das características da eliminação urinária” e “Registo de alguma intercorrência relacionada com a cateterização vesical”, que foram considerados sempre, em todas as auditorias, uma vez que implicam uma vigilância contínua. Este último critério, implicava primeiro questionar os enfermeiros e depois consultar os registos de enfermagem.

O critério “O calibre do cateter vesical corresponde nas mulheres a 12-14 Ch e nos homens 14-16 Ch” apesar de constar no campo dos registos, implicava sempre validação na auditoria à prática, indo observar o calibre do cateter.

No preenchimento da grelha, ainda no campo dos registos, considerou-se que, sempre que um doente se encontrava na unidade de cuidados intermédios, não era necessário estar registada a indicação da cateterização vesical (critério não aplicável),

uma vez que a maioria dos doentes internados na unidade tem indicação para uma monitorização rigorosa dos débitos urinários.

Na auditoria à **prática**, todos os doentes idosos algaliados, em cada dia, foram auditados. O número de auditoria a preencher na grelha, variou consoante o número de vezes que determinado doente foi auditado.

Em relação ao critério da prática “O enfermeiro conhece a indicação da cateterização vesical”, a auditoria ao mesmo implica que o enfermeiro seja questionado acerca da respetiva indicação e, em caso de resposta afirmativa, deve especificar a indicação.

Sempre que algum critério não tenha sido observado, foi considerado como não aplicável.

Durante o período de auditorias, o serviço de cirurgia geral apresentou o seguinte panorama:

	1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia	5º Dia	6º Dia
<b>Taxa de Ocupação</b>	70%	63%	72%	56%	78%	83%
<b>Nº de doentes internados</b>	38	34	39	30	42	45
<b>Nº de doentes algaliados</b>	3	4	6	9	8	8
<b>Nº / percentagem de doentes idosos algaliados</b>	3 <b>7,8%</b>	4 <b>11,7%</b>	5 <b>12,8%</b>	8 <b>26,6%</b>	8 <b>19%</b>	7 <b>15,5%</b>

**Quadro 1** – Taxa de Ocupação e Percentagem de doentes idosos algaliados na Cirurgia Geral, nos vários dias de auditoria.

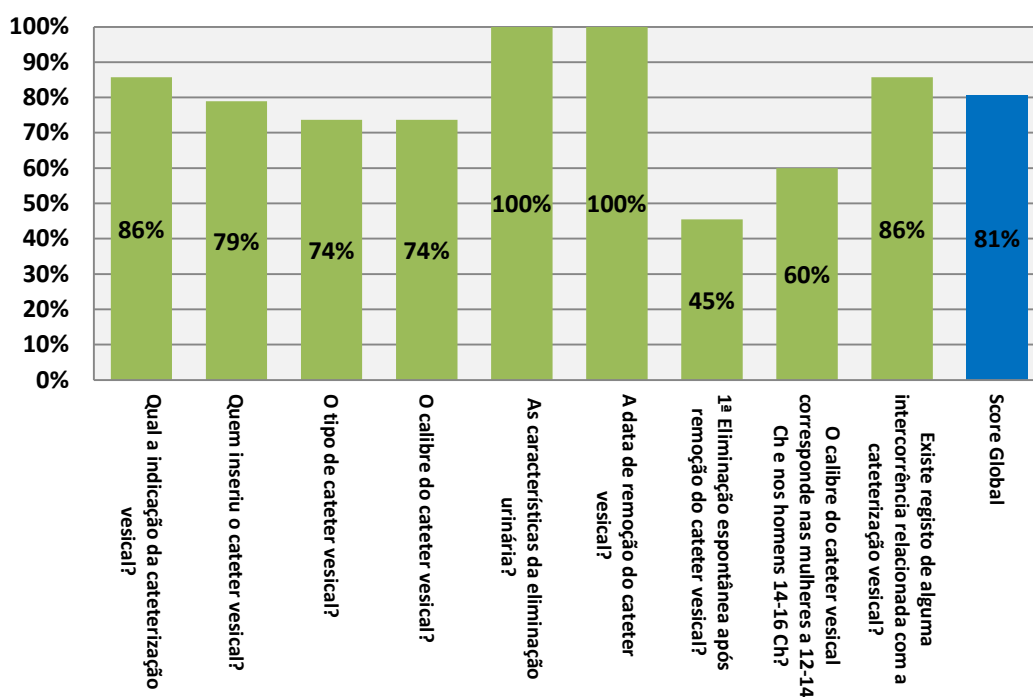
O quadro número 1 revela que, perante uma taxa de ocupação de aproximadamente 70% durante o período de auditoria, cerca de **17% dos doentes** internados estiveram **algaliados** e destes, aproximadamente **92% eram idosos**.

Os **doentes** auditados **permaneceram, em média, 7,5 dias algaliados**, com uma moda de 1, sendo que 3 dos doentes estiveram mais de 20 dias algaliados e foram aqueles que os enfermeiros desconheciam a indicação da algaliação, o que leva a uma reflexão das práticas de enfermagem.

Sabe-se que, a cada dia que passa, o risco de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI) aumenta entre 3 a 5%, pelo que será desejável que o enfermeiro conheça a indicação da algaliação e quando a desconhece, questione o médico acerca da mesma, promovendo a desalgaliação precoce.

De seguida, serão apresentados os resultados das auditorias efetuadas aos registos e às práticas de enfermagem, em percentagem de conformidade com os critérios recomendados internacionalmente.

Inicialmente apresentam-se os resultados da auditoria aos registos de enfermagem, com respetiva análise, e em seguida os resultados/análise da auditoria às práticas de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa idosa, em cada uma das suas vertentes (inserção do cateter vesical, manutenção do cateter vesical, despejo dos sacos de drenagem e remoção do cateter vesical). Por fim, será apresentado o resultado global de todos os critérios da prática.



**Gráfico 1-** Resultado da auditoria aos registos de enfermagem

Os resultados das auditorias efetuadas demonstram **81% de conformidade global nos registos de enfermagem**, sendo que a maior lacuna se encontra no registo da primeira eliminação espontânea após remoção do cateter vesical, que foi encontrado apenas em 45% dos casos.

Há ainda a realçar que o registo do tipo e calibre do cateter vesical pode ser melhorado, com um resultado de 74% de conformidade dos registos, bem como o calibre do cateter vesical não corresponder ao indicado em 40% dos casos, sendo as mulheres frequentemente algaliadas com cateteres vesicais de calibre 16 e 18 Ch, sem aparente distinção entre homens e mulheres (critério validado também na auditoria à prática).

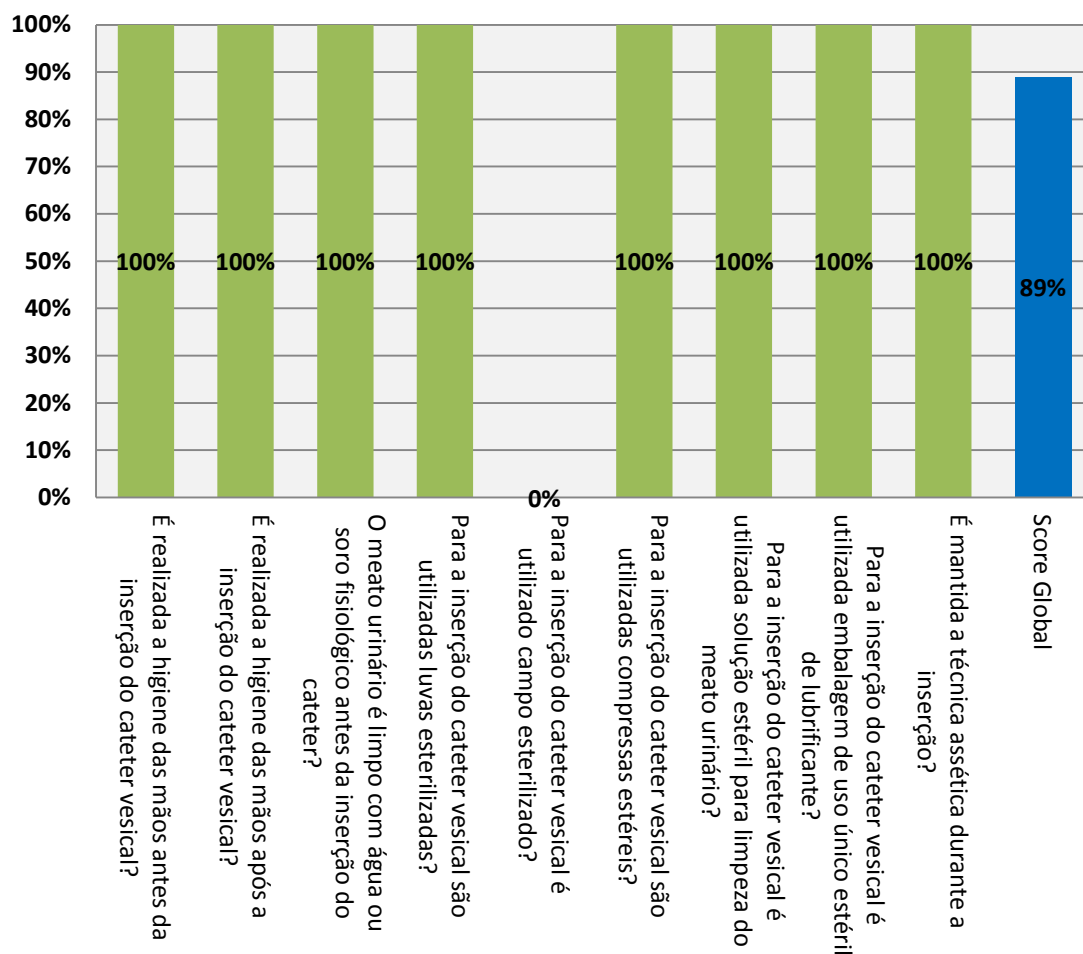
Em 86% dos casos, as intercorrências relacionadas com a cateterização vesical estavam registadas, porém existiram 14% de situações em que se verificaram intercorrências não registadas, surgindo aqui uma oportunidade de melhoria.

Apesar das auditorias aos registos não abrangerem a programação da troca do cateter vesical, a mesma foi avaliada, verificando-se alguns erros pontuais na programação do cateter, que justificam a validação da seguinte informação:

\* *Folley* látex – programar troca para 10/10 dias

\* *Folley* silicone – programar troca para 30/30 dias

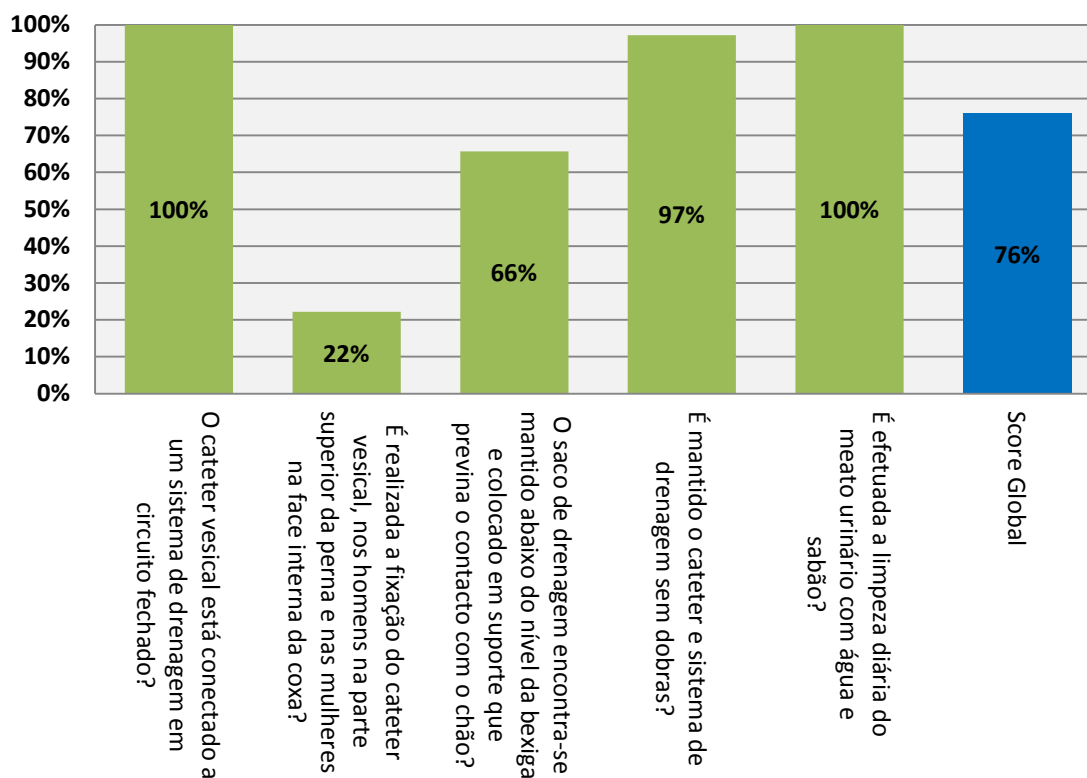
Assim que possível esta informação constará da norma de serviço acerca da prevenção da CAUTI, que está em revisão e será disponibilizada no computador, na pasta do manual da qualidade do serviço, bem como no dossiê do projeto.



**Gráfico 2** – Resultado da auditoria à prática na inserção do cateter vesical

Em relação à inserção do cateter vesical, apenas houve oportunidade para fazer uma auditoria, tal como esperado, pois esta não é uma prática comum no serviço (a maioria dos doentes vem algaliado do bloco operatório ou do serviço de urgência). Com apenas uma situação observada, a inserção do cateter vesical obteve um resultado global de conformidade de 89%, com a utilização do campo esterilizado a ser o único critério não cumprido, pelo que obteve 0%.

O enfermeiro utilizou o campo das luvas como campo para a técnica de algaliação, e esta é uma prática comum no serviço, contudo, deve ser utilizado um campo esterilizado com orifício aquando da inserção da algália, surgindo aqui uma oportunidade de melhoria.

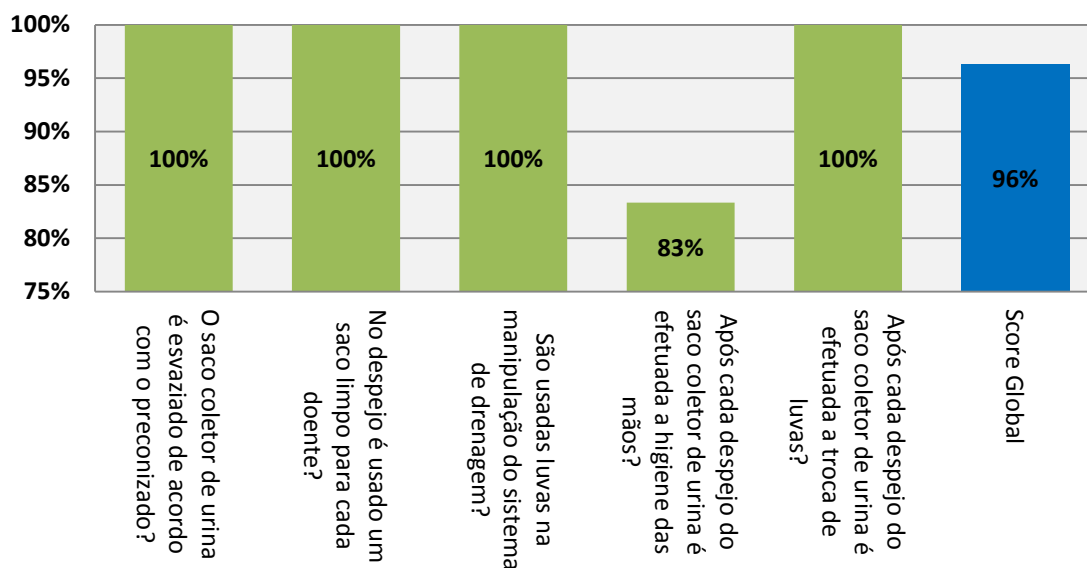


**Gráfico 3** - Resultado da auditoria à prática na manutenção do cateter vesical

A manutenção do cateter vesical obteve um resultado global de 76% de conformidades, sobressaindo um alerta para a necessidade de mudar práticas e passar a fixar o cateter vesical (com rotação do local de fixação), com apenas 22% de situações em que o cateter se encontrava fixo.

Por outro lado, o saco de drenagem vesical encontrava-se em contacto com o chão em 34% das situações observadas, o que da minha observação permitiu concluir que este número corresponde aos doentes internados na unidade de cuidados de intermédios, e que facilmente pode ser corrigido se o suporte do saco de drenagem vesical for colocado mais acima nas camas e/ou se estas também estiverem mais elevadas.

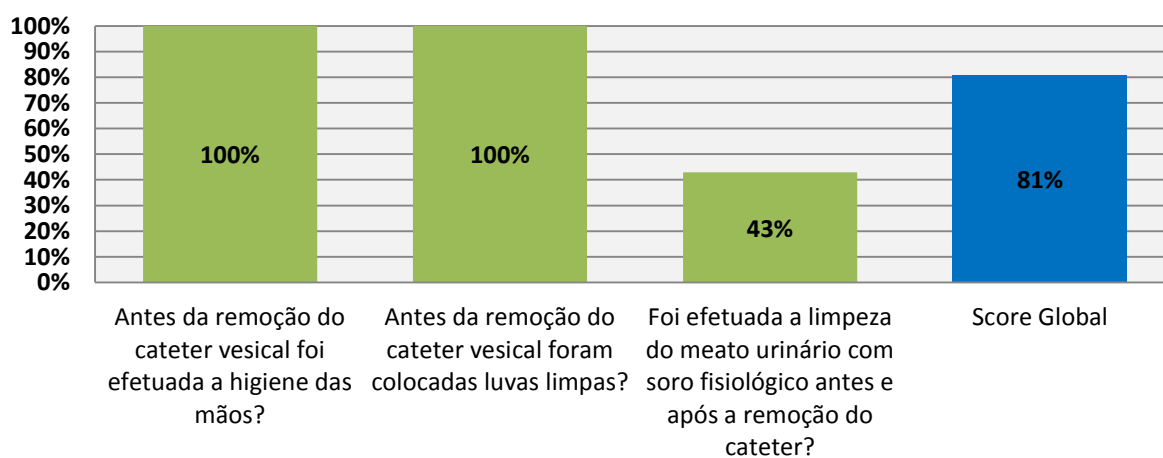
A mesma situação acontece quando os doentes da unidade de cuidados intermédios estão sentados no cadeirão, em que o saco de drenagem vesical arrasta no chão, justificando uma maior preocupação com o seu posicionamento.



**Gráfico 4** – Resultado da auditoria à prática no despejo dos sacos de drenagem vesical

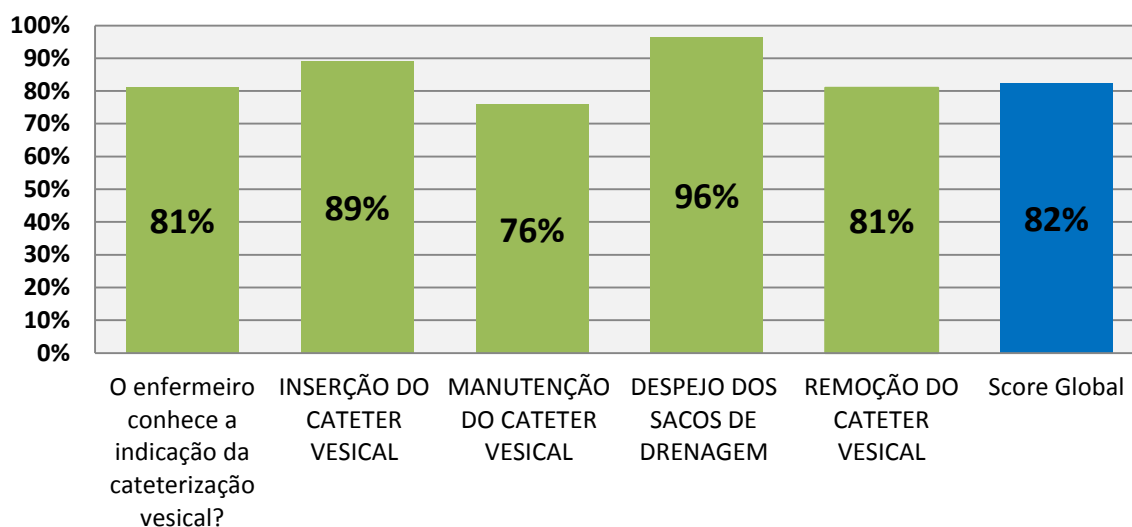
Relativamente ao despejo dos sacos de drenagem vesical, este obteve um resultado global de 96% de conformidade, sendo a higiene das mãos após cada despejo do saco coletor o principal aspeto a melhorar, que ainda assim obteve um resultado de 83% de conformidade.

O despejo dos sacos de drenagem vesical é da responsabilidade dos Assistentes Operacionais (AO), pelo que nesta matéria, foram as suas práticas, com conhecimento e autorização prévia dos intervenientes, que foram observadas. Apesar de esta ser uma auditoria às práticas dos enfermeiros, este critério não poderia deixar de ser avaliado, uma vez que os AO cumprem as indicações dos enfermeiros nesta atividade.



**Gráfico 5** – Resultado da auditoria à prática na remoção do cateter vesical

A remoção do cateter vesical obteve um resultado global de 81%, existindo, contudo, alguns aspetos a trabalhar, como a limpeza do meato urinário com soro fisiológico antes e após a remoção do cateter, verificada apenas em 43% das situações. Esta remoção ocorreu, na grande maioria dos casos, após indicação médica, sem que o enfermeiro a questionasse previamente.



**Gráfico 6** – Resultado global de todos os critérios da prática

Da análise das práticas, é possível constatar que o **resultado global é de 82% de conformidade**.

Verificou-se que, em 81% dos casos, os enfermeiros conheciam a indicação da algaliação, sendo que cerca de 78% dos doentes auditados encontravam-se na unidade de cuidados intermédios, o que facilitou a justificação dessa indicação.

Considero que os resultados globais foram bastantes positivos, sendo notórios os aspetos a trabalhar. Há que investir na desalgaliação precoce, questionando-nos diariamente e questionando a equipa médica acerca da necessidade de algaliação, razão pela qual é introduzida no serviço a *checklist* para monitorizar diariamente esta necessidade e os cuidados de manutenção ao cateter vesical, com vista a minimizar o risco de exposição do doente idoso à infeção.

**Apêndice XII** – Resumo com os resultados dos questionários e auditorias (1ª Fase) às práticas e registos da equipa de enfermagem

**Resultados dos questionários e 1ª Fase de auditorias às práticas e registros de enfermagem, realizados em Novembro, no âmbito do Projeto Prevenção da CAUTI na Pessoa Idosa**

**-Versão Resumo-**

**1. Resultados dos Questionários**

**Score de conformidade Global de 78%**

<i><b>Crítérios</b></i>	<i><b>Score conformidade</b></i>	<i><b>A saber...</b></i>	<i><b>Observações</b></i>
○ <i><b>Calibre recomendado da algália</b></i>	<b>41%</b>	O calibre recomendado da algália é de 12-14ch na mulher e 14-16Ch no homem.	
○ <i><b>Remoção precoce da algália, com indicação médica</b></i>	<b>41%</b>	A remoção da algália deve ocorrer o mais precocemente possível, <u>sempre com indicação médica</u> , devendo ser questionada diariamente.	A maioria dos enfermeiros considerou a remoção precoce da algália, mas não a indicação médica, sendo esta igualmente importante neste processo. Contudo, na prática constatou-se que a maior parte das desalgaliações ocorreu após indicação médica.
○ <i><b>Fixação da algália</b></i>	<b>66%</b>	A fixação da algália deve ser efetuada no homem na parte superior da perna e na mulher na face interna da coxa.	

○ <i>Cuidados na inserção da algália</i>	<b>69%</b>	Não deve existir desinfeção prévia do meato urinário com soluções antissépticas, estando indicada a limpeza com soro fisiológico.	
○ <b>Substituição do saco de drenagem vesical</b>	<b>75%</b>	A substituição do saco deve ocorrer quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos e aquando da substituição da algália ou saída acidental do saco.	

## ***2. Resultados das auditorias aos registos de enfermagem***

**Score de conformidade Global de 81%**

<b><i>Crítérios</i></b>	<b><i>Score conformidade</i></b>	<b><i>Oportunidades de melhoria</i></b>	<b><i>Observações</i></b>
○ <i>Registo da 1ª eliminação espontânea após remoção da algália</i>	<b>45%</b>	Registrar em notas de enfermagem a 1ª eliminação espontânea após remoção da algália.	
○ <b>Calibre Recomendado da algália</b>	<b>60%</b>	Algaliar as mulheres com cateteres vesicais de calibre 12-14Ch e os homens com 14-16Ch.	Na prática verificou-se que os doentes estavam algaliados com cateteres de calibre superior ao recomendado, sobretudo as mulheres. Contudo, na maior parte dos

			casos, a algália foi da responsabilidade de outros serviços.
○ <b>Registo do tipo e calibre da algália</b>	<b>74%</b>	Na atitude terapêutica ALGALIAÇÃO, deve constar na coluna das observações, o tipo e calibre da algália, bem como a data da troca.	

### 3. Resultados das auditorias às práticas de enfermagem

**Score de conformidade Global de 82%**

<i>Critérios</i>	<i>Score conformidade</i>	<i>Oportunidades de melhoria</i>	<i>Observações</i>
○ <b>Utilização de campo esterilizado na inserção da algália</b>	<b>0%</b>	Colocar campo esterilizado com orifício após efetuar limpeza dos genitais com soro fisiológico.	Este score corresponde apenas a uma única oportunidade de observação.
○ <b>Fixação da algália</b>	<b>22%</b>	Fixar a algália, no homem na parte superior da perna e na mulher na face interna da coxa, com rotação do local de fixação.	Nos resultados do questionário, 66% dos enfermeiros conheciam esta recomendação.
○ <b>Limpeza do meato urinário com Soro Fisiológico antes e após a remoção da algália</b>	<b>43%</b>	Efetuar limpeza do meato urinário, antes e após a remoção da algália.	
○ <b>O saco de drenagem encontra-se</b>	<b>66%</b>	Colocar o saco de drenagem em suporte apropriado.	Verificou-se na auditoria às

<p><i><b>mantido abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão</b></i></p>		<p>Elevar as camas de unidade de modo a que o urimiter não contacte com o chão.</p> <p>Fixar o urimiter (com as suas presilhas) no suporte inferior do braço da unidade, quando o doente está sentado no cadeirão.</p>	<p>práticas de enfermagem que a grande percentagem de não conformidades deste critério ocorreu com os doentes da unidade, pelo que são propostas medidas de melhoria.</p>
--	--	--	---

Como podem constatar, **no global** ambos os resultados se encontram num **índice de qualidade Muito Bom** (que implica um score médio  $\geq 75\%$ ) e por isso estamos de parabéns!

Contudo, fiz sobressair neste resumo uma análise dos resultados mais pertinentes, que criam oportunidades de melhoria na nossa prática diária.

**Há que investir na desalgiação precoce, questionando-nos diariamente e questionando a equipa médica acerca da necessidade de algiação**, razão pela qual foi introduzida no serviço a *checklist* para monitorizar diariamente esta necessidade e os cuidados de manutenção ao cateter vesical, com vista a minimizar o risco de exposição do doente idoso à infeção.

Neste sentido, **aproveito para solicitar novamente a vossa colaboração no preenchimento da *checklist*, diariamente, no turno da manhã, pelo enfermeiro responsável pelo idoso algaliado**. Relembro também que aquando da desalgiação ou da alta do idoso, as *checklist's* devem ser colocadas no respetivo compartimento do dossiê do projeto.

Brevemente será apresentada a revisão da norma do serviço acerca da prevenção da Infeção do Trato Urinário Associada ao Cateter, bem como uma *bundle* da algiação (conjunto de medidas com evidência científica nível 1, que aplicadas em simultâneo têm

melhores resultados que isoladamente) e um algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação.

No final de Janeiro, serão efetuadas novas auditorias aos registos e às práticas de enfermagem.

Estou ao vosso dispor para qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Liliana Torres

**Apêndice XIII** - Análise do preenchimento das *checklist*'s para avaliar diariamente a necessidade de algáliação e os cuidados de manutenção ao cateter vesical, aplicadas aos idosos algaliados

## Análise do preenchimento das *checklist's* para avaliar diariamente a necessidade de algaliação e os cuidados de manutenção ao cateter vesical, aplicadas aos idosos algaliados

A aplicação e monitorização das *checklist's* teve início a 1.12.14 com término a 02.02.15 (com interrupção para férias do Natal, de 18.12.14 a 4.01.15), tendo decorrido por um período de aproximadamente um mês e meio. A sua aplicação deveria ocorrer diariamente, a todos os doentes idosos algaliados, pelo enfermeiro responsável no turno da manhã. Depois de preenchidas, eram colocadas na face externa da capa do processo físico do doente. Aquando da desalgaliação ou alta do serviço, estas *checklist's* deveriam ser colocadas no dossiê do projeto, para minha monitorização.

Em simultâneo, durante o respetivo período, foi diariamente por mim avaliada a lotação do serviço, o nº de doentes algaliados internados, e destes quantos eram idosos. Assim, de acordo com a informação apresentada no gráfico 3, durante este período o serviço apresentou uma **lotação de 87%**, sendo que, em média, **19% dos doentes internados se encontraram algaliados**, e destes, **81% eram idosos** (gráfico 4).

A **média de idades** correspondeu a **77,8 anos**, com uma **moda de 80 anos**.

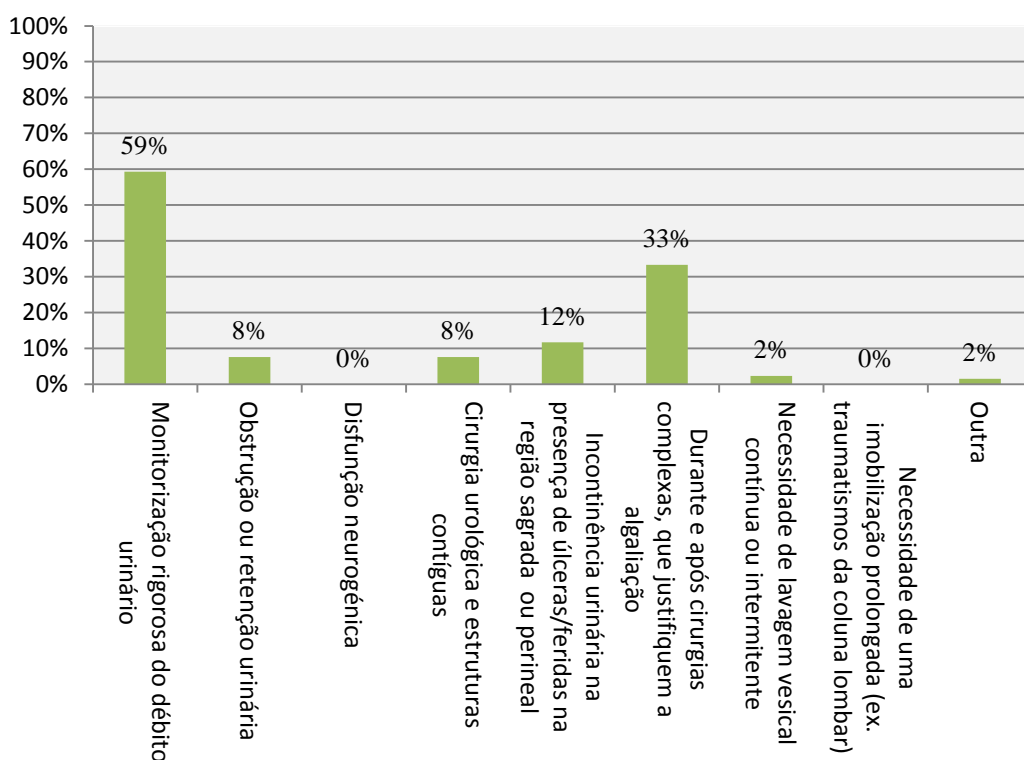
Entre os idosos algaliados, **55% eram do sexo masculino e 45% do sexo feminino** (gráfico 5).

Com base nesta informação e nas *checklist's* preenchidas, **no final** deste período foi possível constatar que **a adesão ao preenchimento das *checklist's* pelos enfermeiros correspondeu a 52%**, com evolução positiva ao longo do tempo (gráfico 6). Os dias em que se observa 100% de adesão corresponderam a dias de estágio, em que pude controlar a implementação da *checklist*. Todas as *checklist's* recolhidas estavam preenchidas na totalidade.

Os 52% de adesão correspondem às *checklist's* que se encontravam no *dossiê* do projeto, pelo que de acordo com o que constatei na prática, existiram algumas que se extraviaram, enviesando assim o resultado final, que poderia ser superior.

Segundo a informação recolhida nas mesmas, **60% dos idosos algaliados a quem foi aplicada a *checklist* eram mulheres**.

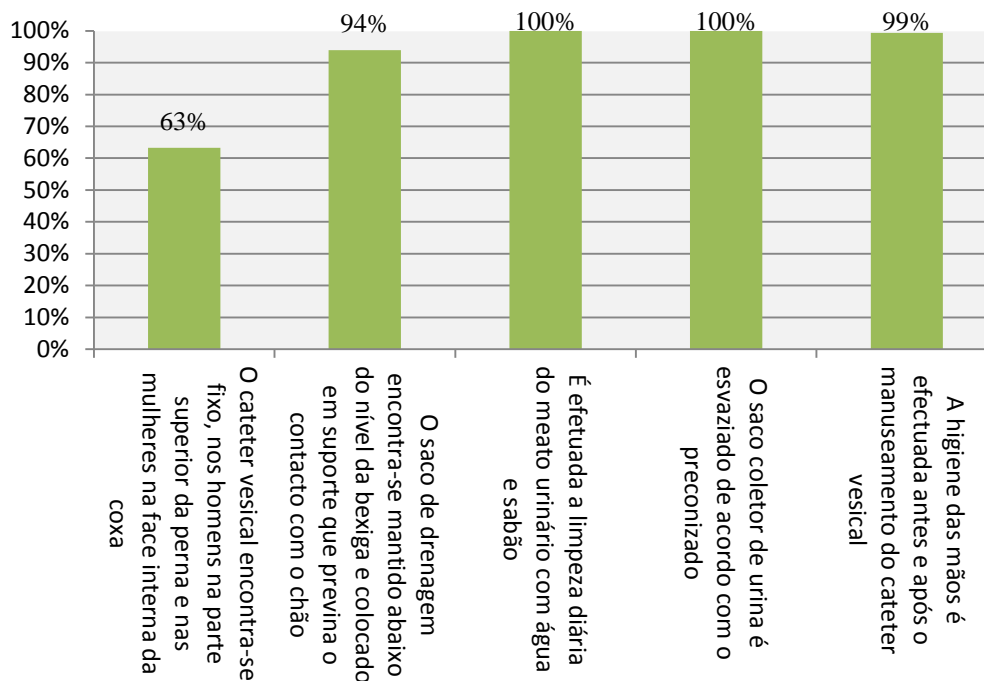
A **média de dias de algaliação** correspondeu a **6,48 dias**, com uma **moda de 1 dia**.



**Gráfico 1** – Indicação da algaliação dos idosos internados a quem foi aplicada a *checklist*

Em **98% dos casos** os enfermeiros consideraram que **o doente estava algaliado com uma indicação válida**, sendo que de acordo com o gráfico 1, **a mais comum** (com 59%) foi **a monitorização rigorosa do débito urinário**, indo ao encontro do facto de que a maior parte dos doentes algaliados se encontram internados na unidade de cuidados intermédios.

Por outro lado, verificou-se que em **33%** dos casos os enfermeiros consideraram que a indicação correspondia ao **pós-operatório de cirurgias complexas** (frequentemente em simultâneo com a indicação da monitorização rigorosa dos débitos urinários). Seguiu-se a incontinência urinária na presença de úlceras ou feridas na região sagrada/perineal, com 12%, e com 8% os enfermeiros identificaram igualmente a indicação de cirurgia urológica e/ou estruturas contíguas, bem como situações de retenção urinária. Com apenas 2% surgiu a necessidade de lavagem vesical, bem como outras indicações, nomeadamente a indicação médica e a incontinência urinária com necessidade de monitorizar diurese.

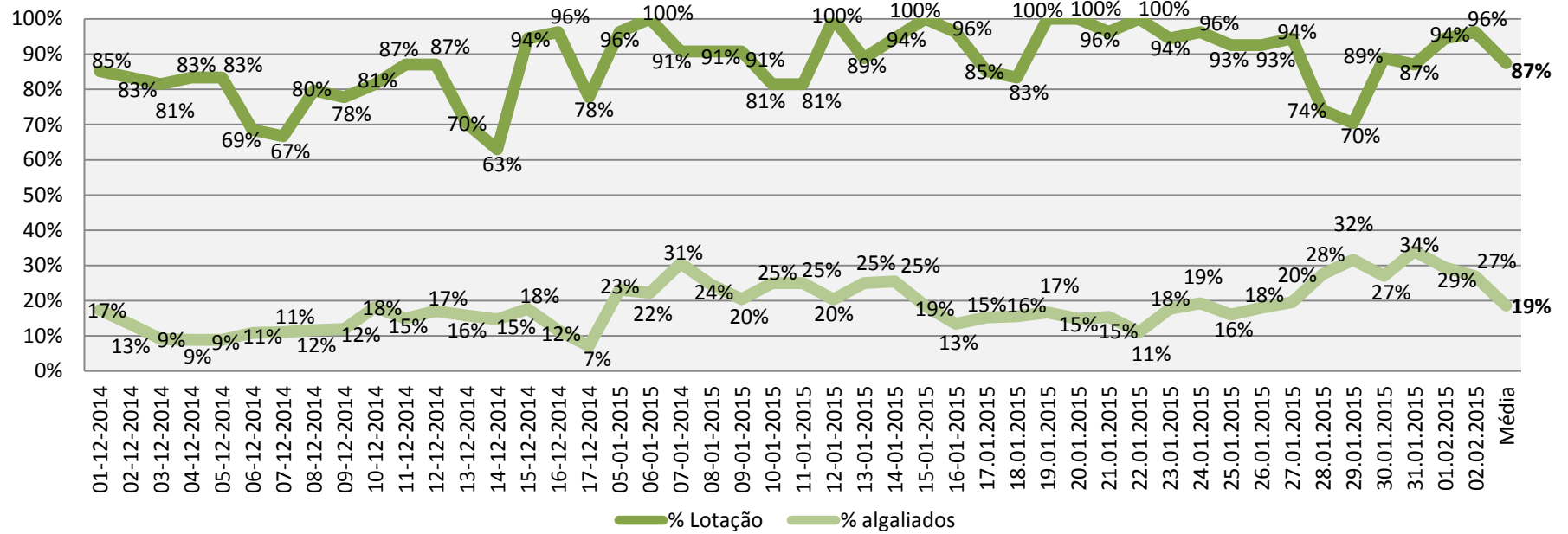


**Gráfico 2** – Cuidados de manutenção ao cateter vesical assumidos pelos enfermeiros no preenchimento das *checklist's*

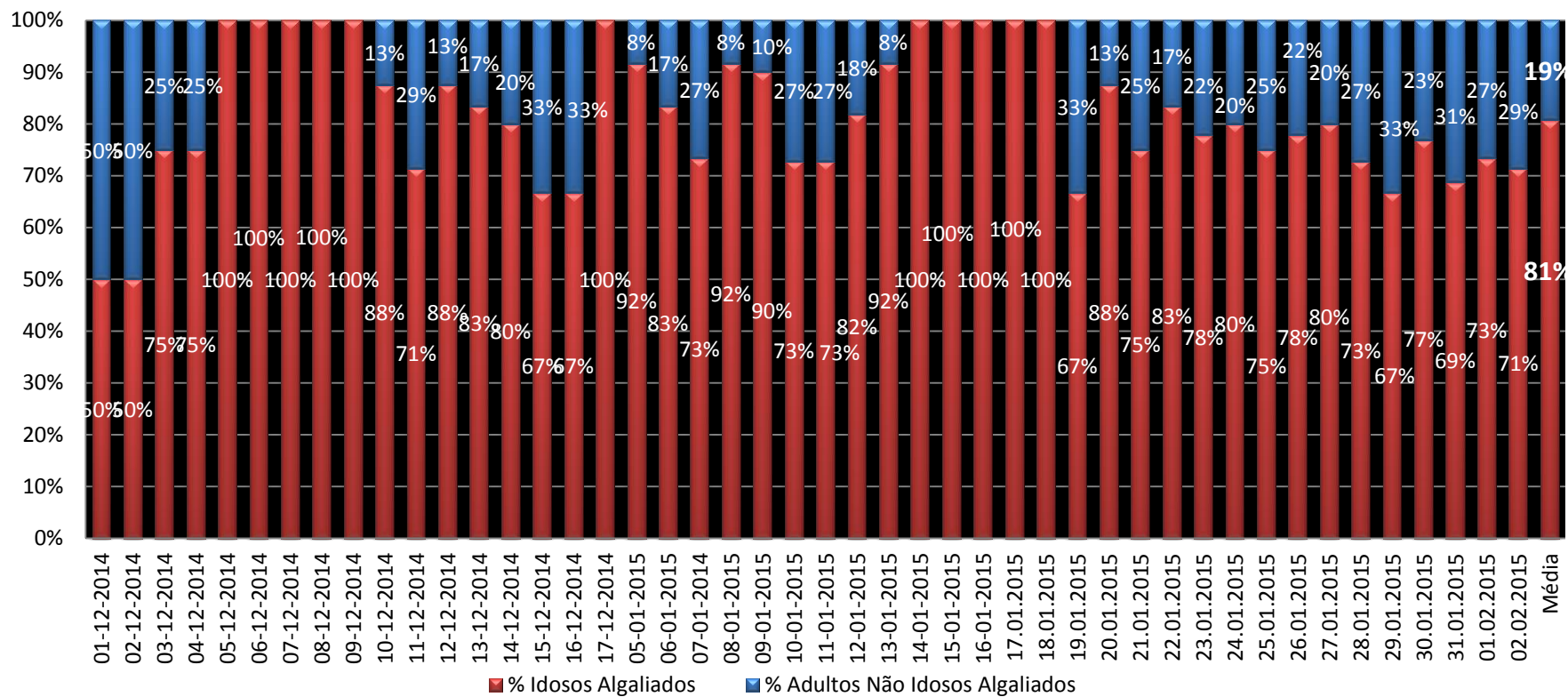
Em relação aos cuidados de manutenção ao cateter vesical assumidos pelos enfermeiros no preenchimento das *checklist's* (gráfico 2), em 100% dos casos consideraram ser efetuada a limpeza diária do meato urinário com água e sabão, que o saco coletor de urina foi esvaziado de acordo com o preconizado e que a higiene das mãos foi efetuada antes e após o manuseamento do cateter vesical.

Em **94% das *checklist's* preenchidas o enfermeiro considerou que o saco de drenagem vesical foi colocado devidamente** (mantido abaixo do nível da bexiga e em suporte que previna o contacto com o chão), **existindo aqui 6% de situações em que este critério não foi cumprido, inferiores aos 16% encontrados na última fase de auditorias realizadas às práticas** dos enfermeiros.

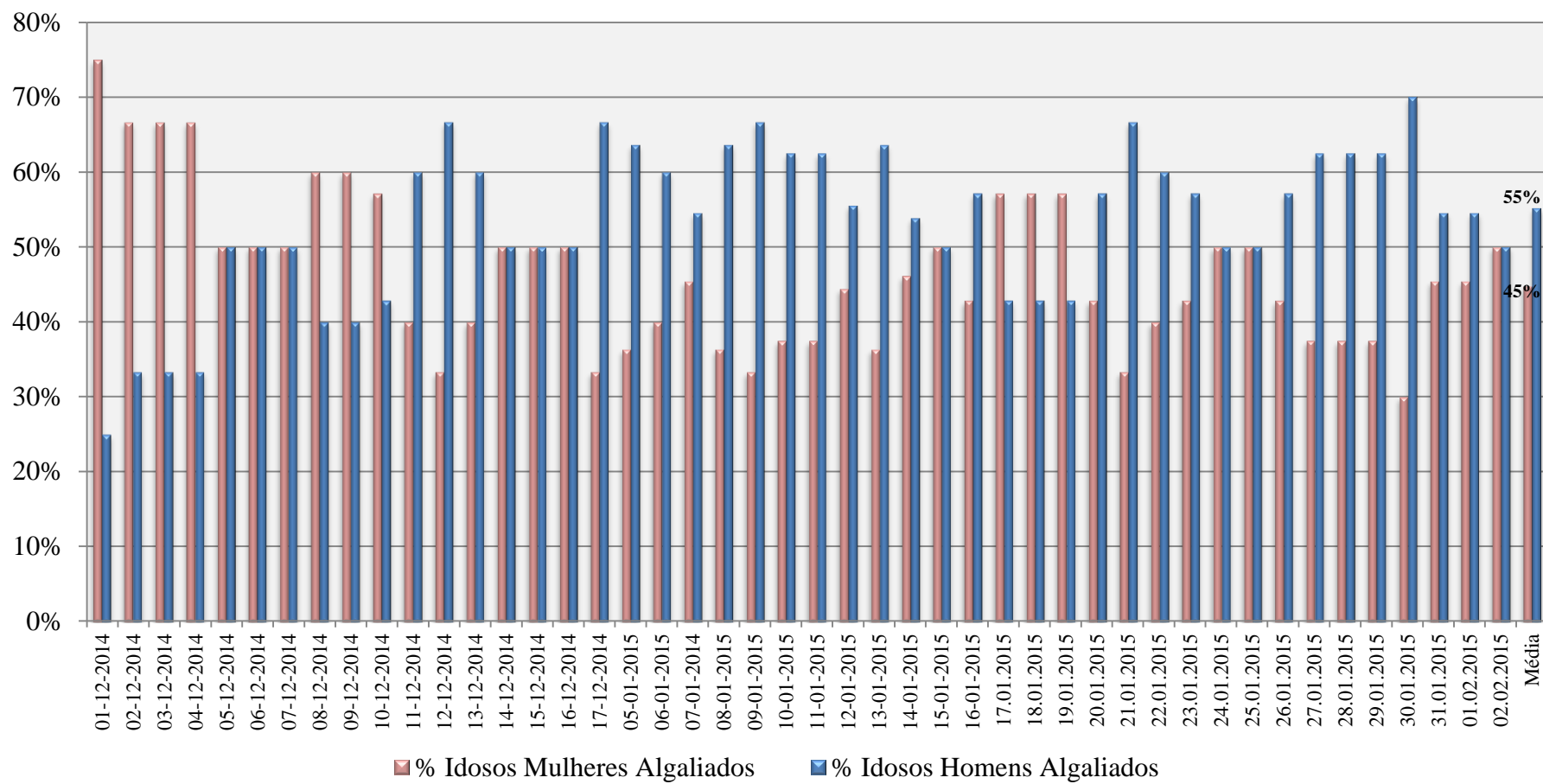
Em **37% dos casos os enfermeiros assumiram não ter efetuado a fixação da algália**, correspondendo a **63% de adesão a esta prática**. No entanto, as auditorias realizadas à prática dos enfermeiros revelaram percentagens de adesão à fixação da algália inferiores, nomeadamente de 22% na primeira fase de auditorias e 33% na segunda.



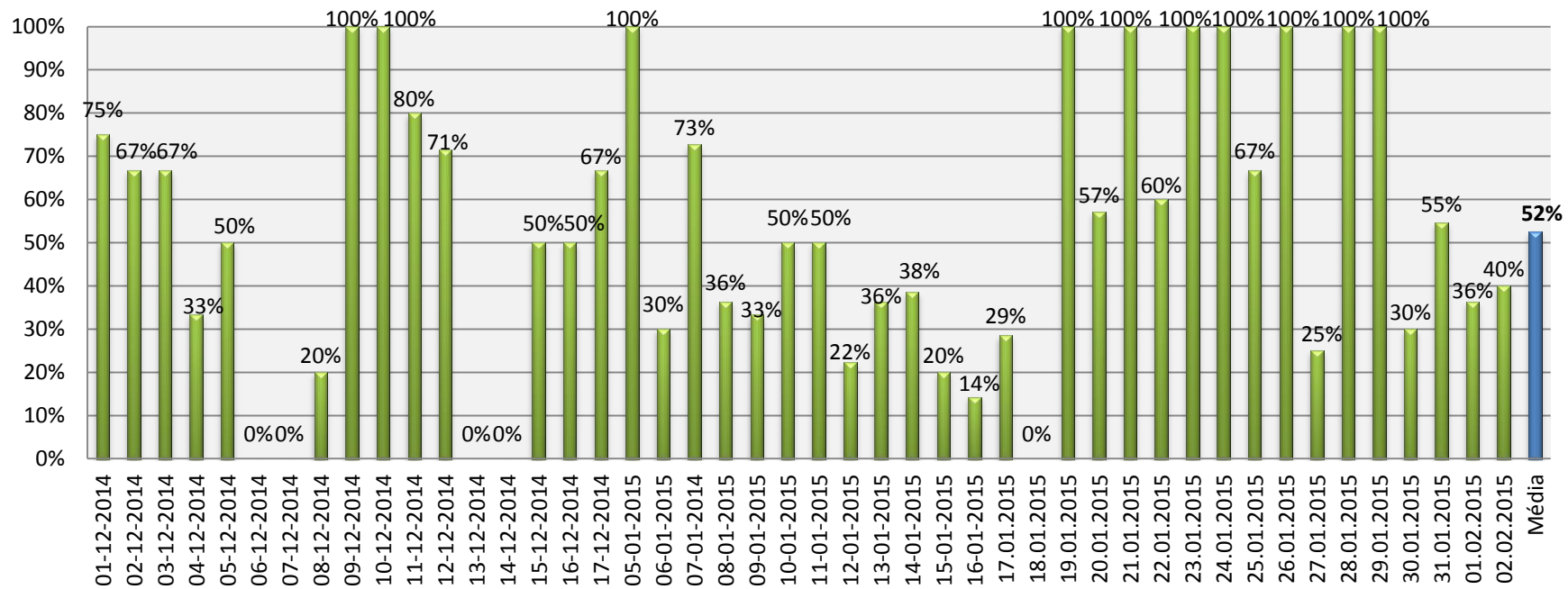
**Gráfico 3 – Dotação do serviço e percentagem de doentes algaliados ao longo do tempo**



**Gráfico 4** – Percentagem de idosos algaliados e adultos não idosos algaliados ao longo do tempo



**Gráfico 5** – Distribuição dos idosos algiados por sexo ao longo do tempo



**Gráfico 6** – Adesão ao preenchimento das *checklist's* pelos enfermeiros ao longo do tempo

**Apêndice XIV – Norma do serviço de cirurgia geral para prevenção da CAUTI**

<i>Serviço cirurgia</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO CIR-GER – 3005</b>	
-------------------------	---	--

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter
<b>FINALIDADE:</b>	Estabelecer diretrizes para prevenir e controlar a Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Cateter Urinário; Cuidados de Enfermagem; Infecção Urinária; Prevenção e Controlo

Autor (es)	Liliana Torres; Maria Graça Oliveira	Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	5	Data de Revisão	2014.12.12



## Lista de Siglas

---

CAUTI - Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter  
CCI – Comissão de Controlo de Infecção  
CDC – Centers for Disease Control and Prevention  
Ch – Unidades Cherrière  
HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee  
HPS - Health Protection Scotland  
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde  
IHI - Institute for Healthcare Improvement  
IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção  
ITU – Infecção do Trato Urinário  
SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica  
WHO - World Health Organization

## Definições/Conceitos

---

**Infecção Urinária Nosocomial** – Corresponde à aquisição de bacteriúria significativa no decurso do internamento, sendo definida usando os critérios para Infecção do Trato Urinário (ITU) sintomática ou assintomática. Pode envolver qualquer parte do sistema urinário, incluindo a uretra, a bexiga, os ureteres e os rins. (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2014)

**Infecção do Trato Urinário Associada à Algaliação** – Corresponde à ITU associada à presença de um cateter urinário, que esteve no local por um período superior a 2 dias na data da infecção (com o dia da colocação do cateter sendo considerado o dia 1) e um cateter urinário que esteve no local na data da infecção ou no dia anterior. Se um cateter urinário esteve no local por um período superior a 2 dias e foi depois removido, para que possa ser considerada ITU associada ao cateter, a data da infecção deve corresponder ao dia da desalgaliação ou ao dia seguinte. (CDC, 2014)

**Bundle** - É uma forma estruturada de melhorar os processos de cuidados e os resultados dos doentes. Corresponde a um pequeno conjunto de práticas baseadas em evidência (geralmente 3 a 5), que quando realizadas coletivamente e de forma confiável, têm comprovadamente melhores resultados para os doentes (Resar *et al*, 2005).

## Contextualização

---

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

Não sendo um problema novo, as IACS assumem cada vez mais importância, constando da lista de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) *Patient Safety*, por serem um dos efeitos adversos da prestação de cuidados de saúde potencialmente evitáveis (World Health Organization - WHO, 2009). Existem estudos que revelam que pelo menos 20% poderiam ser evitadas (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Em Portugal, de acordo com os resultados do Inquérito de Prevalência de Infeção (IPI) realizado em 2012, a infeção do trato urinário é a segunda IACS mais frequente (21,1%), precedida apenas das infeções do aparelho respiratório (29,3%) (Ministério da Saúde, 2013).

A cateterização vesical de longa duração é responsável por aproximadamente 80% das infeções urinárias nosocomiais (Blodgett, 2009). Entre as complicações mais frequentes da ITU surge a pielonefrite, cistite, bacteriemia secundária, sépsis e prostatite (Pina *et al*, 2010).

Mori (2014) considera que a Infeção do Trato Urinário Associada ao Cateter (CAUTI) é a mais comum, correspondendo a cerca de 40% de todas as IACS. Contudo, refere que vários estudos demonstram que metade dos doentes algaliados não tem uma indicação válida para a mesma.

O risco de infeção está diretamente relacionado com o tempo de cateterização (Pratt & Pellowe, 2010; Nicolle, 2005). Estima-se que por cada dia de algaliação, o risco de infeção aumente entre 3-10%, chegando aos 100% ao fim de 30 dias de algaliação (Mori, 2014).

Com base nas definições do CDC, a algaliação é considerada:

\*Curta Duração (7-10 dias)

\*Média duração (< 28 dias)

\*Longa Duração ( $\geq$  28 dias)

As vias urinárias são a porta de entrada mas frequente de sepsis por Gram negativos, sendo que os principais microrganismos responsáveis pela ITU são: *Escherichia Coli*, *Proteus Mirabilis*, *Klebsiella spp*, *Staphylococcus Saprophyticus*, *Enterococcus spp* e *Pseudomonas Aeruginosa*.

A infecção urinária pode ocorrer durante o ato de cateterização, imediatamente após a inserção da algalia ou posteriormente, devido à flora que coloniza o sistema.

As bactérias entram na via urinária cateterizada pelas vias:

- Extraluminal – Pode ocorrer mais rapidamente, através da inoculação direta das bactérias na bexiga, na altura da inserção da algalia ou, mais tarde, ascendendo do períneo por ação capilar na mucosa contigua à parede externa da algalia.

- Intraluminal – Em que os micro-organismos ascendem do lúmen do cateter devido a falhas de manutenção do circuito fechado de drenagem de urina, despejo inadequado dos sacos coletores ou contaminação dos mesmos.

O Institute for Healthcare Improvement (IHI) desenvolveu o conceito de *bundles* para ajudar os profissionais de saúde a prestar o melhor cuidado possível a doentes submetidos a intervenções com riscos inerentes, como é o caso da algaliação.

A *bundle* é composta por medidas com evidência nível 1, pelo que não deve existir controvérsia ou discussão acerca das medidas incluídas na mesma. Prevê-se que o Programa Nacional de Controlo de Infecção venha a propor esta metodologia como estratégia eficaz na redução da CAUTI.

A Health Protection Scotland (HPS) desenvolveu em 2013 uma *bundle* para a prevenção da CAUTI, a qual foi adotada pela Comissão de Controlo de Infecção (CCI) deste hospital na norma de procedimento geral: Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes com algaliação de curta e média duração. Esta *bundle* foi revista pelo HPS em Janeiro 2014, pelo que adotamos aqui a versão mais atualizada.

***Estima-se que, aplicando medidas de controlo de infeção adequadas, se possam evitar até 69% das infeções urinárias, o que representa cerca de 380.000 infeções e 9.000 óbitos por ano. (Gould, Umscheid, Agarwal, Kuntz & Pegues, 2009)***

## Exemplos de situações clínicas que justificam a algaliação (HICPAP, 2009)

---

- Resolver obstrução do trato urinário ou situações de retenção urinária;
- Necessidade de uma monitorização rigorosa dos débitos urinários;
- Incontinência urinária na presença de úlceras/feridas na região sagrada ou perineal;
- Proporcionar conforto aos doentes em fase terminal;
- Durante e após cirurgias complexas, que justifiquem a algaliação;
- Necessidade de lavagem vesical contínua ou intermitente;
- Utentes que necessitem uma imobilização prolongada (ex. traumatismos da coluna lombar)

## Prevenção da CAUTI

---

O HICPAC (2009) pressupõe cinco níveis de intervenção para a prevenção da CAUTI:

1. Avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação do risco individual da pessoa);
2. Seleção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação);
3. Inserção assética da algália;
4. Manutenção da algaliação;
5. Remoção da algália.

## Categorização das Recomendações

---

As recomendações foram classificadas quanto à evidência tendo por base o sistema de categorização do CDC:

- **Categoria IA** – Medidas de adoção fortemente recomendadas e apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.
- **Categoria IB** – Medidas de adoção fortemente recomendadas e apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.
- **Categoria IC** – Medidas preconizadas pelas recomendações de Associações ou Federações.
- **Categoria II** – Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou em fundamentação teórica.
- **Questão não resolvida** – Medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto à sua eficácia.

## Princípios Gerais

---

- O uso de algália deve ser limitado às necessidades clínicas, diariamente reavaliadas – **Categoria IB**
- Avaliação de métodos alternativos à algaliação, de acordo com a situação clínica do doente, nomeadamente: fralda, dispositivo do tipo penrose, cateterização suprapúbica, drenagem vesical intermitente – **Categoria II**
- As indicações da algaliação devem incluir, entre outras: obstrução urinária, disfunção neurogénica, cirurgia urológica e estruturas contíguas, medição rigorosa da eliminação urinária nos doentes críticos - **Categoria II**
- Desinfeção higiénica das mãos imediatamente antes da algaliação ou qualquer manipulação da algália ou sistema de drenagem. Desinfeção feita, preferencialmente, com recurso a soluções antissépticas de base alcoólica – **Categoria IA**

○ O sistema de drenagem deve funcionar em circuito fechado. Este só deve ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos – **Categoria IA**

○ O sistema de drenagem deve ter preferencialmente um local referenciado que permite a colheita asséptica de urina - **Categoria IC**

○ Se ocorrer quebra de técnica asséptica, ou desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deve ser substituído, usando técnica asséptica após desinfetar a junção algália-saco com álcool – **Categoria II**

○ As lavagens/irrigações/installações da bexiga não previnem a infeção associada à algaliação, pelo que devem ser efetuadas apenas por razões clínicas específicas e não por rotina – **Categoria IB**

○ A substituição da algália deve ser fundamentada nas necessidades clínicas de cada pessoa, tendo em conta as recomendações do fabricante. Não deve ser feita por períodos fixos ou arbitrários ou estabelecidos por rotina do serviço – **Categoria IB**

○ Todos os procedimentos envolvendo a algália e o sistema de drenagem devem ser registados nas notas de enfermagem. No mínimo devem incluir: o nome do profissional; a data de inserção; o tipo e calibre da algália; o volume da água do balão – **Categoria II**

○ A separação espacial dos doentes algaliados infetados e os não infetados pode minimizar o risco de ITU cruzada, pelo que deve evitar-se que estes doentes sejam colocados em camas adjacentes. É particularmente importante durante surtos de infeção documentados, nomeadamente por microorganismos multirresistentes – **Categoria IC**

## Inserção da algália

---

○ O calibre da algália refere-se ao seu diâmetro interno, que é expresso em unidades Charrière (Ch) – 1Ch = 0,33mm. Deve escolher-se o diâmetro mais pequeno desde que assegure a drenagem eficaz. O calibre recomendado é de 12 a 14 Ch na mulher e 14 a 16 Ch no homem – **Categoria II**

○ A algália deve ser selecionada atendendo à duração prevista da algaliação e à avaliação clínica da pessoa. Na escolha do tipo de algália, é necessário inquirir a pessoa e/ou pessoas significativas, acerca de possível alergia ao látex – **Categoria II**

○ Se é previsível uma irrigação contínua ou regular deve ser selecionada uma algália de três vias – **Categoria II**

Tipo de Algália		Informações Importantes
<b>Curta Duração</b> (≤ 10 dias)	Látex	*Torna-se irritante quando o seu uso é prolongado;  *Nas situações em que haja coágulos, não é recomendável a sua utilização;  *É de difícil introdução nos casos de obstrução.
<b>Média Duração</b> (4 a 6 semanas)	Teflon  PVC	*Não é adequado para pessoas alérgicas ao látex, apesar de menos irritante;  *Mais fácil de colocar;  *Menos probabilidade de obstruir;  *Pode degradar-se se prolongar o seu uso para além do estipulado;
<b>Longa Duração</b> (6 semanas a 6 meses)	Silicone  Revestimento silicone	*É o material menos irritante;  * A sua consistência pode dificultar a sua introdução.

Tabela 1- Tipos de Algália e sua duração (Almeida *et al*, 2013)

○ É extremamente importante a manutenção da técnica asséptica durante todo o procedimento de colocação da algália, de forma a minimizar o risco de infeção:

\*Uso de barreiras de proteção – **Categoria IB**

\*A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril – **Categoria IB**

○ Deve adotar-se um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril, sem receio de contaminação. Se a algália se contaminar durante a inserção, deve ser substituída – **Categoria IB.**

○ O profissional que vai inserir a algália deve proceder à desinfecção higiénica das mãos antes de calçar as luvas estéreis, a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção – **Categoria IA**

- A área genital deve ser lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas de procedimento (limpas) – **Categoria II**
- O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Não há vantagem em usar soluções antissépticas para limpeza do meato uretral, previamente à inserção da algália, como forma de prevenir a infecção urinária na pessoa algaliada – **Categoria IA**.
- **Questão não Resolvida:** não há evidência de que a água ou o soro fisiológico a utilizar na limpeza do meato urinário devam ser estéreis.
- Usar lubrificante apropriado, gel anestésico estéril de uso único, para reduzir o trauma uretral –**Categoria II**
- O balão deve ser dilatado com a quantidade correta de água estéril (volume necessário – 5 a 10ml no adulto) – **Categoria II**
- Fixação da algália, com vista a prevenir os movimentos da mesma e pontos de fricção na uretra, assegurando uma boa drenagem – **Categoria IC:**
  - \*Homem – parte superior da perna;
  - \*Mulher – face interna da coxa.
- Se for usada a algaliação intermitente, execute-a em intervalos regulares para impedir a super-distenção da bexiga – **Categoria IB**
- Considere usar um dispositivo portátil de ultrassom para avaliar o volume da urina nos doentes que se submetem a algaliação intermitente com essa finalidade – **Categoria II**

## Manutenção da algaliação

---

- Descontaminar as mãos e usar um novo par de luvas limpas antes da manipulação da algália e lavar as mãos após a remoção das luvas – **Categoria IA**
- A higiene do meato deve ser efetuada com soro fisiológico a intervalos apropriados de modo a mantê-lo livre de incrustações e contaminações. Não é necessário usar antissépticos na higiene diária do meato urinário como forma de prevenir a CAUTI – **Categoria IB**

- Depois da inserção assética do cateter vesical, deve ser mantido um sistema de drenagem fechado – **Categoria IB**

- Devem ser cumpridos alguns requisitos do saco de drenagem – **Categoria IC:**

- \*De encerramento seguro e fácil de posicionar;

- \*Com válvula antirrefluxo;

- \*Com torneira de despejo de modo a assegurar a manutenção do circuito fechado de encerramento seguro;

- \*Com tubagem resistente;

- \*Com sistema de medição fiável da urina.

- O saco deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga e estar colocado em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo –

### **Categoria II**

- A posição e integridade do sistema devem ser mantidas, de modo a ser compatível com o conforto e mobilidade do doente – **Categoria IC**

- No despejo do saco de drenagem atender – **Categoria II:**

- \*Evitar o contacto da torneira com qualquer superfície;

- \*Higienizar as mãos antes e após cada despejo;

- \*Ao uso de um saco coletor limpo e individualizado para cada despejo;

- O saco de drenagem não deve ser substituído por rotina, mas sim – **Categoria II:**

- \*Na altura da substituição da algália;

- \*Quando estiver danificado ou com fugas;

- \*Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos;

- \*Se houver saída accidental do saco e/ou sistema.

- O saco de drenagem deve ser despejado e a torneira fechada antes de a pessoa entrar no banho. As pessoas algaliadas devem tomar banho acompanhadas, porque o saco de drenagem pode ficar obstruído ou preso, levando à deslocação/remoção da algália. Se ocorrer uma destas situações, deve substituir-se todo o sistema após o banho. Se não for necessário remover a algália, substituir apenas o saco, cumprindo os princípios recomendados para esta prática – **Categoria IC**

○ Manter sempre o sistema de drenagem fechado e assegurar a sua manipulação com técnica asséptica. Se ocorrer alguma falha durante a técnica asséptica de algaliação (desconexão tubagem, contaminação) substitua o cateter e todo o sistema drenagem – **Categoria IB**

○ Em algaliações de curta duração deve manter-se o mesmo saco coletor, se não houver obstrução. Se for necessário proceder à substituição do saco, a junção algália-tubo deve ser desinfetada com álcool antes da desconexão.

## Remoção da algália

---

○ A remoção da algália deve ser feita o mais cedo possível – **Categoria IA**

○ O procedimento de remoção da algália deve seguir as seguintes fases – **Categoria IC:**

\*Higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e calçar luvas limpas;

\*Desinsuflar o balão;

\*Limpar o meato urinário e a região periuretral com soro fisiológico;

\*Retirar a algália suavemente;

\*Limpar novamente o meato e a região periuretral;

\*Vigiar a eliminação vesical espontânea.

○ Registrar em notas de enfermagem, a data e o motivo da remoção da algália bem como, a eliminação pós desalgaliação – **Categoria IC**

*Foi elaborado um algoritmo para remoção da algália, que consta do apêndice I.*

## Material e procedimento da algaliação (Veiga *et al*, 2011)

---

### **Material:**

- \* Kit de algaliação descartável ;
- \* Algália de tipo e calibre adequado à situação do doente;
- \* 1 par de luvas não esterilizadas;
- \* Soro fisiológico para limpeza perineal;
- \* Saco coletor esterilizado com torneira;
- \* Adesivo hipo alérgico;
- \* Campo esterilizado com orifício;
- \* Resguardo absorvente impermeável.

### **Procedimento:**

- \* Informar a pessoa sobre o procedimento que se vai realizar e como pode colaborar;
- \* Preparar e transportar o material para junto da pessoa;
- \* Manter a privacidade da pessoa;
- \* Preparar fisicamente a pessoa, expondo unicamente a região genital e colocando o resguardo sob a mesma:
  - Homem: decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução
  - Mulher: decúbito dorsal com os membros inferiores fletidos e em abdução
- \* Higienizar as mãos;
- \* Calçar as luvas não esterilizadas e fazer uma limpeza dos órgãos genitais;
- \* Descalçar as luvas e higienizar as mãos;
- \* Abrir o *kit* com técnica assética;
- \* Retirar o invólucro externo da algália colocando-o dentro do kit e abrir de seguida o saco coletor de urina. Colocar o soro fisiológico na taça;
- \* Calçar luvas esterilizadas e proceder a nova limpeza utilizando a pinça:

- No homem: Com a mão não dominante posicionar o pênis perpendicularmente à zona pélvica, retraíndo o prepúcio. Com a mão dominante limpar o meato utilizando uma compressa de cada vez, com movimentos circulares em sentido descendente, do meato para a glândula.

- Na mulher: Inicia-se a limpeza pelos grandes lábios, utilizando uma compressa para cada um, num movimento descendente e único, do lado mais afastado para o mais próximo. Seguidamente a mão não dominante afasta os grandes lábios e a outra mão executa a limpeza dos pequenos lábios, respeitando os passos anteriormente descritos. Por último procede-se à limpeza do meato num movimento único.

- \* Colocar campo esterilizado com orifício;

- \* Adaptar saco coletor de urina à algália e lubrificar a sua extremidade;

- \* Introduzir a algália de forma suave e com movimentos rotativos até ao aparecimento de urina no tubo do saco coletor. No homem colocar com a mão não dominante o pênis num ângulo de 90° com a zona pélvica e na mulher com a mão não dominante manter os grandes lábios afastados enquanto se faz a introdução da algália com a mão dominante;

- \* Introduzir água destilada em quantidade adequada à capacidade do balão (cuff) e exteriorizar ligeiramente a algália até se sentir resistência;

- \* Retirar as luvas e higienizar as mãos;

- \* Fixar a algália, alternando a sua posição diariamente;

- \* Diariamente realizar os cuidados de higiene perineal com água e sabão e mudar a posição da algália;

- \* Avaliar e registar as características e o volume da urina diariamente;

- \* Informar o doente/familiar sobre os cuidados na manutenção da algália, despiste de sinais de infeção urinária (piúria, alterações de coloração, hematuria, dor, ardor, exsudado purulento ao nível do meato urinário) e a data de mudança da algália – **Categoria II**

- \* Incentivar o doente à ingestão de líquidos a fim de promover uma boa diurese, se não existir contra-indicação clínica.

## *Bundle* para a prevenção da ITU na inserção e manutenção do cateter urinário (HPS, 2014):

---

### **Critérios para a INSERÇÃO do cateter urinário:**

1. Foram consideradas alternativas à algaliação e a razão clínica para a mesma está claramente documentada.
2. Foi utilizada técnica asséptica na inserção do cateter urinário.
3. O cateter urinário tem o menor calibre e uma vez inserido, o balão foi preenchido com o nível recomendado, ou seja, 10ml (exceto se clinicamente recomendado).
4. O meato urinário foi limpo com soro fisiológico esterilizado e foi utilizado lubrificante de uso único esterilizado antes da inserção do cateter urinário.
5. A técnica asséptica foi aplicada e mantida ao conectar o cateter urinário ao sistema de drenagem fechado estéril.

### **Critérios para a MANUTENÇÃO do cateter urinário:**

1. Tem havido revisão diária da necessidade do cateter urinário e a razão clínica para a sua presença está claramente documentada. O cateter urinário foi removido, se possível.
2. A conexão entre o cateter urinário e o sistema de drenagem não foi quebrada, exceto para atender aos requisitos clínicos (por exemplo, trocar o saco de acordo com as recomendações do fabricante).
3. Foi executada a higiene diária do meato urinário.
4. O saco de drenagem foi esvaziado quando clinicamente indicado. A torneira de despejo do saco de drenagem não está em contacto com qualquer superfície ambiental.
5. A higiene das mãos foi realizada imediatamente antes do acesso ou manipulação do cateter urinário.

## Colheita de urina para exame microbiológico:

---

Deve ser usada técnica asséptica e material estéril, cumprido os seguintes passos:

- Clampar algália durante alguns minutos;
- Preparar o material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas esterilizadas;
- Desinfetar com álcool a área a puncionar;
- Aspirar com seringa 5 a 10ml de urina, puncionando na parte oposta do canal do balão com um ângulo de 45° e colocar em frasco esterilizado devidamente rotulado, evitando tocar no frasco;
- Retirar a pinça de clampagem e limpar o local de punção após a colheita;
- Enviar a amostra de urina para o laboratório o mais rápido possível (no prazo máximo de 1 hora). Se isto não for possível, a amostra deve ser refrigerada para evitar a proliferação de bactérias;
- Não puncionar o tubo de plástico ou saco coletor;
- Não desconectar a algália para recolher a urina.

## Registos no SAPE:

---

No SAPE programar a atitude terapêutica ALGALIAÇÃO e na coluna das observações colocar o motivo da algaliação, o tipo e calibre da algália, com a data de troca e o volume da água no balão (se este for conhecido). Planear as intervenções associadas:

- ❖ *Vigiar a eliminação urinária* – sem horário (uma vez por turno);
- ❖ *Trocar cateter urinário* – programar a troca para o turno da manhã (látex - 10/10 dias; PTFE/Teflon - 28/28 dias; Silicone – 30/30 dias);
- ❖ *Monitorizar a eliminação urinária* – hora fixa (7h/15h/21:30h);
- ❖ *Inserir cateter urinário* – agora;

- ❖ *Optimizar cateter urinário* – sem horário (uma vez por turno);
- ❖ *Remover cateter urinário* – intervenção de enfermagem ainda a introduzir na parametrização SAPE, mas deverá ficar programada: turno fixo, Manhã.

## Preparação do doente algaliado para a alta:

- **Cuidados domiciliários** – Fornecer ao doente/familiar informação escrita com linguagem apropriada sobre os cuidados na manutenção do circuito fechado e despiste precoce de sinais de infeção urinária e a mudança da algália (data e local) – **Categoria II**
- Deve constar da carta de alta para o centro de saúde informação que permita a manutenção do sistema de drenagem e a continuidade de cuidados, devendo no mínimo incluir:
  - Data de inserção do cateter vesical;
  - Tipo e calibre da algália;
  - Volume de água no balão;
  - Sinais/suspeita de infeção;
  - Antibioterapia dirigida ou empírica que o doente eventualmente esteja a fazer;
  - Isolamento de estirpes multirresistentes e enviar cópia dos resultados de bacteriologia – **Categoria II**

## Bibliografia:

---

- Addison, R., Foxley, S., Mould, C., Naish, W., Oliver, H., Sullivan, J...& Vaughan, A. (2012). *Catheter Care – RCN guidance for nurses*. Londres: Royal College of Nursing. Acedido em 12.10.14. Disponível em [http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf\\_file/0018/157410/003237.pdf](http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0018/157410/003237.pdf)
- Almeida, C., Coelho, M. & Paramés, P. (2013). *Norma de procedimento geral*. 26.12.2013. Prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) – Doentes com Algaliação de Curta e Média Duração. Acessível no Hospital Garcia de Orta, EPE, na intranet, Portugal.
- Blodgett, T. (2009). Reminder Systems to Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.
- Canterbury Continence Forum (2013). *Catheter Care Guidelines*. Canterbury: Clinical Nurse Specialist. Acedido em 10.10.14. Disponível em: <https://www.cdhb.health.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/CDHB-Policies/Nursing-Policies-Procedures/Documents/Catheter-Care-Guidelines.pdf>
- CDC (2014). Device-associated Module CAUTI. Acedido em 2014/05/07. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/7pscCAUTIcurrent.pdf>.
- Dingwall, L. (2008). Promoting social continence using incontinence management products. *British Journal of Nursing*, 17 (9), 12-19.
- Gould, C.V., Umscheid, G.A., Agarwal, R. K., Kuntz, G. & Pegues, D. A. (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Acedido em 24.4.2014. Disponível em [http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001\\_cauti.html](http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html)
- Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Mori, C. (2014). A-Voiding Catastrophe: Implementing a Nurse-Driven Protocol. *Medsurg Nursing*, 23 (1), 15-28.

- Nicolle, L.E. (2005). Catheter-Related Urinary Tract Infection. *Drugs Aging*, 22 (8), 627-639.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.
- Pratt, R. & Pellowe, C. (2010). Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing Older People*, 22 (8), 25-29.
- Resar, R., Pronovost, P., Haraden, C., Simmonds, T., Rainey, T. & Nolan, T. (2005). Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31 (5), 243-248.
- Slater, R. (2011). Preventing infection with long-term indwelling urinary catheters. *British Journal of Community Nursing*, 16 (4), 168-172.
- Veiga, B.S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I.S., Martins, M.M...& Silva, P.C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos técnicos* (2ª ed.). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. Suíça:WHO Library.
- <http://www.hps.scot.nhs.uk/haic/bundles.aspx>
- <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatsaBundle.aspx>

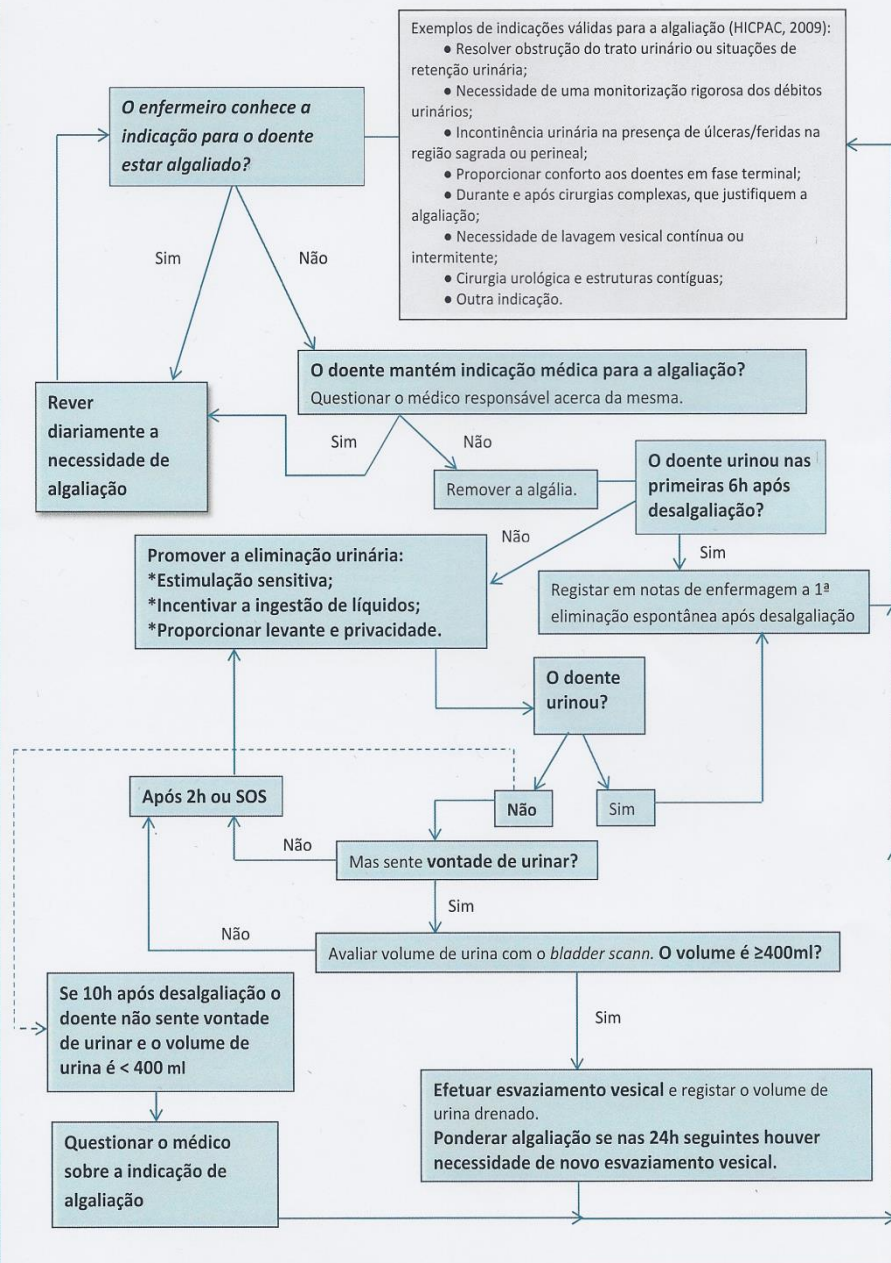
## **Apêndice XV – Algoritmo para remoção da algália**



**Apêndice XVI** – Poster com algoritmo para remoção da algália

## Serviço de Cirurgia Geral

### Algoritmo para remoção da algália



Elaborado por Enf.ª Liliانا Torres  
 Sob Orientação da Enf.ª Chefe Maria Graça Oliveira  
 No âmbito do 5º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa (ESEL), 2015

**Apêndice XVII** – Resultados das auditorias aos registos e às práticas da  
equipa de enfermagem (2ª Fase)

***Resultados da auditoria efetuada aos registos e às práticas da  
equipa de enfermagem para a prevenção da CAUTI na pessoa  
idosa  
- 2ª FASE -***

Foram efetuadas auditorias aos registos e às práticas de enfermagem para a prevenção da CAUTI, num período de 2 semanas (de 19 de janeiro a 1 de fevereiro de 2015), que corresponderam a 6 dias de auditoria.

Neste período, encontraram-se 29 doentes algaliados internados no serviço de cirurgia geral, 22 dos quais eram idosos e apenas estes foram alvo do estudo. A **média de idades** dos doentes idosos foi de **78,8 anos**, apresentando **a moda de 90**. A amostra dividiu-se entre **45,5% homens** e **54,5% mulheres**.

Durante esta segunda fase de auditorias, o serviço apresentou uma **taxa de ocupação de aproximadamente 88%**.

Foi utilizada a mesma grelha que na primeira fase de auditorias, seguindo os mesmos critérios, já enunciados nos resultados da primeira fase de auditorias.

Durante este período de auditorias, o serviço de cirurgia geral apresentou o seguinte panorama:

	1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia	5º Dia	6º Dia
<b>Taxa de Ocupação</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>94%</b>	<b>93%</b>	<b>74%</b>	<b>70%</b>
<b>Nº de doentes internados</b>	54	52	51	50	40	38
<b>Nº de doentes algaliados</b>	9	8	9	9	11	12
<b>Nº / percentagem de doentes idosos algaliados</b>	6 <b>11,1%</b>	6 <b>11,5%</b>	7 <b>13,7%</b>	7 <b>14%</b>	8 <b>20%</b>	8 <b>21%</b>

**Quadro 1** – Taxa de Ocupação e Percentagem de doentes idosos algaliados na Cirurgia Geral, nos vários dias de auditoria.

O quadro 1 traduz um panorama em que, perante uma taxa de ocupação de aproximadamente 88% **durante a 2ª fase de auditorias**, cerca de **20% dos doentes internados estavam algaliados** e destes, aproximadamente **72% eram idosos**.

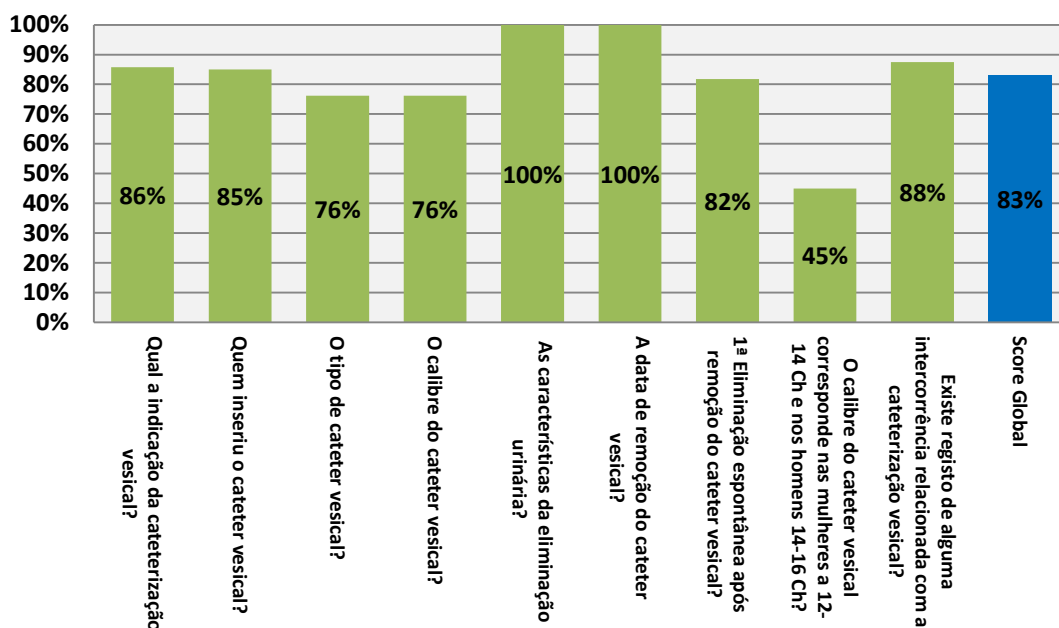
Os **doentes** auditados **permaneceram, em média, 6,3 dias algaliados**, apresentando uma **moda de 1**. Oito dos doentes estiveram mais de 7 dias algaliados, 1 dos quais esteve quase 40 dias algaliado, influenciando a média de dias de algaliação. Contudo, ao contrário da auditoria efetuada em Novembro, **os enfermeiros tinham bem presente a indicação destas algaliações de média e longa duração**.

De seguida, serão apresentados os resultados das auditorias efetuadas aos registos e às práticas de enfermagem, em percentagem de conformidade com os critérios recomendados internacionalmente. Como será possível constatar individualmente, **no geral**, estes **resultados foram ligeiramente superiores aos das primeiras auditorias** efetuadas em Novembro.

Inicialmente apresentam-se os resultados da auditoria aos registos de enfermagem, com respetiva análise e em seguida os resultados/análise da auditoria às práticas de enfermagem para a prevenção da CAUTI, em cada uma das suas vertentes (manutenção do cateter vesical, despejo dos sacos de drenagem e remoção do cateter vesical).

Durante os 6 dias de auditoria não houve oportunidade de auditar os cuidados na inserção da algália, razão pela qual não existe qualquer gráfico ou análise relacionados com os mesmos.

Por fim, será apresentado o resultado global de todos os critérios da prática.



**Gráfico 1-** Resultado da auditoria aos registos de enfermagem

Os resultados das auditorias efetuadas demonstram **83% de conformidade nos registos de enfermagem** (na primeira auditoria obtiveram-se 81%), sendo que a maior lacuna se encontra no facto do **calibre do cateter vesical não corresponder ao indicado em 45% dos casos**, sobretudo entre as mulheres, que são frequentemente algaliadas com o calibre nº16. Verificou-se também que alguns homens (4) foram algaliados com o calibre nº18. Apesar de este critério surgir na auditoria aos registos, é de salientar que ele é validado na prática, através da observação do calibre.

Contudo, tal como foi mencionado na primeira fase de auditorias, a maioria dos doentes são algaliados noutros serviços, pelo que a responsabilidade do calibre ser superior ao indicado não pode ser apenas atribuída aos enfermeiros do serviço de cirurgia geral. Ainda assim, 5 das algaliações ocorreram no próprio serviço, verificando-se em dois dos casos que os doentes foram algaliados com um calibre superior ao indicado (duas mulheres foram algaliadas com uma algália nº16).

De realçar que o **registo do tipo e calibre do cateter vesical** pode ser melhorado, com um resultado de **76% de conformidade**, ligeiramente acima do verificado na primeira fase de auditorias (74%).

Saliento ainda, que deverá constar no processo do doente a indicação da algaliação, bem como quem inseriu a algália, surgindo aqui também uma oportunidade de

melhoria, com respetivamente 86 e 85% de conformidade. Nas situações em que não foi o enfermeiro do serviço a algaliar o doente, esta informação deve constar nos registos SAPE, na coluna das observações da atitude terapêutica algaliação (Por exemplo: doente veio algaliado de casa ou do serviço X).

Em 88% dos casos, as intercorrências relacionadas com a cateterização vesical estavam registadas, porém, existiram 12% de situações em que se verificaram intercorrências não registadas, surgindo aqui uma oportunidade de melhoria, já verificada na auditoria anterior (em que se obtiveram 86% de conformidades).

Em relação à primeira fase de auditorias, é de salientar a evolução que houve no registo da 1ª eliminação espontânea após remoção do cateter vesical, que passou dos 45% de conformidade para os 82%. Ainda assim, é um aspeto a melhorar.

Apesar das auditorias aos registos não abrangerem a programação da troca do cateter vesical, a mesma foi avaliada, verificando-se alguns erros na programação do cateter, nomeadamente uma situação em que não se programou a troca da algália, a programação de algálias de PTFE (novas no serviço) para 10 dias e a programação da troca de algálias de silicone também para 10 dias.

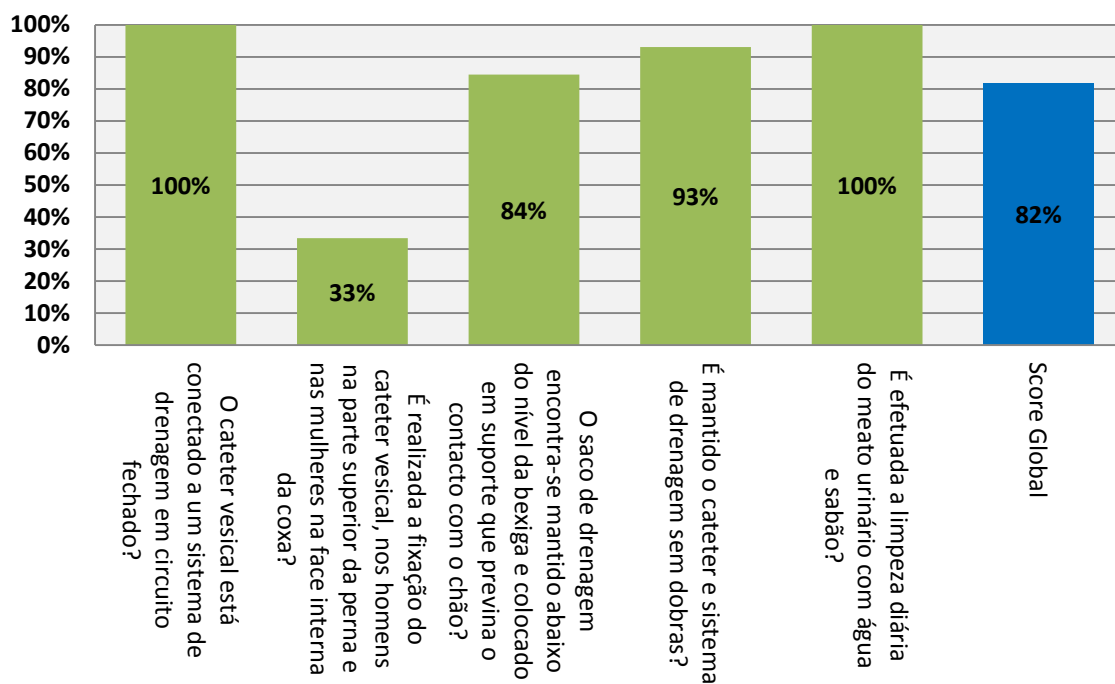
Valida-se assim a seguinte informação, de acordo com as recomendações do fabricante das algálias disponíveis atualmente no serviço:

\* *Folley* látex – programar troca para 10/10 dias

\* *Folley* PTFE/Teflon – programar troca para 28/28 dias

\* *Folley* silicone – programar troca para 30/30 dias

Esta informação consta da norma de serviço acerca da prevenção da CAUTI, que foi revista e está disponível no computador, na pasta do manual da qualidade do serviço, bem como no dossiê do projeto.



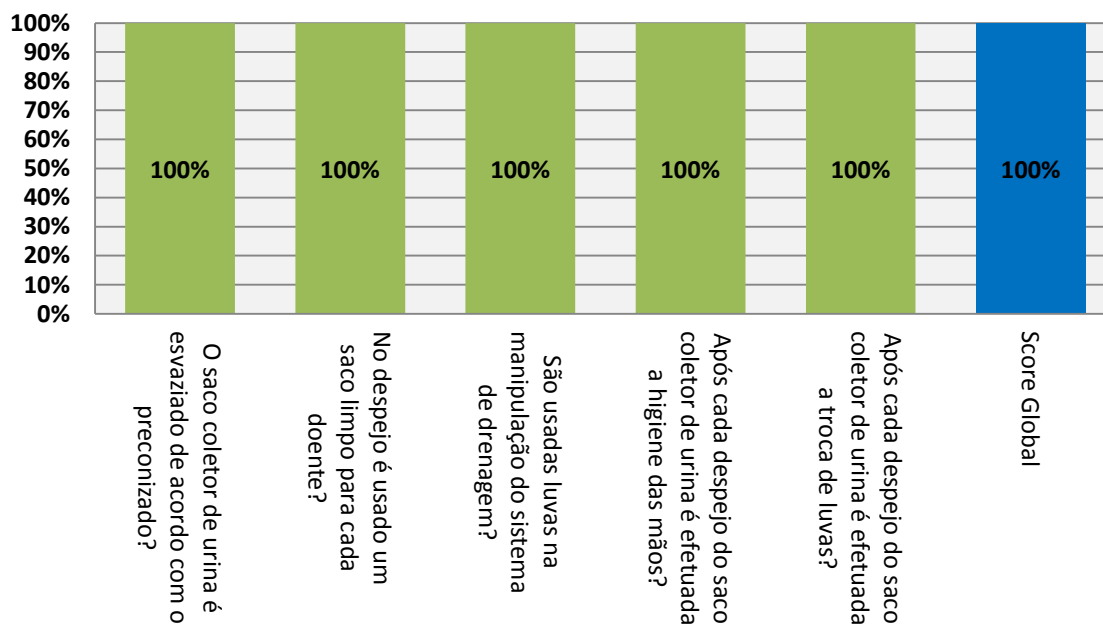
**Gráfico 2** - Resultado da auditoria à prática na manutenção do cateter vesical

A manutenção do cateter vesical obteve um **resultado global de 82% de conformidades**, ligeiramente superior ao alcançado na primeira auditoria (76%). Contudo, continua a sobressair a **fixação do cateter vesical** como um dos aspetos a melhorar, apesar de se ter constatado uma evolução de 22% para **33% de adesão** a esta prática. A fixação do cateter é recomendada pelas guidelines do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), uma medida de Categoria IC (medidas preconizadas pelas recomendações de associações ou federações), com vista a prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra, justificando-se a sua adoção.

Por outro lado, os cuidados com o saco de drenagem vesical, nomeadamente o evitar o seu contacto com o chão, podem ainda ser melhorados. Os resultados alcançados foram de 84%, que apesar de muito positivos e superiores aos da primeira fase de auditorias (66%), sugerem, de acordo com minha observação, uma maior atenção aos doentes internados na unidade de cuidados de intermédios.

Esta observação vai ao encontro da primeira fase de auditorias, em que quando os doentes estão deitados nas camas de unidade, o saco por vezes arrasta no chão, o que facilmente pode ser corrigido, se o suporte do saco de drenagem for colocado mais acima nas camas e/ou se estas por sua vez também estiverem mais elevadas. Por outro

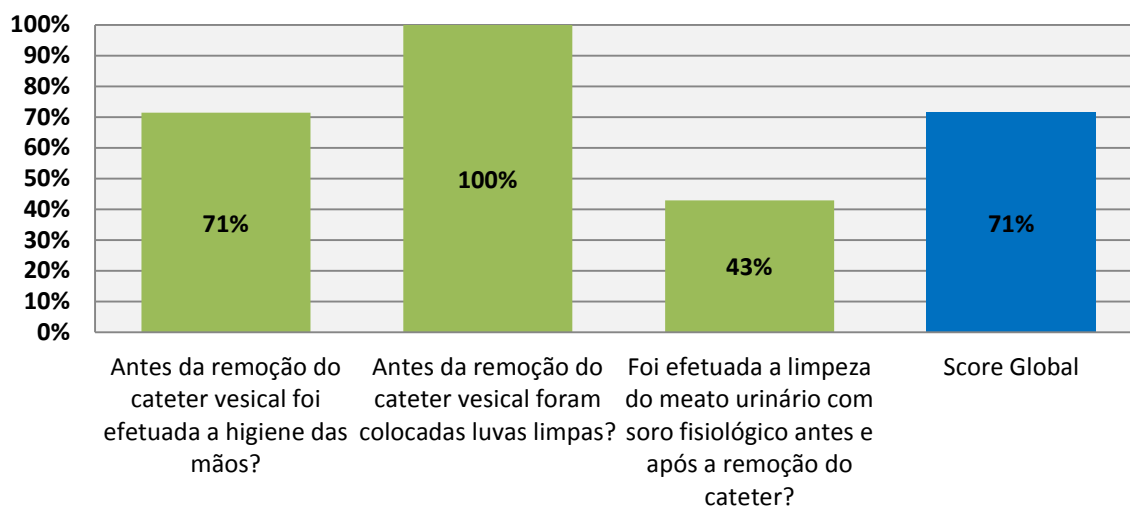
lado, a mesma situação acontece com estes doentes quando estão sentados no cadeirão, em que o saco de drenagem arrasta no chão. Assim, proponho que se coloque o urimeter fixo com as suas presilhas na parte inferior do braço da unidade, em vez de o colocar num suporte de saco coletor, como algumas vezes foi observado.



**Gráfico 3** – Resultado da auditoria à prática no despejo dos sacos de drenagem

Os resultados desta segunda fase de auditorias não poderiam ser melhores: com um **score global de 100%**, registou-se uma evolução, em relação à primeira fase de auditorias, na higiene das mãos após o despejo de cada saco coletor, que passou de 83% para 100%.

Estes resultados são animadores e estas boas práticas para manter. Contudo, existe a consciência de que, como em todas as auditorias, o facto de os profissionais saberem que estão a ser observados nestes momentos poderá influenciar a sua prática, e por sua vez, os resultados.

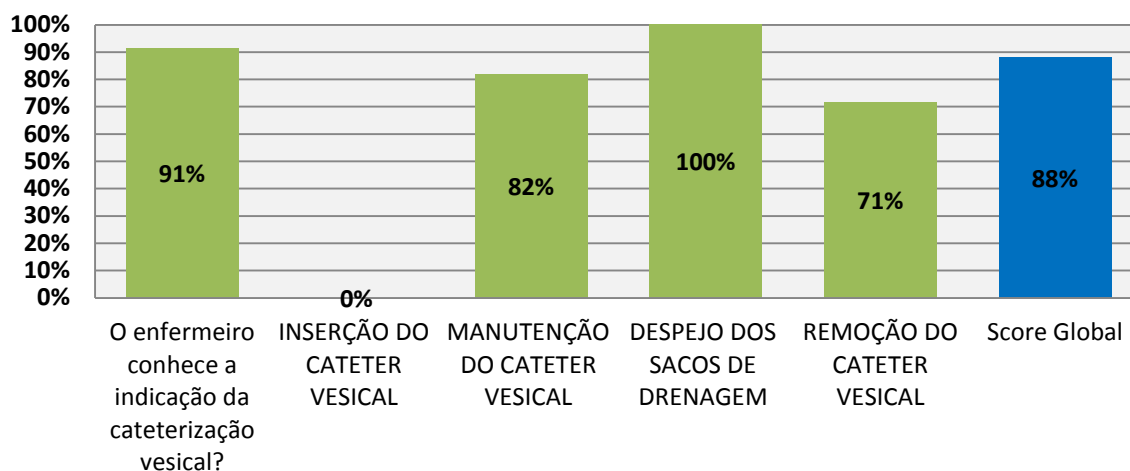


**Gráfico 4** – Resultado da auditoria à prática na remoção do cateter vesical

Os resultados da auditoria à remoção do cateter vesical ficaram aquém do desejado, com **71% de conformidades no global**, abaixo dos 81% conseguidos na primeira fase de auditorias. De registar, que apenas em 43% dos casos foi efetuada a limpeza do meato urinário com soro fisiológico antes e após a remoção do cateter vesical, sendo este um aspeto a melhorar desde a auditoria anterior, em que se obtiveram os mesmos 43% de adesão a esta prática.

Por outro lado, há que relembrar a importância da higiene das mãos e promover a sua prática antes da remoção do cateter vesical, cuja adesão baixou de 100% na primeira auditoria para os atuais 71%, surgindo aqui uma oportunidade de melhoria.

Da observação efetuada, é importante valorizar uma maior preocupação dos enfermeiros em questionar diariamente a necessidade da algaliação, sendo esta a intervenção que se espera do enfermeiro perante o doente algaliado: rever diariamente a necessidade de algaliação.



**Gráfico 5** – Resultado global de todos os critérios da prática

Da análise do gráfico 5 sobressaem os **88% de conformidade às boas práticas alcançados globalmente** (ligeiramente acima dos 82% da primeira fase de auditorias) e os 100% alcançados no despejo dos sacos de drenagem vesical.

De realçar ainda, o facto dos **enfermeiros em 91% dos casos conhecerem a indicação da cateterização vesical**, com uma melhoria em relação à primeira fase (81%), e que na observação da prática coincidiu com um maior questionamento pelo enfermeiro à equipa médica da necessidade de algaliação.

Apesar da maioria dos doentes algaliados se encontrar internado na unidade de cuidados intermédios, o que facilita o conhecimento da indicação da algaliação, existiram nesta segunda fase de auditorias mais doentes algaliados fora do contexto da unidade e que os enfermeiros conheciam a indicação da algaliação.

Tal como foi referido anteriormente, o facto de não ter sido observada nenhuma inserção de cateter vesical levou a que apareça 0% de conformidade nos procedimentos desta prática. Contudo, de acordo com algumas dúvidas colocadas pelos enfermeiros ao longo do estágio, reforço a mensagem de que não é necessária a desinfeção com betadine antes da inserção da algália, sendo indicada apenas a limpeza com soro fisiológico. Reforço também, a importância da higiene das mãos e da manutenção da técnica asséptica, pelo que para assegurar o seu cumprimento seja importante a utilização do campo esterilizado com orifício, em vez do campo das luvas, que na nossa prática diária sabemos ser frequentemente utilizado.

**Apêndice XVIII** – Resumo com os resultados das auditorias (2ª Fase) às práticas e registos da equipa de enfermagem

*Resultado da auditoria às práticas e registos de enfermagem,  
realizada em janeiro/fevereiro 2015, no âmbito do Projeto para  
Prevenção da CAUTI na Pessoa Idosa  
- Versão Resumo -*

*Resultados da auditoria aos registos de enfermagem*

**Score de conformidade Global de 83%**

<i><b>Crítérios</b></i>	<i><b>Score conformidade</b></i>	<i><b>Oportunidades de melhoria</b></i>	<i><b>Observações</b></i>
○ <i><b>Calibre Recomendado da algália</b></i>	<b>45%</b>	Algaliar as mulheres com cateteres vesicais de calibre 12-14Ch e os homens com 14-16Ch.	Critério a melhorar desde a 1ª auditoria. Os doentes são algaliados com cateteres de calibre superior ao recomendado, sobretudo as mulheres. Contudo, na maior parte dos casos, a algaliação foi da responsabilidade de outros serviços.
○ <i><b>Registo do tipo e calibre da algália</b></i>	<b>76%</b>	Na atitude terapêutica ALGALIAÇÃO, deve constar na coluna das observações, o motivo da algaliação, o tipo e calibre da algália, bem como a data da troca e o volume da água no balão, se este for conhecido.	Consultar a norma para a prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter, que foi revista e está disponível no computador (na pasta de enfermagem, manual de qualidade do serviço), bem como no <i>dossiê</i> do projeto.

## *Resultados da auditoria às práticas de enfermagem*

**Score de conformidade Global de 88%**

<i>Critérios</i>	<i>Score conformidade</i>	<i>Oportunidades de melhoria</i>	<i>Observações</i>
○ <i>Fixação da algália</i>	<b>33%</b>	Fixar a algália no homem na parte superior da perna e na mulher na face interna da coxa, com rotação do local de fixação.	Esta é recomendada pelas <i>guidelines</i> do CDC, uma medida de Categoria IC, com vista a prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra, justificando-se a sua adoção.  Houve, contudo, uma melhoria em relação à primeira fase, em que se obteve 22% de adesão.
○ <i>Limpeza do meato urinário com Soro Fisiológico antes e após a remoção da algália</i>	<b>43%</b>	Efetuar limpeza do meato urinário, antes e após a remoção da algália.	Recomendação com oportunidade de melhoria desde a auditoria anterior (em que se obtiveram os mesmos 43%).
○ <i>Higiene das mãos antes da remoção do cateter vesical</i>	<b>71%</b>	Efetuar a higiene das mãos antes de remover o cateter vesical, nomeadamente, imediatamente antes de calçar as luvas limpas.	A higiene das mãos é uma medida básica, mas fundamental, nunca esquecendo os 5 momentos preconizados pela OMS.
○ <i>O saco de drenagem encontra-se mantido abaixo do nível da bexiga e colocado em</i>	<b>84%</b>	Colocar o saco de drenagem vesical em suporte apropriado.  Elevar as camas de unidade de modo a que o urímetro não contacte	Verificou-se uma melhoria em relação à primeira fase (em que obteve 66% de adesão). Apesar de estar acima dos 80%, volta-se a reforçar que as medidas

<i>suporte que previna o contacto com o chão</i>		com o chão. Fixar o urimiter (com as suas presilhas) no suporte inferior do braço da unidade, quando o doente está sentado no cadeirão.	simples propostas podem melhorar os resultados obtidos.
--	--	--	---

Como podem constatar, tal como na primeira fase de auditorias, **no global** ambos os resultados se encontram num **índice de qualidade Muito Bom** (que implica um score médio  $\geq 75\%$ ) e por isso continuamos de parabéns!

Houve, no global, uma ligeira melhoria em relação à auditoria efetuada em novembro. Contudo, voltam-se a reforçar os aspetos mais pertinentes que criam oportunidades de melhoria na nossa prática diária, algumas das quais já identificadas na primeira auditoria.

Uma vez que a maior parte das decisões de algaliar não acontecem no nosso serviço, decidi incidir no não menos importante papel de **refletir diariamente a necessidade de algaliação e questionar a equipa médica quando esta não é conhecida**. Neste sentido, **foi elaborado um algoritmo para ajudar o enfermeiro na decisão de remoção da algália e os cuidados após a mesma**, que consta em anexo deste documento, e é parte integrante da norma de serviço acerca da prevenção da CAUTI, que foi revista e está disponível no computador, na pasta do manual da qualidade do serviço, bem como no *dossiê* do projeto.

Na referida norma de serviço consta também uma *bundle*, que para alguns de vós o conceito pode ser desconhecido, mas que corresponde a um pequeno conjunto de práticas baseadas em evidência, que quando realizadas coletivamente e de forma confiável, têm comprovadamente melhores resultados para os doentes.

Pela importância que têm estas medidas aplicadas coletivamente, considero pertinente divulgar também aqui a *bundle* adotada, construída e validada pela Health Protection Scotland (HPS), e que foi revista em 2014:

### **Critérios para a INSERÇÃO do cateter urinário:**

- 1 Foram consideradas alternativas à algaliação e a razão clínica para a mesma está claramente documentada.
- 2 Foi utilizada técnica asséptica na inserção do cateter urinário.
- 3 O cateter urinário tem o menor calibre e uma vez inserido, o balão foi preenchido com o nível recomendado, ou seja, 10ml (exceto se clinicamente recomendado).
- 4 O meato urinário foi limpo com soro fisiológico esterilizado e foi utilizado lubrificante de uso único esterilizado antes da inserção do cateter urinário.
- 5 A técnica asséptica foi aplicada e mantida ao conectar o cateter urinário ao sistema de drenagem fechado estéril.

### **Critérios para a MANUTENÇÃO do cateter urinário:**

- 1 Tem havido revisão diária da necessidade do cateter urinário e a razão clínica para a sua presença está claramente documentada. O cateter urinário foi removido, se possível.
- 2 A conexão entre o cateter urinário e o sistema de drenagem não foi quebrada, exceto para atender aos requisitos clínicos (por exemplo, trocar o saco de acordo com as recomendações do fabricante).
- 3 Foi executada a higiene diária do meato urinário.
- 4 O saco de drenagem foi esvaziado quando clinicamente indicado. A torneira de despejo do saco de drenagem não está em contacto com qualquer superfície ambiental.
- 5 A higiene das mãos foi realizada imediatamente antes do acesso ou manipulação do cateter urinário.

Esta *bundle*, que abrange os cuidados com a inserção e manutenção da algália, reforça que temos alguns aspetos importantes a melhorar na nossa prática diária.

A *checklist* criada e colocada nos processos dos doentes idosos algaliados, que muitos de vós preencheram, cujo intuito era refletir a necessidade de algaliação e os cuidados de manutenção com a algália, revelou-se pouco útil e como uma sobrecarga de trabalho.

Neste sentido, indo de encontro à evidência científica que aborda a eficácia dos lembretes virtuais para a remoção da algália e ao que é a primeira medida da *bundle*

adotada para os cuidados de manutenção do cateter urinário: “*Tem havido revisão diária da necessidade do cateter urinário e a razão clínica para a sua presença está claramente documentada*”, será parametrizada na atitude terapêutica ALGALIAÇÃO, a intervenção *Remover cateter urinário*. Esta deverá ser programada com o horário *turno fixo - manhã*, sendo que o enfermeiro deve justificar a razão pela qual o doente permanece algaliado e não removeu o cateter.

Agradeço a vossa dedicação e estou ao dispor para qualquer dúvida.

Atenciosamente, Liliana Torres

**Apêndice XIX** – Apresentação dos resultados da implementação do projeto  
aos enfermeiros

5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Vertente à Pessoa Idosa

## PROJETO DE ESTÁGIO

**A pessoa idosa algaliada em contexto hospitalar:  
intervenções de enfermagem para a prevenção da  
Infecção do Trato Urinário**

Discente:  
**Liliana Torres**

Docente Orientador:  
**Maria Emília Brito**

Fevereiro, 2015

Orientador Local de Estágio:  
**Enf.ª Graça Oliveira**

## Resultados da implementação do Projeto

***Aspetos a melhorar*** (resultados 2ª fase auditorias):

### Registos de Enfermagem

- **CALIBRE RECOMENDADO DA ALGÁLIA (45% Conformidade):**  
Homens 14-16 Ch e Mulheres 12-14 Ch
- **REGISTO DO TIPO E Nº DE ALGÁLIA (76% Conformidade):**  
Registrar na atitude terapêutica algaliação, na coluna das observações:
  - \* o motivo da algaliação,
  - \* o nº e tipo de algália,
  - \* data da troca,
  - \* o volume de água do balão (se conhecido)

## Resultados da implementação do Projeto

**Aspetos a melhorar** (resultados 2ª fase auditorias):

### Prática de Enfermagem

- **FIXAÇÃO DA ALGÁLIA (33% Conformidade):**  
Homens - parte superior da perna  
Mulheres - face interna da coxa
- **Limpeza do meato urinário com SF antes e após remover algália (43% Conformidade)**
- **Higiene das Mãos antes da remoção da algália (71% Conformidade)**
- **Cuidados na manutenção do saco de drenagem (84% Conformidade)**



Não arrastar no chão!

## Resultados da implementação do Projeto

☺ **Revista a norma do serviço para prevenção da infecção do trato urinário associada ao cateter;**



[Bundle para os cuidados na inserção e manutenção da algália](#)

☺ **Criado um algoritmo para ajudar na decisão de remover a algália**

## **MENSAGEM do Projeto:**

**Rever diariamente a necessidade de algália-  
Remover a algália logo que possível**



***“Remover Cateter Urinário” – Lembrete Virtual***

**Obrigada pela atenção!**