

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Vertente Pessoa Idosa

**CUIDADOS ASSOCIADOS AOS PROCESSOS DE
ELIMINAÇÃO: Intervenção de enfermagem na
prevenção da infecção urinária na pessoa idosa
hospitalizada**

Cristina Maria Martins Rodrigues

Professora Doutora Adriana Henriques

2012



RESUMO

CUIDADOS ASSOCIADOS AOS PROCESSOS DE ELIMINAÇÃO: Intervenção de enfermagem na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada

As infeções associadas aos cuidados de saúde estão presentes em todo o mundo, afetando os países desenvolvidos e os não desenvolvidos, estando entre as maiores causas de morte e morbilidade entre as pessoas hospitalizadas, constituído um peso elevado para os doentes e para a saúde pública. De todas as infeções associadas aos cuidados de saúde, as infeções urinárias são as mais comuns (WHO/CDC, 2002).

O desenvolvimento do projeto com a finalidade de intervir ao nível do requisito universal de saúde associado aos processos de eliminação relativamente à prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada, constituiu interesse e pertinência pelo impacto que a infeção urinária pode ter ao nível da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa hospitalizada.

Neste sentido, pretendeu desenvolver a sua intervenção direcionada para os profissionais de saúde (Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica) e para a pessoa idosa e família/ elemento significativo, em três áreas específicas, Higiene das Mãos, Cuidados de Higiene e Hidratação Oral, realizando estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar de um Hospital Central de Lisboa e num Hospital de Cuidados Continuados.

Verificou-se que a área da Hidratação Oral apresenta algumas fragilidades, nomeadamente a dificuldade dos profissionais de saúde na satisfação desta necessidade humana específica à pessoa idosa, constituindo uma área de interesse no desenvolvimento de estratégias específicas, nomeadamente a avaliação das necessidades hídricas da pessoa idosa, a elaboração de fluxogramas de intervenção dos profissionais de saúde na hidratação oral e a elaboração de folhas de registos para os profissionais de enfermagem e Auxiliares de Acção Médica.

Palavras – chave: Infeção urinária, Prevenção, Hidratação Oral, Higiene das mãos, Cuidados de higiene, Avaliação multidimensional, Pessoa idosa.

ABSTRACT

NURSING INTERVENTION IN THE PREVENTION OF URINARY INFECTION IN ELDERLY HOSPITALIZED

Infections associated with healthcare are present worldwide, affecting developed countries and undeveloped, being among the leading causes of death and morbidity among hospitalized persons, constituted a high weight for patients and public health (World Health Organization, 2002). Of all the infections associated with health care, urinary tract infections are the most common (WHO, 2002). The project development in order to intervene at the level of universal health condition associated with the disposal processes for the prevention of urinary tract infection in hospitalized elderly constituted interest and relevance for the impact they can have a urinary tract infection at the level of quality of life and well-being of elderly people hospitalized.

Their intervention targeted include health professionals (nurses and medical auxiliaries) and elderly and their relatives / significant element in three specific areas, Hand Hygiene, Care, Oral Hygiene and Hydration, performing stage in the Infection Control Committee of Hospital Central Hospital in Lisbon and a Continuing Care Hospital. It was found that the area of Oral Hydration has some weaknesses, namely the difficulty of health professionals meet this need specific to the human dependent elderly person, being an area of interest in developing specific strategies, including assessment of water needs of the person aging the development of flowcharts intervention of health professionals in the preparation of oral rehydration and record sheets for nurses and medical auxiliaries.

Key - words: Urinary Infection, Prevention, Oral Hydration, Hand hygiene, health care, multidimensional assessment, Elderly.

ÍNDICE

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Infecção associada aos cuidados de saúde	11
2.2 Infecção Urinária na pessoa idosa	12
2.3 Prevenção da Infecção Urinária na pessoa idosa	15
3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	17
4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA AO NÍVEL DA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	21
4.1 Comissão de controlo de infeção hospitalar	22
4.1.1 Caracterização do serviço	22
4.1.1.1 Constituição da equipa	22
4.1.2 Desenvolvimento de competências específicas ao nível da investigação e da formação no âmbito das funções do Enfermeiro da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar	23
4.1.2.1 Auditoria das práticas clínicas em controlo de infeção	24
4.1.2.2 Elaboração de instrumentos de observação da prática clínica: grelhas de observação	25
4.1.2.3 Formação como formanda	27
4.1.2.3.1 Prevenção e controlo de infeção – Intervenção do assistente Operacional	27
4.1.2.3.2 Precauções básicas universais	28
4.1.2.3.3 IV ornadas da ANCI	28
4.1.2.4 Formação como formadora	28

4.1.2.5 Avaliação da Enf. ^a Orientadora	29
4. 2 Hospital de Cuidados Continuados	30
4.2.1 Caracterização do hospital	30
4.2.1.1 Caracterização do serviço	31
4.2.2 Desenvolvimento de competências ao nível da investigação, da gestão e da formação no âmbito das funções de enfermeiro especialista na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada	31
4.2.2.1 Caracterização da população do serviço de cuidados continuados	32
4.2.2.2 Intervenção com os profissionais de saúde	35
4.2.2.2.1 Elaboração do guião de entrevista	36
4.2.2.2.2 Implementação do Focus Groups	37
4.2.2.2.3 Análise do Focus Groups	37
4.2.2.2.4 Achados do Focus Groups	38
4.2.2.3 Observação das práticas clínicas	48
4.2.2.3.1 Resultados das grelhas de observação	49
4.2.2.4 Grupo de trabalho multidisciplinar	52
4.2.2.4.1 Poster sobre hidratação oral	54
4.2.2.4.2 Folha de registo referente à hidratação oral	55
4.2.2.4.3 Cartão sobre os benefícios da hidratação oral	55
4.2.2.5 Formação em serviço aos profissionais de enfermagem e AAM	56
4.2.3 Desenvolvimento de competências específicas como enfermeiro especialista na área clínica ao nível do Requisito Universal de saúde associado aos processos de eliminação	57
4.2.3.1 Estudo de Caso	60
4.2.3.2 Intervenção de enfermagem ao nível do requisito de autocuidado: A manutenção de uma ingesta suficiente de água	61
4.2.3.3 Avaliação da Enf. ^a Orientadora	62
5 REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA	63

6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	67
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	67
8 CONCLUSÃO	69
9 BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	77
ANEXO I – Instrumento de auditoria: Manuseio e remoção de corto-perfurantes	78
ANEXO II – Grelha de observação da prática clínica: Higiene das mãos	82
ANEXO III - Grelha de observação da prática clínica: Cuidados de higiene	86
ANEXO IV - Grelha de observação da prática clínica: Hidratação Oral	89
ANEXO V – Grelha de avaliação	91
ANEXO VI – Autorização da Sr.^a Enf.^a Directora do Hospital Central da região de Lisboa	97
ANEXO VII – Plano de sessão	99
ANEXO VIII – Apreciação da Enf. Orientadora da CCIH	101
ANEXO IX - Autorização da Sr.^a Enf.^a Directora do Hospital de Cuidados Continuados	103
ANEXO X – Guião de entrevista para o Focus Groups	105
ANEXO XI – Análise de conteúdo do Focus Groups	108
ANEXO XII – Relatório da auditoria da prática clinica dos profissionais de enfermagem e AAM	138
ANEXO XIII – Grelha EXEL da prática clinica dos enfermeiros: Hidratação Oral	159
ANEXO XIV - Grelha EXEL da prática clinica dos enfermeiros: Cuidados de higiene	161
ANEXO XV - Grelha EXEL da prática clinica dos enfermeiros: Higiene das mãos	164
ANEXO XVI - Grelha EXEL da prática clinica dos AAM: Hidratação Oral	169
ANEXO XVII - Grelha EXEL da prática clinica dos AAM: Cuidados de Higiene	172

ANEXO XVIII - Grelha EXEL da prática clínica dos AAM: Higiene das Mãos	175
ANEXO XIX – Poster hidratação Oral	181
ANEXO XX – Folha de registos de Hidratação Oral	184
ANEXO XXI – Cartão sobre os benefícios da hidratação oral	188
ANEXO XXII – Cartaz de divulgação da formação em serviço	190
ANEXO XXIII – Formação em Powerpoint	192
ANEXO XXIV – Folha de avaliação da formação	218
ANEXO XXV – Apreciação da Enf. Orientadora	221

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Clientes com infeção/colonização por grupo etário (n=110)	17
Gráfico n.º 2 – Proveniência dos clientes (n=110)	17
Gráfico n.º 3 – Exposição dos clientes com Infeção/colonização	18
Gráfico n.º 4 – Origem dos casos de infeção/colonização (n=199)	18
Gráfico n.º 5 – N. de casos de infeção/colonização associados aos cuidados de saúde	19
Gráfico n.º 6 – Local de infeção/colonização	19
Gráfico n.º 7 – Microrganismo responsável pelos casos de infeção /colonização	20
Gráfico n.º 8 - Género	32
Gráfico n.º 9 – Subsistema de saúde	33
Gráfico n.º 10 - Idade	33
Gráfico n.º 11 - Diagnóstico	33
Gráfico n.º 12 – Clientes com infecção/colonização	34
Gráfico n.º 13 - Microrganismos	34
Gráfico n.º 14 – Terapêutica instituída	34

1. INTRODUÇÃO

Decorrente da elaboração e implementação do projeto de estágio no âmbito da Unidade Curricular Opção II, surge o presente relatório que traduz o percurso efetuado pela estudante ao nível do desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista na área médico-cirúrgica – Vertente idoso.

A escolha do tema recaiu sobre a problemática “*Infeção urinária*”, desenvolvendo o seu projeto ao nível da CUIDADOS ASSOCIADOS AOS PROCESSOS DE ELIMINAÇÃO: Intervenção de enfermagem na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada.

As infeções associadas aos cuidados de saúde estão presentes em todo o mundo, afetando os países desenvolvidos e os não desenvolvidos, estando entre as maiores causas de morte e morbilidade entre as pessoas hospitalizadas, constituindo um peso elevado para os doentes e para a saúde pública. De todas as infeções associadas aos cuidados de saúde, as infeções urinárias são as mais comuns (WHO/CDC, 2002).

Neste sentido e de acordo com Mendo (2008), nos EUA, as infeções urinárias são responsáveis por cerca de 100 000 hospitalizações por ano, sendo a maior causa de infeções nosocomiais (35%) em doentes hospitalizados e a segunda maior causa de bacteriemia.

Assim, o desenvolvimento de um projeto com a finalidade de intervir ao nível do requisito universal de saúde associado aos processos de eliminação relativamente à prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada, constituiu interesse e pertinência no aprofundamento e consolidação de conhecimento nesta área específica, pelo impacto que a infeção urinária pode ter ao nível da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa hospitalizada.

Neste sentido, foi determinado o seguinte objetivo geral: Desenvolver competências como enfermeira especialista ao nível da prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada, a partir do qual se determinaram onze (11) objetivos específicos de acordo com as respetivas áreas de intervenção ao nível dos cuidados de enfermagem, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de competências nas vertentes de investigação, de formação, de gestão e na área clínica.

Assim, para dar consecução à finalidade e objetivos determinados, realizou entre 03 de Outubro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012 estágio na Comissão de Controlo de Infeção de um hospital central e num hospital de Cuidados Continuados da região de Lisboa.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco partes fundamentais, uma primeira referente ao enquadramento da temática, onde se evidenciam questões relacionadas com a infeção associada aos cuidados de saúde, bem como as medidas de prevenção associadas à mesma, tendo por base a bibliografia de referência na área; uma segunda parte onde se explicita o diagnóstico da situação, seguido de uma terceira parte onde descreve as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, dando ênfase às diferentes competências adquiridas. Na quarta parte procede à reflexão crítica de todo o percurso efetuado, seguido das limitações decorrentes da implementação do projeto e perspectivas futuras. A quinta e última parte integra a conclusão e a bibliografia.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No sentido de fundamentar o presente relatório de estágio, houve necessidade de pesquisar literatura de referência acerca de algumas temáticas, nomeadamente referente à infeção associada aos cuidados de saúde, bem como os aspetos relacionados com a prevenção da infeção urinária na pessoa idosa.

2.1 Infeção associada aos cuidados de saúde

Com o aumento da pessoa idosa com doença crónica, a necessidade de cuidados de saúde e conseqüentemente o recurso ao internamento é uma realidade, conduzindo ao risco de desenvolverem infeções associadas aos cuidados de saúde.

As infeções associadas aos cuidados de saúde estão presentes em todo o mundo, afetando os países desenvolvidos e os não desenvolvidos, estando entre as maiores causas de morte e morbilidade entre as pessoas hospitalizadas, constituído um peso elevado para os doentes e para a saúde pública (WHO/CDC, 2002).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2008), a infeção associada aos cuidados de saúde apresenta-se como um conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes ou por profissionais e que está associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários).

Neste sentido, a WHO/CDC (2002), refere ainda que as infeções associadas aos cuidados de saúde são aquelas que ocorrem num doente ou numa unidade de cuidados de saúde onde a infeção não estava presente ou em período de incubação no momento da admissão, incluindo as infeções adquiridas pelo doente no hospital mas que se manifesta após a alta, bem como infeções que ocorrem nos profissionais de saúde de determinada unidade de cuidados.

Por outro lado, o European Center for Disease Control and Prevention (2012) evidência o facto de que todos os anos, aproximadamente 4 100 000 pessoas adquirem infeções associadas aos cuidados de saúde na União Europeia, das quais se estima que 37 000 resultem em morte como consequência direta dessas mesmas infeções. A mesma fonte (ECDC; 2012), salienta as infeções do trato urinário e as infeções do trato respiratório como as mais comuns.

Ainda, a World Alliance for Patient Safety (2009), refere que mais de 1,4 milhões de pessoas sofrem infeções adquiridas no hospital. Estima-se que, nos países desenvolvidos, 5 a 10% dos doentes admitidos no hospital em cuidados agudos venham a adquirir uma infeção, podendo esta proporção ser ultrapassada nos países em desenvolvimento (25%). A mesma fonte refere que, nos EUA as infeções associadas aos cuidados de saúde causam cerca de 80 000 mortes por ano e cerca de 5 000 na Inglaterra.

Num estudo de prevalência efetuado em 55 hospitais de 14 países de 4 regiões da WHO (Europa, Mediterrâneo, Ásia e Pacífico), verificou-se que 8,7 dos pacientes apresentavam infeção nosocomial, tendo sido reportado a maior frequência nos hospitais da região do Mediterrâneo e da Ásia (11,8% e 10%) e uma prevalência de 7,7% e 9% na Europa e nas regiões do Pacífico.

Por outro lado, verifica-se que a maior prevalência de infeções nosocomiais existe nas Unidades de Cuidados Intensivos e nas enfermarias de cirurgia e ortopedia, estando a maior taxa de infeção associada a doentes com fatores de risco como a idade avançada, doenças associadas e a realizar quimioterapia (WHO/CDC, 2002).

As infeções associadas aos cuidados de saúde podem ser de fonte endógena (pele, nariz, boca, aparelho gastrointestinal, entre outras) ou exógena (exterior ao doente) como é o caso dos profissionais de saúde, os familiares ou as visitas (DGS, 2009).

Desta forma, os custos associados às infeções nosocomiais são elevados com repercussões económicas significativas e ao nível da qualidade de vida dos utentes, relacionados com o aumento do tempo de internamento, o uso de terapêutica específica, a necessidade de isolamento, a utilização de meios complementares de diagnóstico, os dias perdidos de trabalho e consequentemente a diminuição da produtividade por absentismo.

Como já referido anteriormente, de todas as infeções associadas aos cuidados de saúde, as infeções urinárias são as mais comuns, conduzindo a um elevado número de hospitalizações da pessoa idosa (WHO/CDC, 2002).

2.2 Infeção Urinária na pessoa idosa

De acordo com Woodford e George (2011), os idosos têm maior probabilidade de desenvolverem infeções urinárias do que os jovens por variadas razões, nomeadamente,

o esvaziamento incompleto da bexiga, maior taxa de utilização de cateter urinário e o aumento da susceptibilidade à infecção associadas à fragilidade da pessoa idosa. Da mesma forma, Pratt e Pellowe (2010, p. 25), salienta que os riscos associados durante o período de hospitalização em idosos são elevados, nomeadamente o risco de adquirirem uma infecção associada aos cuidados de saúde prestados, relacionados com a necessidade de técnicas invasivas como é o caso dos acessos venosos periféricos e da algaliação. Por outro lado, o autor (Pratt e Pellowe, 2010) reforça o anteriormente referido, salientando que a hospitalização pode promover a desorientação espacial, pela dificuldade que os idosos apresentam no contacto com novas rotinas, novos horários e novos espaços, nomeadamente os acessos ao WC, originando períodos de incontinência urinária, o que pode conduzir ao recurso temporário à algaliação por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Mendo (2008), nos EUA, as infeções urinárias são responsáveis por cerca de 100 000 hospitalizações por ano, sendo a maior causa de infeções nosocomiais (35%) em doentes hospitalizados e a segunda maior causa de bacteriemia. No que se refere à morbidade associada, WHO/CDC (2002), refere a infeção do trato urinário será menor relativamente às outras infeções nosocomiais, mas pode ocasionalmente conduzir a uma bacteriemia e conseqüentemente à morte.

De acordo com (Woodford e George, 2009) a prevalência de bacteriúria assintomática é elevada nos idosos com 75 anos ou mais, nomeadamente nos idosos com imobilidade ou incontinência urinária.

Os sintomas mais frequentes estão relacionados com a disúria, dor abdominal, pirexia, urina turva e urina com cheiro (Naish, 2007).

As infeções urinárias são designadas com base em critérios, nomeadamente, cultura de urina positiva (> 10⁵ microrganismos/ml, com um máximo de duas espécies microbianas isoladas). De acordo com Woodford e George (2011), a maior dificuldade no diagnóstico das infeções do trato urinário nos idosos, está relacionada com a alta prevalência de bacteriúria assintomática, ou seja, a presença de bactéria na urina de pessoas sem sintomatologia presente. A bacteriúria assintomática é encontrada de acordo com os autores (Woodford, e George 2011) em pessoas com mais de 75 anos (10-15% em homens e 17% a 20% em mulheres) e principalmente em pessoas não algaliadas (40-50%) que se encontram institucionalizadas.

São vários os fatores que podem contribuir para o aumento da bacteriúria nos idosos, nomeadamente, o grau de dependência da pessoa idosa e a institucionalização

prolongada (23,5%); a presença de uropatia obstrutiva; a cateterização (em casos de incontinência) e o comprometimento do sistema imunológico, quer pelo processo de envelhecimento quer pela presença de doenças crónicas associadas (Morgan, 1990).

No entanto, Dailly (2011) refere que apesar da maior parte das infeções serem causadas pela própria flora colonizada, as infeções provocadas pelo ambiente hospitalar e as infeções cruzadas resultantes das mãos dos profissionais de saúde podem ocorrer.

De acordo com a World Alliance for Patient Safety (2009, p. 4)

“ Na maioria dos casos, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (como no trato respiratório) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, liquido pleural) e de outros doentes ou do ambiente contaminado”.

A DGS (2009) evidencia que a infeção associada aos cuidados de saúde pode ser causada por fontes exógenas ou endógenas. As causas exógenas estão associadas aos profissionais prestadores de cuidados, às visitas, ao equipamento hospitalar, aos dispositivos médicos ou ao próprio ambiente hospitalar. As causas endógenas referem-se a fatores próprios do organismo como é o caso da pele, nariz, boca, trato gastrointestinal ou a vagina, onde habitualmente existem microrganismos.

Face ao exposto, a presença de infeção urinária na pessoa idosa é um facto bem presente nas unidades de cuidados de saúde e a sua frequência depende de vários factores, entre os quais os cuidados de saúde prestados (infeções cruzadas), bem como relacionado com factores característicos do envelhecimento e fatores de co-morbilidade associados. Para além do referido, a sobrelotação, a não afetação de profissionais exclusivos para cuidar de doentes infectados e colonizados, as transferências frequentes de doentes de uma enfermaria para a outra, bem como a aglomeração de doentes imunocomprometidos em unidades de cuidados específicas, são fatores que contribuem para o desenvolvimento de infeções (World Alliance for Patient Safety, 2009), nomeadamente as infeções urinárias.

2.3 Prevenção da Infecção Urinária na pessoa idosa

A literatura consultada acerca da prevenção da infecção urinária na pessoa idosa hospitalizada, encontra-se muito direcionada para as ações que envolvem a cateterização vesical, nomeadamente a técnica e a manutenção da algália e do saco de drenagem, ou os cuidados de higiene em pessoas algaliada (Head, 2006; Health Protection Scotland, 2011; Dailly, 2011), não existindo muita informação disponível sobre uma intervenção direcionada para a pessoa idosa não algaliada.

Neste sentido, a intervenção de enfermagem é fundamental ao nível da prevenção das infeções urinárias nas pessoas idosas, que passa pelo desenvolvimento de estratégias que impliquem a equipa de saúde, a pessoa idosa e a família. De acordo com Orem (1991), as enfermeiras com experiência e eficientes, sabem quando o seu trabalho de cuidar e atender o outro ou ajuda-lo a cuidar de si mesmo produz resultados benéficos e neste sentido, podem contribuir para a redução das infeções urinárias associadas aos cuidados de saúde.

De acordo com Man e Low (2010, p. 1391) os profissionais de enfermagem reconhecem que têm que ter uma intervenção mais proactiva na deteção e reconhecimento precoce dos sintomas de uma possível infecção urinária, sendo necessária uma observação e avaliação meticulosa na prestação diária de cuidados.

Como medidas de prevenção, a mesma autora (Man e Low, 2010), salienta a necessidade da ingestão hídrica, nomeadamente o aumento da hidratação ao longo do dia, bem como a introdução de algumas alternativas como o sumo de amora.

Da mesma forma Arbique (2003, p. 32hn3), referindo-se à prevenção da infecção urinária em unidades de cuidados de longa duração, salienta a importância de oferecer água no início da manhã, tentando uma maior ingestão no momento da toma de medicação. Para além do referido, a disponibilização de bebidas sem cafeína durante o dia ou durante as actividades que os doentes participam, torna-se fundamental. Desta forma, o estabelecimento de metas no que se refere à ingestão hídrica diária com o doente e com os familiares, poderá ser uma estratégia a considerar.

Os cuidados de higiene, especialmente ao nível da região genital, e a higiene das mãos entre pacientes, surgem como aspetos a ter em consideração na prevenção da infecção urinária (Man e Low, 2010). Por exemplo, Arbique (2003, p.32hn4) salienta a necessidade de existir preocupação no cumprimento de boas práticas referentes à mulher e ao

homem, nomeadamente na secagem dos genitais após ida à casa de banho, na preferência do duche ao banho de imersão, na utilização de produtos que provoquem irritação da mucosa genital, bem como na utilização de roupa interior de algodão em detrimento de roupa sintética.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A necessidade e pertinência do desenvolvimento de um projeto, nomeadamente a evidência relativamente à pessoa idosa com infeção urinária e à necessidade de uma intervenção especializada em enfermagem com vista à sua prevenção, conduziram à realização do diagnóstico da situação, através da consulta à base estatística do hospital de cuidados continuados, referente às infeções urinárias dos utentes internados no hospital de cuidados continuados entre Janeiro e Junho de 2011.

De acordo com os dados cedidos verificou-se a presença de 199 casos de infeção/colonização em 110 clientes (72 mulheres e 38 homens).

Os clientes com infeção/colonização apresentam idades compreendidas entre os 18 e os mais de 80 anos, predominando os utentes com mais de 65 anos (87 utentes), como se verifica no gráfico 1.

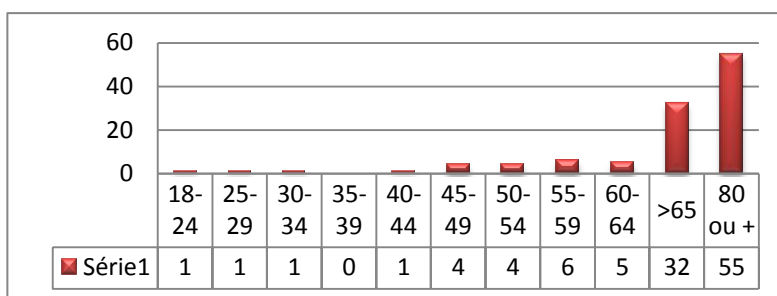


Gráfico 1

Clientes com infeção/colonização por grupo etário (n=110)

Relativamente à proveniência dos clientes, verifica-se no gráfico 2, que 24 clientes vieram do hospital e 14 da comunidade.

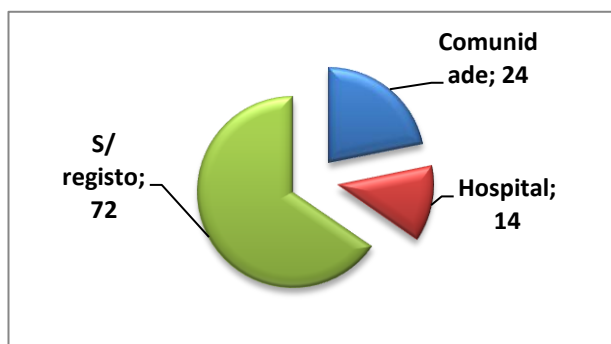


Gráfico 2

Proveniência dos clientes (n=110)

Pode observar-se que os clientes com infeção/ colonização estiveram expostos a cateterização urinária (16), a antibioterapia (6), a colocação de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) (6), entre outros, como nos indica o gráfico 3.

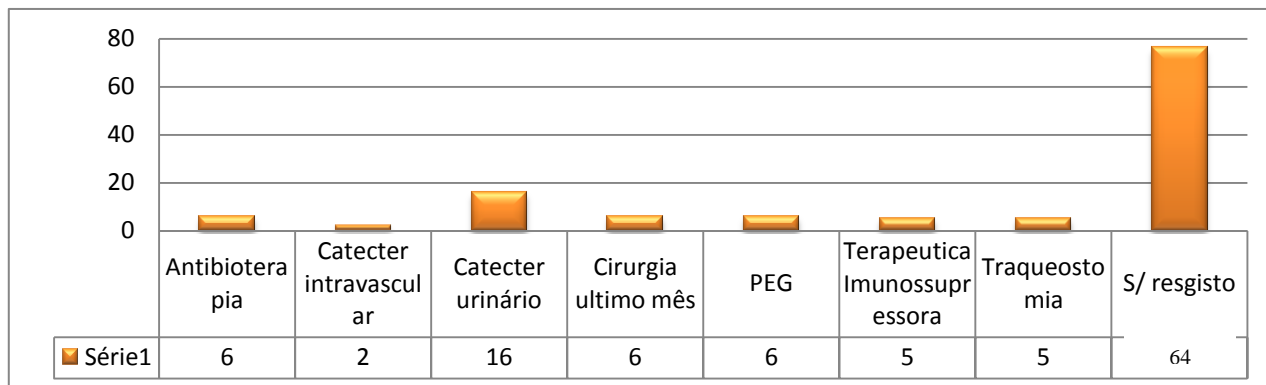


Gráfico 3

Exposição dos clientes com infeção/colonização

No que se refere à origem dos casos de infeção/colonização, verifica-se no gráfico 4, que na sua maioria está associada aos cuidados de saúde (191 casos).

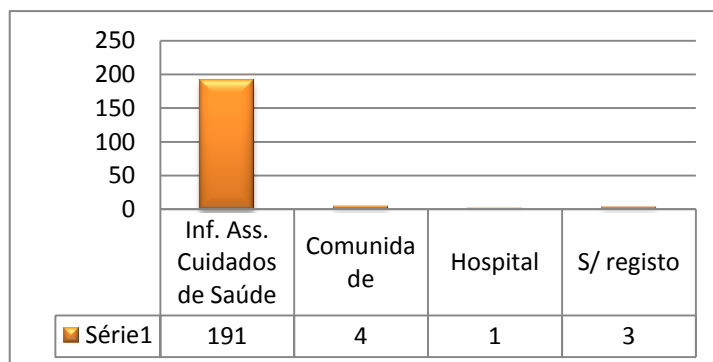


Gráfico 4

Origem dos casos de infeção/colonização (n = 199)

O gráfico 5, mostra-nos que dos 191 casos de infeção associada aos cuidados de saúde, 151 casos estão associados a infeção e 39 casos associados a colonização.

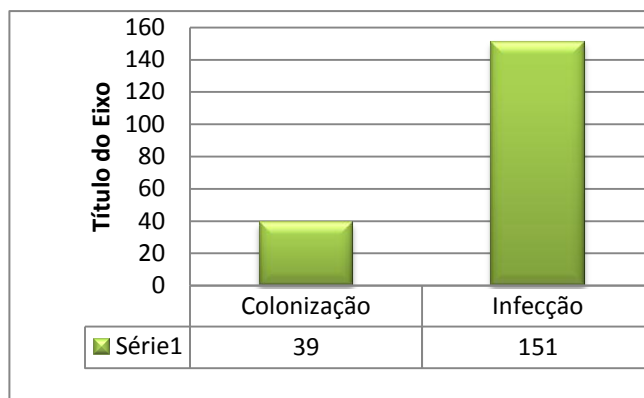


Gráfico 5

N.º de casos de Infeção/colonização associados aos cuidados de saúde

Relativamente ao local de infeção/colonização, o gráfico 6 mostra-nos que na sua maioria (109), está relacionada com o trato urinário.

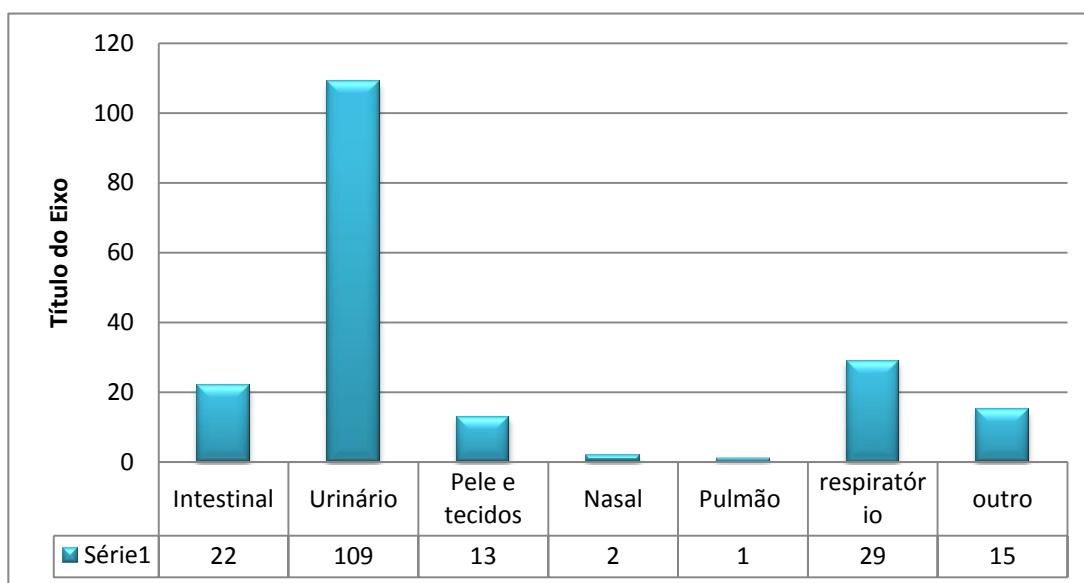


Gráfico 6

Local de infeção/colonização

Relativamente às infeções do trato urinário, foram efetuados 63 isolamentos de contacto, com instituição de terapêutica antimicrobiana em 39 dos casos. Dos microrganismos envolvidos, salientam-se a *Escherichia Coli*; *Proteus Mirabilis* e a *Klebsiella Pneumonia*.

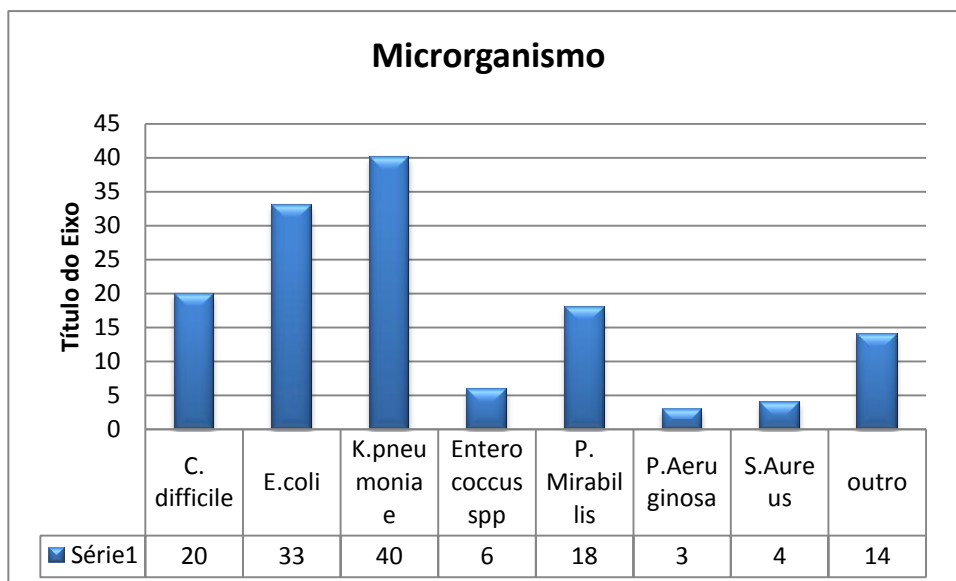


Gráfico 7

Microrganismo responsável pelos casos de infecção/colonização

Face a estes resultados, considerou-se uma necessidade de saúde as questões associadas aos processos de eliminação, pelo que determinou como prioritário a intervenção ao nível deste requisito de saúde, nomeadamente ao nível da prevenção da infecção urinária na pessoa idosa.

4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA AO NÍVEL DA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

A competência é vista como “ o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta” (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Assim, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências em quatro domínios: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Como refere Benner (2001, p.33) “A perícia em matérias de tomada de decisão humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p. 2)

“ Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”,

desenvolvendo competências em quatro domínios fundamentais, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento de competências como enfermeira especialista ao nível do requisito universal de saúde associado aos processos de eliminação, nomeadamente na prevenção da infeção urinária, foi determinante na escolha dos locais onde iria adquirir e consolidar conhecimentos nesta área específica, bem como na implementação do projeto em questão. Assim, participou em dois estágios distintos, nomeadamente na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar de um hospital central da região de Lisboa e num Hospital de cuidados continuados.

4.1 Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

O estágio na Comissão de Controlo de Infeção decorreu no período de 03 de Outubro de 2011 e 10 de Novembro de 2011, integrada numa equipa multidisciplinar, com intervenção ao nível dos diferentes pólos que constituem o hospital central.

4.1.1 Caracterização do serviço

A Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, teve o seu início em 1986 com a designação de Comissão de Higiene Hospitalar.

Com o surgimento do Despacho da Direcção Geral da Saúde, Nº 246 de 23 de Outubro de 1996, DR II série, onde salienta “as implicações subjacentes à infeção nos hospitais e nos centros de saúde comportam, entre outros, um considerável aumento do número de dias de internamento, o aumento da morbilidade e mortalidade e o recurso a terapêuticas mais agressivas e dispendiosas”. Neste sentido, a existência de programas de prevenção e controlo da infeção pode contribuir para a redução dos problemas referidos anteriormente, mas “exige também a existência de comissões de controlo de infeção, para os conceber e desenvolver” (Despacho da Direcção Geral da Saúde, Nº 246 de 23 de Outubro de 1996, DR II série).

Actualmente com a designação de Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH), encontra-se sediado no Piso intermédio do Hospital Central, ocupando uma sala de reduzidas dimensões que comporta quatro secretárias e dois armários de apoio.

Das atribuições globais da CCIH salientam-se a implementação de políticas e procedimentos de prevenção e controlo de infeção, a vigilância epidemiológica, a investigação, controlo e notificação de surtos de infeção, a formação/informação e a elaboração, divulgação e monitorização de normas e regulamentos são as três grandes áreas de intervenção da competência das CCIH mencionadas pela Direcção Geral de Saúde (2007, p.4).

4.1.1.1 Constituição da equipa

A CCIH, enquanto serviço de apoio, reporta directamente ao Conselho de Administração do hospital, sendo constituído por um núcleo Executivo (elementos da CCIH - constituído

actualmente por dois médicos, sendo um deles o coordenador da CCIH, cinco enfermeiras e duas assistentes técnicas em horário completo), um núcleo Consultivo (elementos do hospital – núcleo alargado) e um núcleo dinamizador (elos de ligação entre os serviços e a CCIH – 1 enfermeiro e 1 médico).

Para além do referido, ainda fazem parte da equipa outros profissionais (núcleo alargado) das áreas da farmácia, microbiologia, saúde ocupacional e cirurgia, para além de 1 administrador hospitalar.

4.1.2 Desenvolvimento de competências específicas ao nível da investigação e da formação no âmbito das funções do enfermeiro da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

Para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista nas áreas de investigação e formação ao nível da CCIH, foram determinados cinco objectivos específicos que passamos a apresentar:

1. Adquirir conhecimentos ao nível da prevenção e controlo da infeção urinária, através da pesquisa bibliográfica;
2. Desenvolver competências ao nível da auditoria de controlo de infeção;
3. Elaborar grelhas de auditoria ao nível da prevenção e controlo de infeção urinária.
4. Adquirir conhecimentos ao nível da prevenção e controlo da infeção urinária, através de formação como formanda;
5. Desenvolver competências como formadora ao nível da prevenção e controlo da infeção;

Para dar consecução aos objectivos determinados, foram desenvolvidas actividades ao longo do estágio na CCIH, nomeadamente a realização de auditoria em controlo de infeção, a elaboração de grelhas de observação da prática clínica e a participação em formação como formanda e formadora.

4.1. 2.1 Auditoria das práticas clínicas em controlo de infeção

A participação na actividade de auditoria das práticas clínicas surge no âmbito dos objectivos da CCIH, para a melhoria dos procedimentos e práticas dos serviços. Neste sentido, foi proposto a participação na auditoria interna à Unidade Cirúrgica Ambulatória (UCA) num dos pólos do hospital central de Lisboa, em Outubro de 2011, considerando uma actividade de extrema importância no desenvolvimento de competências específicas em termos de metodologia de auditoria, visto uma das actividades integradas no seu projecto a implementar posteriormente, envolver a realização de auditorias de observação da prática dos profissionais de saúde ao nível da prevenção da infeção urinária.

Como nos refere o Instituto da Qualidade em Saúde, uma auditoria tem como objectivo verificar periodicamente se os procedimentos definidos estão a ser executados, não pretendendo ter uma acção punitiva ou negativa, mas a melhoria contínua da prática. (INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE, 2004).

A metodologia de auditoria, integrou a utilização de grelhas de auditoria específicas para cada área a observar no respectivo serviço, a uniformização de linguagem por todos os auditores intervenientes no processo, a sua aplicação na prática, a reunião final com os auditores para o estabelecimento das conformidades observadas e a elaboração de um relatório a enviar à chefia do serviço, onde se dá conhecimento das conformidades e não conformidades observadas e as respectivas sugestões de melhoria.

A auditoria à UCA foi determinada para o dia 11 de Outubro de 2011 pelas 10 horas, tendo como tema as precauções básicas em controlo de infeção. Foram utilizados sete instrumentos de auditoria: Higiene das mãos; Uso de Equipamento de Protecção Individual; Manuseio e remoção de roupa suja; Ambiente Geral; Manuseio e remoção de resíduos; Manuseio e remoção de corto-perfurantes e Cozinhas/ copas.

A equipa participante envolveu 3 enfermeiros da CCIH, 3 estudantes de Mestrado em Enfermagem e dois enfermeiros do serviço (UCA), referenciados pela chefia do serviço, tendo a estudante ficado responsável pelo preenchimento do instrumento de auditoria referente ao Manuseio e remoção de corto-perfurantes (ANEXO I). A sua experiência como profissional na área da Saúde Ocupacional constituiu uma mais-valia pela experiência e conhecimento na área referida (estando ligada à área dos Acidentes de trabalho com risco biológico), sendo facilitador para o atingir dos objectivos propostos.

Inicialmente foi efectuada uma reunião na UCA com os intervenientes para tomarem conhecimento dos instrumentos a utilizar, uniformizar a linguagem utilizada e tirar dúvidas relativamente ao preenchimento dos mesmos.

A fase de auditoria propriamente dita envolveu a técnica de observação não participante e a entrevista aos profissionais de enfermagem e Assistentes Operacionais. Verificaram-se aspectos referentes à localização, ao acondicionamento e armazenamento dos contentores corto-perfurantes, bem como aspectos relacionados com normas e procedimentos específicos nesta área. É de referir que a equipa de profissionais foi muito receptiva e participante à presença dos auditores, possibilitando que se cumprissem os objectivos estabelecidos pelo grupo para o referido serviço.

A última etapa da auditoria envolveu a elaboração de um relatório onde se evidenciaram as conformidades e não conformidades observadas, sugerindo as acções que contribuam para a melhoria das práticas dos profissionais no serviço em questão.

A sua participação nesta actividade constituiu uma etapa muito importante na aquisição de conhecimentos na área da auditoria, conduzindo à pesquisa bibliográfica e à troca de experiências com as enfermeiras da CCIH, tendo sido este um contributo fundamental na etapa de implementação do projecto. Por outro lado, sendo a auditoria uma metodologia que contribui para a melhoria dos procedimentos e práticas, permitiu olhar de uma forma mais crítica para a prática dos profissionais de saúde e reflectir sobre a própria prática da estudante no seu contexto diária de trabalho, uma vez que também manipula material corto-perfurante. Para além do referido, considera que este tipo de metodologia beneficia a prática dos cuidados de enfermagem, permitindo que os profissionais tomem conhecimento da realidade da sua prática através de resultados concretos e permita que se instituem acções de mudança de forma mais fácil.

4.1.2.2 Elaboração de instrumentos de observação da prática clínica: grelhas de observação

As grelhas de observação da prática clínica foram elaboradas durante o período de 07 de Outubro a 18 de Novembro de 2011, as quais foram posteriormente aplicadas no estágio realizado no hospital de cuidados continuados. Como fundamentação na sua elaboração, socorreu-se de literatura de referência e das orientações nacionais e internacionais,

privilegiando três temáticas específicas: Higiene das Mãos, Cuidados de Higiene e Hidratação Oral

No que se refere à grelha relacionada com a Higiene das Mãos, utilizou a grelha adaptada pela CCIH com base na Infection Control Nurses Association (2005). A grelha é composta por 32 indicadores, relacionados com o sabão líquido, a solução de base alcoólica, cartazes informativos sobre a higiene das mãos, o procedimento da higiene das mãos, o conhecimento dos profissionais acerca do procedimento da higiene das mãos, e os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) para a higiene das mãos (ANEXO II).

Relativamente à grelha de observação sobre os Cuidados de Higiene, é composta por 16 indicadores, relacionados com os cuidados de higiene à região genital, a utilização de luvas limpas, a gestão da fralda, as características da urina, os registos de enfermagem e a roupa contaminada (ANEXO III).

No que se refere à grelha sobre a Hidratação Oral, esta é composta por 6 indicadores, relacionados com o incentivo à hidratação, com o reforço hídrico ao idoso e com os registos de enfermagem e de Auxiliares de Acção Médica acerca da hidratação efectuada (ANEXO IV).

Para maior validade e fiabilidade dos instrumentos elaborados, procedeu a realização de um pré-teste inicial no hospital central na região de Lisboa no período de 08 a 13 de Novembro de 2011, tendo sido solicitada a colaboração para o efeito a duas Enf. peritas da CCIH e de uma Enf. chefe do serviço de Medicina, por considerar que este último serviço apresentava características semelhantes ao serviço onde irá aplicar as referidas grelhas de auditoria (população idosa com mais de 65 anos e presença de infecções urinárias).

No âmbito do pré-teste foi elaborado um instrumento de avaliação com base em cinco critérios: Relevância, Conteúdo, Utilidade, Clareza e Exequibilidade, onde as Enf.^a peritas, após apreciação das grelhas, assinalaram através de uma escala de LICKER, a sua pontuação de 1 a 5 (ANEXO V) e procederam às respectivas sugestões para cada um dos indicadores apresentados.

Para a concretização do pré-teste, foi contactada a comissão de ética e solicitada autorização por escrito à Sr.^a Enf.^a directora do CHLC, tendo sido autorizada a sua aplicação em Novembro de 2011 (ANEXO VI).

Posteriormente, as grelhas foram submetidas a um pré-teste no hospital de cuidados continuados, tendo sido solicitada a colaboração de 2 Enf. peritas na área clínica (Enf.^a

responsável e 2ª elemento) no sentido de aferir as grelhas de uma forma mais próxima da realidade onde iria aplicar as mesmas. Apenas foi feita uma sugestão referente à grelha de observação Higiene das Mãos, no sentido de se contemplar os cinco momentos para a Higiene das mãos, tendo sido efectuada a referida rectificação.

4.1.2.3 Formação como formanda

Durante o estágio na CCIH teve oportunidade de desenvolver competências ao nível da prevenção e controlo de infecção, através da realização de formação como formanda.

4.1.2.3.1 “Prevenção e Controlo da Infecção – Intervenção do Assistente Operacional”

A primeira acção de formação que participou esteve enquadrada na formação em “Prevenção e Controlo da Infecção – Intervenção do Assistente Operacional”, que decorreu entre os dias 18, 20 e 25 de Outubro de 2011 das 09h00 às 16h00. Trata-se de um curso co-financiado pelo Fundo Social Europeu (FSE) onde foram abordadas as seguintes temáticas: Prevenção e Controlo da Infecção Nosocomial e Procedimentos de Risco.

A formação teve dois principais objectivos, os objectivos pedagógicos, onde se pretendeu que os destinatários identificassem os princípios fundamentais na prevenção da infecção hospitalar e que conhecessem as principais medidas de prevenção para minimizar os riscos de infecção na área de actuação do assistente operacional e os Objectivos Operacionais, onde se pretendeu que os destinatários executassem de forma correcta a técnica de higiene das mãos, que colocassem o equipamento de protecção individual adequado de acordo com os procedimentos pré-definido e retirassem o equipamento de protecção individual e fazer a higiene das mãos de acordo com os procedimentos pré-definidos.

Preconizou-se uma metodologia que apelou à análise e debate dos temas, à realização de trabalhos práticos (individuais e de grupo) e à realização de exercícios práticos.

A participação na acção de formação permitiu a aquisição e consolidação de conhecimentos nesta área específica, nomeadamente ao nível das precauções básicas em controlo de infecção.

4.1.2.3.2 - “Precauções básicas universais”

Participou na acção de formação realizada na consulta externa central do hospital central no âmbito da formação em serviço, onde se articularam a CCIH e o elemento dinamizador da consulta externa para a referida área. O tema abordado “precauções básicas em controlo de infecção” foi direccionado para o grupo profissional das Assistentes Operacionais, durante o período das 14h às 15h30. A formação envolveu uma componente teórica e uma componente prática, onde os profissionais tiveram a possibilidade de proceder à higiene das mãos com solução alcoólica e a avaliação da eficácia da sua acção através do tabuleiro de luz Ultra Violeta.

4.1.2.3.3 - “IV Jornadas da ANCI”

Para além do referido, participou nas Jornadas de Controlo de Infecção organizadas pela Associação Nacional Controlo Infecção, em 4 de Novembro de 2011, no Hotel Olissopo, Expo, com a duração de 7h.

Das principais temáticas abordadas salienta-se a Investigação em Controlo de Infecção (apresentação de trabalhos no âmbito da prevenção e controlo de infecção), os programas de Controlo de Infecção (Programa Nacional das Infecções Associadas ao Cuidados de Saúde; Programa Nacional de Controlo de Infecção da Escócia; Programa Nacional de Controlo das Resistências aos Antimicrobianos) e as Competências dos profissionais em Controlo de Infecção (médicos e enfermeiros).

4.1.2.4 Formação como formadora

No âmbito do estágio na CCIH, foi solicitada a sua colaboração como formadora, numa das actividades de formação desenvolvidas pelo serviço em questão. O desenvolvimento do seu projecto na área da prevenção da infecção urinária permitiu dar um contributo importante na temática “cuidados ao doente algaliado”, integrada na formação “Prevenção e Controlo da Infecção – Intervenção do Assistente Operacional”, a qual também participou como formanda.

A formação desenvolveu-se no dia 25-10-2011 no período das 10h às 11 h, no Centro de formação, para 19 formandos (Assistentes Operacionais) cujos conteúdos programáticos e os objectivos estão contemplados no plano de sessão em anexo (ANEXO VII).

A metodologia preconizada contemplou a metodologia expositiva e interrogativa, com a participação activa dos formandos. Das temáticas abordadas salienta: Risco da algaliação; Sistema de algaliação e Cuidados na manutenção da algaliação.

Salientam-se como aspectos positivos a experiência de formação nesta temática específica, permitindo o aprofundamento da temática e a consolidação de conhecimentos. Para além do referido, a participação activa dos formandos, contribuiu para um momento de formação mais dinâmico entre o formador e os formandos, no esclarecimento de dúvidas e na partilha de experiências. No entanto, reforça apenas a importância da adequação da linguagem utilizada com os formandos, como forma de comunicação eficaz da informação transmitida.

4.1.2.5 Avaliação da Enfermeira orientadora

Foi efetuada uma apreciação do percurso desenvolvido pela estudante durante o estágio na Comissão de Controlo de Infeção pela enfermeira orientadora e pelos restantes elementos que constituem a equipa de enfermagem equipa, encontrando-se em anexo (ANEXO VIII).

4.2 Hospital de Cuidados Continuados

O segundo momento de estágio foi realizado num serviço de cuidados continuados, integrado num hospital da região de Lisboa, no período de 13 de Novembro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012, onde se pretendeu implementar o projecto ao requisito universal de saúde, associado aos processos de eliminação. Para melhor contextualização do local onde desenvolveu a sua intervenção, considerou pertinente a caracterização do hospital e do referido serviço.

4.2.1 Caracterização do hospital

O Hospital de cuidados continuados, situa-se no Distrito de Lisboa, apresentando um conceito inovador de cuidados de saúde, oferecendo um leque de serviços em diferentes vertentes, nomeadamente: Convalescença e Reabilitação (especialmente em patologias do foro neurológico e ortopédico); Neuro-estimulação (no que se refere à doença de Alzheimer); Cuidados paliativos e de apoio à família (descanso aos cuidadores informais e familiares); Cuidados geriátricos e acompanhamento de doenças crónicas (ao nível da agudização da doença e na sua fase mais avançada). A sua abordagem é dirigida para as necessidades específicas de cada cliente, ao nível médico, funcional, psicológico e social, com o envolvimento das famílias e desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar.

Os cuidados de enfermagem são prestados de acordo com os princípios orientadores da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente: Visar a satisfação dos clientes; Promover a saúde; Prevenir complicações; Maximizar o bem-estar e o auto-cuidado; Contribuir para a readaptação funcional e Contribuir para a organização dos cuidados de enfermagem¹.

O hospital de cuidados continuados encontra-se estruturado em três pisos, onde desenvolve a sua intervenção em três áreas fundamentais: O piso 0, que se destina a acolher maioritariamente doentes provenientes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), quer ao nível do cuidado aos doentes com patologias crónicas ou terminais, quer ao nível do descanso dos cuidadores familiares; o Piso 1, que se encontra direccionado para a convalescença e reabilitação, prestando cuidados em situações pós-agudas médicas e cirúrgicas e o Piso 2, direccionada para a área das Demências.

¹ <http://www.hrmr.pt/>

4.2.1.1 Caracterização do serviço

O serviço de cuidados continuados é composto actualmente por 31 quartos (25 quartos individuais e 6 quartos duplos, com casa de banho) com capacidade para 37 clientes. Para além do referido, compreende uma sala de refeições, uma copa, uma sala para a realização de conferências familiares e uma sala para convívio (alargada aos familiares). Integra ainda, uma casa de banho (para o banho assistido), um compartimento para *stock* de material (ofício) e *stock* de roupa (cama, almofadas), bem como a sala dos sujos. Os clientes do serviço têm disponível serviço de cabeleireiro e manicura, mediante marcação prévia.

Constituído por uma equipa multidisciplinar de 3 médicos, 21 profissionais de enfermagem e de 22 Auxiliares de Acção Médica, articula-se de uma forma alargada com as áreas da Fisiatria, Dietética e Nutrição, Psicologia e Psiquiatria, com a Neurologia e a Capelania.

No que se refere à equipa de enfermagem, esta desenvolve a sua intervenção com base no método individual de trabalho, em horário rotativo pelos turnos da Manhã (4 enfermeiros), Tarde (3 enfermeiros) e Noite (2 enfermeiros).

4.2.2 Desenvolvimento de competências ao nível da Investigação, da Gestão e da Formação no âmbito das funções de enfermeiro especialista na prevenção da infecção urinária na pessoa idosa hospitalizada

A implementação do projecto no serviço de cuidados continuados no âmbito do requisito universal de saúde associado aos processos de eliminação, envolveu os profissionais de saúde (Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica), a pessoa idosa e a família, conduzindo ao estabelecimento de objectivos específicos que passamos a explicitar:

1. Envolver a equipa de enfermagem e de AAM do hospital de cuidados continuados, piso 1, na implementação do projecto;
2. Caracterizar os clientes idosos do serviço de cuidados continuados;
3. Desenvolver Focus Groups sobre as boas práticas ao nível da prevenção da infecção urinária na pessoa idosa;
4. Aplicar uma grelha de observação tendo por base as orientações Nacionais e Internacionais sobre as boas práticas ao nível da prevenção das infecções urinárias na pessoa idosa aos enfermeiros e AAM;

5. Divulgar os resultados à equipa de enfermagem e de AAM, referentes aos dados obtidos no Focus Groups e grelha de observação;
6. Promover formação aos enfermeiros e AAM sobre as boas práticas ao nível da prevenção das infecções urinárias, de acordo com os resultados evidenciados no Focus Groups e Grelha de Observação;

Neste sentido, para dar consecução aos objectivos referidos anteriormente irão ser apresentadas as actividades realizadas com vista ao desenvolvimento de competências como enfermeira especialista ao nível da Investigação, da Gestão e da Formação.

Para além do referido, irá ser o local onde irá aplicar e demonstrar as competências específicas como enfermeira especialista adquiridas no estágio anterior, ao nível da prevenção da infecção urinária.

É de referir que foi solicitada autorização à Sr^a Enf^a Directora para a implementação do projecto no serviço em questão (ANEXO IX).

4.2.2.1 Caracterização da população do serviço de cuidados continuados

A caracterização dos clientes do serviço de cuidados continuados foi efectuada com base nos dados obtidos através do processo clínico dos mesmos.

Actualmente, encontram-se internados no serviço 34 clientes, maioritariamente do sexo feminino (23), como se verifica no gráfico n.º 8.

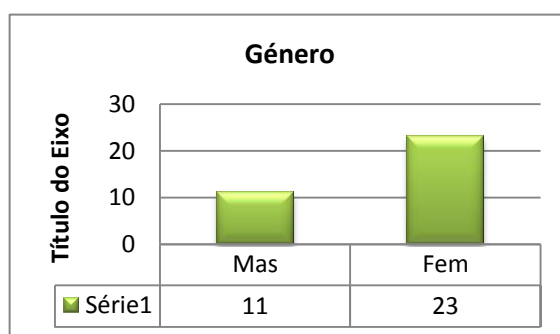


Gráfico n.º 8 - Género

No que se refere à origem dos clientes, verifica-se que a maioria beneficia do subsistema de saúde da ADSE, como nos mostra o gráfico seguinte.

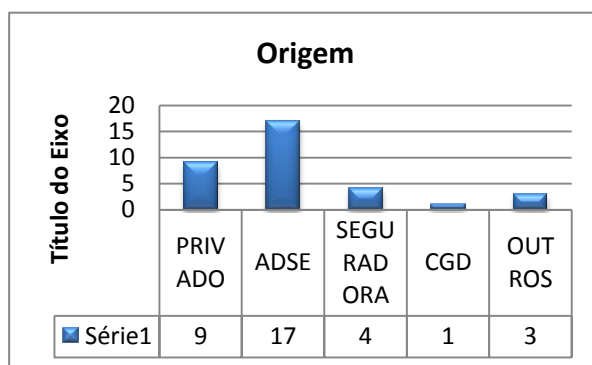


Gráfico n.º 9 – Subsistema de saúde

Relativamente à idade, observa-se no gráfico n.º 10 que 16 clientes apresentam idade entre os 65 e 80 anos e 12 clientes idade superior aos 80 anos.

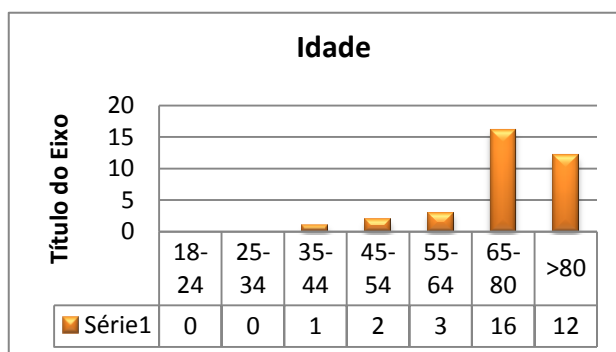


Gráfico n.º 10 - Idade

No que se refere ao diagnóstico, observamos no gráfico n.º 11, ser mais frequente o Acidente Vascular Cerebral, seguido de Neoplasia, da Demência, entre outros.

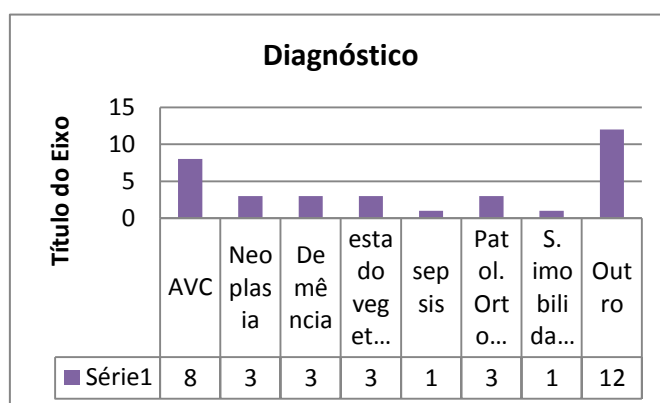


Gráfico n.º 11 – Diagnóstico

Verifica-se no gráfico n.º 12, que 20 clientes apresentaram episódio de infecção urinária/ colonização.

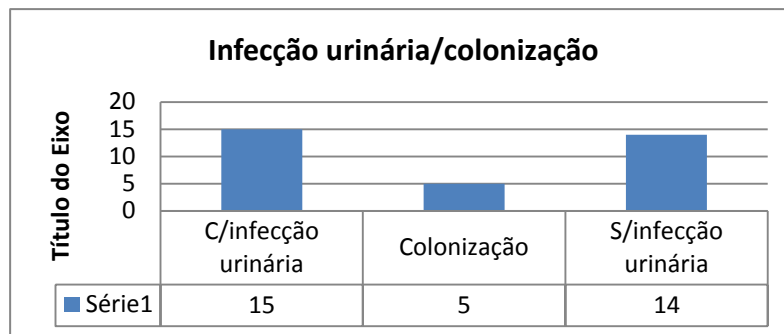


Gráfico n.º 12 – Clientes com Infecção urinária/ colonização

Pode ainda observar-se através dos dados obtidos que os microrganismos responsáveis pela infecção urinária/colonização são na sua maioria microrganismos Gram -, nomeadamente a E. Coli e a Klebsiella, como nos mostra o gráfico n.º 13.

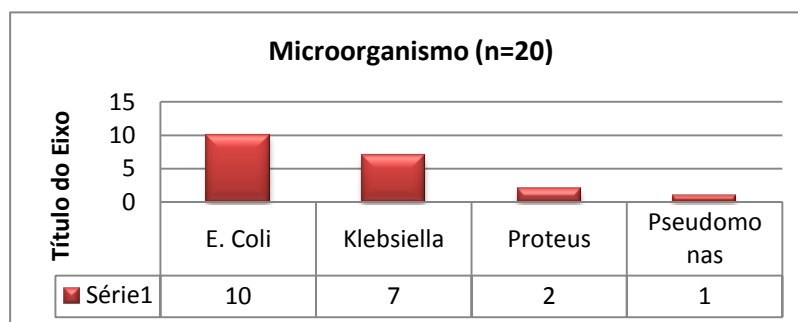


Gráfico n.º 13 – Microrganismos

No que se refere à terapêutica, pode observar-se no gráfico seguinte que em 13 clientes foi instituída terapêutica Antibiótica e em 7 casos apenas houve indicação para vigilância de sintomas.

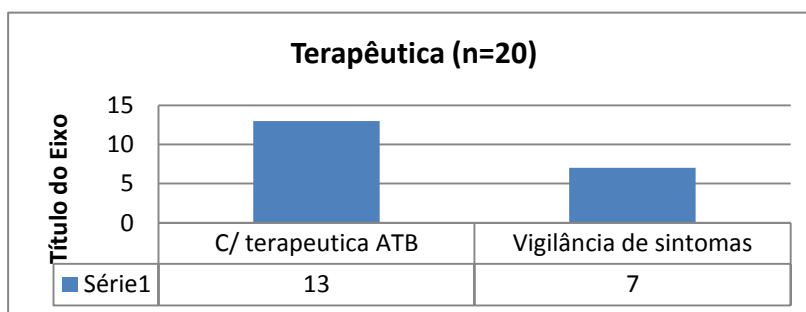


Gráfico n.º 14 – Terapêutica instituída

4.2.2.2 Intervenção com os profissionais de saúde

Durante o estágio realizado no serviço de cuidados continuados, pretendeu-se obter a opinião dos profissionais de saúde acerca da prevenção e controlo da infecção urinária na pessoa idosa institucionalizada, através da técnica do Focus Groups.

Neste sentido, determinaram-se três objectivos específicos que passamos a explicitar:

- Compreender a percepção dos participantes acerca da prevenção e controlo de infecção urinária na pessoa idosa;
- Compreender a percepção dos participantes acerca da importância da hidratação, cuidados de higiene e higiene das mãos na prevenção e controlo da infecção urinária na pessoa idosa.
- Identificar as práticas desenvolvidas pelos participantes ao nível da hidratação, cuidados de higiene e higiene das mãos na prevenção e controlo da infecção urinária na pessoa idosa.

O planeamento do Focus Groups envolveu a equipa de enfermagem e a equipa de AAM, através de reuniões informais no serviço, onde se apresentou a metodologia preconizada, os objectivos definidos e se solicitou a participação dos elementos que constituem as respectivas equipas de Enf. e AAM.

As entrevistas de grupo (Focus Groups) foram realizadas após a passagem do turno da Manhã, altura em que se encontra o maior número de profissionais no serviço (7 enfermeiros e 9 Auxiliares de Acção Médica). A amostra foi constituída por 15 enfermeiros (N= 21) e 12 AAM (N=22), num total de 27 profissionais, integrados em grupos que variaram entre os 7 e os 4 elementos em cada sessão.

Foi ainda solicitada a colaboração de um elemento de enfermagem (elemento responsável pela CCIH) para colaborar como assistente no Focus Groups, ficando responsável pela anotação da identificação e localização dos participantes em sala, bem como de todas as informações pertinentes transmitidas pelos participantes ao longo da entrevista, nomeadamente as suas expressões e posturas.

4.2.2.2.1 Elaboração do guião de entrevista

Foi elaborado um guião de entrevista (ANEXO X), obedecendo a uma construção específica com base em bibliografia de referência (Morgan, D.,1998; Krueger, R.,1998). Para o efeito foram determinadas 11 questões, divididas entre questões de abertura, questão introdutória, questões de transição, questões chave e questões finais.

No que se refere às questão de abertura, pretendeu-se quebrar o gelo, criando um momento de relaxe e descontração entre os presentes, tendo sido solicitado nesta questão que os elementos do grupo se representassem, referindo a letra que as identifica, a idade e as habilitações académicas.

A questão introdutória tem como objectivo introduzir o grupo na temática sobre a qual se pretende obter a sua opinião, neste caso específico ao nível da prevenção e controlo da infecção urinária em geral.

As questões de transição visam a integração de um novo assunto durante a entrevista. Foram elaboradas 3 questões de transição, relacionadas com a importância de normas e procedimentos referentes à prevenção e controlo da infecção urinária; com os cuidados associados ao fardamento, unhas e adornos e sobre a utilização de luvas limpas na prestação de cuidados diários.

No que se refere às questões chave, foram efectuadas 3 questões, sobre os temas que se pretendem explorar mais aprofundadamente durante a entrevista e que norteiam o estudo em questão. Estas questões estão relacionadas com a hidratação oral da pessoa idosa, com os cuidados de higiene à região genital e com a higiene das mãos.

Por fim, foram elaboradas duas questões finais, onde os profissionais salientavam as suas preocupações referentes à prevenção da infecção urinária no idoso e as sugestões que considerassem mais pertinentes neste âmbito.

O guião de entrevista foi sujeito a um pré-teste com o objectivo de clarificar a linguagem utilizada, de forma a não constituir dúvidas para os entrevistados (enfermeiros e AAM). Neste sentido, realizou duas entrevistas, uma a um Enf. especialista em Reabilitação a exercer funções no referido serviço e outra a uma AAM a exercer funções em outro piso do hospital de cuidados continuados.

Após cada questão, foi solicitado aos profissionais que manifestassem as dificuldades associadas à questão colocada, relacionadas com a Clareza da linguagem e a Organização da mesma.

Das sugestões apresentadas, foram modificadas as questões n.º 5, n.º 6, n.º 7 e n.º 8, relativamente à construção frásica e à clareza da informação transmitida.

4.2.2.2.2 Implementação do Focus Groups

Como referido anteriormente, as entrevistas de Grupo (Focus Groups) foram realizadas entre 03 de Dezembro e 20 de Dezembro de 2011, num total 5 entrevistas, integrando 27 profissionais de saúde. O Focus groups foi realizado em dois grupos distintos, enfermeiros e AAM, no sentido de manter a uniformidade das opiniões apresentadas sobre as temáticas propostas. Participaram nas entrevistas de grupo todos aqueles que se disponibilizaram para o efeito no período já referido anteriormente.

Foi solicitada autorização para a gravação das entrevistas, de forma a facilitar a colheita de dados de forma mais completa, evitando a perda de informação pertinente para o estudo em questão. Os participantes foram identificados com letras de A a G, sendo desta forma mantida a confidencialidades e anonimato dos participantes em questão.

Foi ainda sugerido a filmagem das entrevistas, não tendo sido aceite por parte dos participantes.

4.2.2.2.3 Análise do Focus Groups

As entrevistas efetuadas no Focus Groups foram transcritos para suporte informático, a partir dos quais se aplicou a técnica de análise de conteúdo de conteúdo de Bardin (1977).

Neste sentido, procedeu inicialmente à organização da informação colhida através das entrevistas não estruturadas e dos registos escritos dos participantes e enfermeiros orientadores, tendo feito o que a autora (1977, p.96) designa de “*leitura flutuante*”, permitindo à investigadora tomar contacto com os textos “*deixando-se invadir por expressões e orientações*”.

Seguidamente, procedeu à codificação dos dados, que como refere Bardin (1997, p.103 cit Holsti) “(...) é o processo pelo qual os dados brutos são transformados e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do

conteúdo". Desta forma, organizou os dados sob a forma de unidades de registo e de contexto de forma a facilitar a categorização dos dados de investigação.

A categorização surge de acordo com Bardin (1977, p.117) como uma "(...) *operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos(...)*", tendo sido desta forma estabelecidas categorias e subcategorias que permitam por um lado a organização dos dados e por outro a compreensão dos mesmos.

4.2.2.2.4 – Achados do Focus Groups

A apresentação dos achados do Focus Groups foi efectuada com base nas entrevistas efectuadas aos enfermeiros e AAM, e dos registos escritos pelo assistente do Focus Groups a partir dos quais se determinaram categorias, subcategorias e unidades de registo, que lhe pareceram fundamentais para a consecução dos objectivos propostos (ANEXO XI). Serão apresentados os resultados referentes à análise efectuada individualmente a cada um dos grupos profissionais referidos anteriormente.

- Profissionais de enfermagem

Da análise efectuada aos achados obtidos através da técnica de Focus Groups ao grupo profissional de enfermagem, verifica-se que os participantes referem a higiene das mãos e as Boas Práticas em Controlo de infecção como aspectos a valorizar ao nível da prevenção da infecção urinária, como nos mostra as seguintes unidades de registo.

“A questão da higiene das mãos dos profissionais na manipulação, no contacto com os vários clientes” (B-2, E-3; C-3; D-4)

“Cumprimento das boas práticas em Controlo de Infecção” (A-2)

Da mesma forma, é dada ênfase à hidratação oral, e à higiene da região genital, nomeadamente os cuidados associados à mesma, como factores importantes a ter em consideração na prevenção da infecção urinária na pessoa idosa.

“A hidratação é importante” (D-2; D-3; B-4)

“A higienização perineal” (A-3; F-3, D-3;C-4, B-4)

De acordo com os enfermeiros, é importante a existência de normas e procedimentos relacionados com a prevenção e controlo da infecção, permitindo uma uniformização dos cuidados prestados e contribuindo para a redução do risco de infecção.

“ Sim é importante ter normas e procedimentos” (A-2; B-2; C-2; D-2; E-2)

Verifica-se através da análise efectuada que, a farda limpa, a utilização de avental em todos os momentos da prestação de cuidados, serão aspectos a ter em consideração ao nível da prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.

“A utilização de aventais e luvas individualizados para cada cliente”(B-2; B-3; D-3)

No entanto, é salientado por dois enfermeiros a não utilização de avental de plástico na prestação de cuidados ao idoso.

“Não utilizo o avental sempre” (A-2; E-3)

No que refere aos cuidados com as unhas, é valorizado pelos enfermeiros as unhas curtas e sem verniz.

“ Verniz está contra-indicado” (E-2)

“Unhas curtas” (B-3)

Da mesma forma, a maioria dos enfermeiros salienta que não se devia de utilizar adornos.

“Adornos não se podem utilizar” (E-2; C-4; B-3)

Para além do referido, foi referenciado por três enfermeiros a utilização de relógio, aliança e brincos.

“Uso relógio e aliança”(B-3; D-4)

“Uso brincos” (A4)

No que se refere à análise dos dados referentes à categoria Higienização das mãos, verifica-se que a maioria dos enfermeiros procedem à mesma antes, durante e após a prestação de cuidados à pessoa idosa.

“Antes de começar a prestar os cuidados lavo as mãos com o sabão líquido”(D4; B-4; C-4)

“Durante a prestação às vezes há necessidade de higienização das mãos entre os diversos procedimentos”(F3; C-3;E-2)

“Após o contacto com o cliente” (E-2; C-4; D-4)

Relativamente à forma como a higienização das mãos é efectuada, apenas é salientado a utilização de água e sabão, caso as mãos estejam visivelmente sujas.

“Se visivelmente sujas, com água e sabão”(E2; C-4)

No caso das mãos que se encontrem limpas, através da utilização de solução alcoólica.

“Se estiverem limpas usar desinfetante”(E2; B-2; C-4)

De acordo com a análise efectuada, verifica-se que os enfermeiros utilizam luvas maioritariamente na prestação de cuidados de higiene totais ou parciais, sendo mais frequente durante a optimização da fralda, no contacto com fluidos orgânicos, nos posicionamentos e na troca de roupa dos clientes, como se observa nas seguintes unidades de registo.

“Utilizo luvas sempre que vou prestar cuidados ao doente”(D3; B-4; B-3)

“Quando se muda a fralda”(A2)

“Sempre que há risco de contacto com fluidos orgânicos”(E3; F-3;A-4)

“Quando posicionamos os doentes”(D4)

No que se refere à categoria Hidratação oral do idoso, verifica-se que os enfermeiros consideram importante a satisfação desta necessidade específica do idoso.

“A hidratação oral é muito importante” (A3; B4)

Referem que, a satisfação desta necessidade deve passar por disponibilizar água ou substitutos da água e que é importante que esteja próxima do idoso.

“Permitir que a água esteja mais próxima”(A4)

De acordo com os profissionais de enfermagem, para além da água, existem outras estratégias que permitem a hidratação oral do idoso, nomeadamente a água gelificada, a gelatina e a água com espessante.

“Existem várias estratégias como a água gelificada e o espessante” (F3; A3; E2; D4)

Para além do referido, o recurso à hipodermoclise, surge como forma de hidratação da pessoa idosa, quando não é suficiente a ingestão hídrica feita ao longo do dia.

“Há outros mecanismos de hidratação como a fluidoterapia subcutânea” (B4; A3; C2)

No entanto, os enfermeiros referem que grande parte das vezes a hidratação oral é efectuada durante as refeições e que mais facilmente conseguem hidratar um cliente dependente com necessidade de alimentação entérica através de PEG ou Sonda Nasogástrica (SNG), relativamente à pessoa idosa mais autónoma.

“Grande parte das vezes a hidratação coincide com as horas das refeições”(A3;F3;C3;A4;D3);

“Conseguimos reforçar mais a hidratação nos doentes mais dependentes do que nos outros que são mais autónomos”(E3;A4;C4).

Salientam ainda, a importância da avaliação das características da urina e dos sinais de desidratação, como forma de satisfazer esta necessidade específica.

“Avaliando a urina e as características da urina”(C4;D4);

“E estar atento as sinais de desidratação”(B4).

É importante referir ainda, que um enfermeiro dá ênfase à importância do registo da hidratação oral no processo de enfermagem.

“Avaliar a iniciativa e registar no processo é importante”(A2)

Relativamente à categoria Higiene da região genital, esta é efectuada maioritariamente durante os cuidados de higiene totais, nomeadamente no período da manhã durante o banho e nos cuidados de higiene conforto, mais especificamente no momento de mudança da fralda.

“Nos cuidados de higiene totais” (A3;F3;D2;A4;B4);

“Em todas as mudanças de fralda” (D2;D3;F3;B3;A4;B4).

No que se refere ao material utilizado durante a prestação de cuidados de higiene à região genital, salientam a utilização de manámulas molhadas ou em alternativa os toalhetes que a família trás do exterior.

“Com manámulas molhadas”(A4;E3;D3;A2);

“Normalmente com toalhetes”(F3;E3)

Quando questionados acerca da forma como realizam os cuidados de higiene à região genital, os enfermeiros referem preocupação no que se refere aos cuidados prestados à mulher e ao homem. O que se refere à mulher, a higiene respeita os princípios da não contaminação vaginal com conteúdo fecal, caso esteja presente, mantendo sempre presente o procedimento da zona mais limpa para a zona mais suja.

“O maior cuidado ao nível das mulheres será fazer a higiene de frente para trás”(C4;A4;F3;D3)

No que se refere aos homens, a preocupação prende-se com os cuidados de higiene à região peniana, mais especificamente na zona da glande e na região anal.

“Nos homens à volta da glande” (D3;F3;C4;A4;B4)

É de salientar o facto de dois enfermeiros referirem que não procedem à secagem da região genital após a higiene.

“Muitas vezes esquecemos de secar” (B2;D2)

As maiores preocupações referidas pelos participantes, relacionadas com a prevenção e controlo de infecção urinária na pessoa idosa são os cuidados de higiene parciais, a desinfecção das mãos entre clientes e a necessidade da disponibilização de aventais para uso durante a prestação de cuidados de enfermagem.

“ Os cuidados de higiene parciais” (D3,C2)

“Desinfecção das mãos entre clientes”(D2;A3;D4)

“Os aventais poderiam estar disponibilizados e de acesso fácil e visível”
(D3;F3)

Como sugestões de mudança, apontam a disponibilização de aventais e o desenvolvimento de formação.

“Disponibilizar acesso mais fácil de aventais fora do período de higiene”(E3;A3)

“A formação é dos pontos essenciais”(C2;B4)

No entanto, um enfermeiro reforça o facto de se cumprir os procedimentos já existente como forma de prevenção e controlo de infecção.

“Tendo por base os procedimentos que estão aqui instituídos, acho que é só fazer os procedimentos”.(C4)

- Profissionais Auxiliares de Acção Médica

Quando questionados acerca do significado de Prevenção e Controlo de Infecção, os AAM salientam a protecção individual, nomeadamente a utilização de luvas.

“Usar luvas”(C-1, G-1)

A higiene as mãos, é evidenciada pelo facto de estas poderem constituir uma fonte de infecção.

“Termos o cuidado de lavarmos muito bem as nossa mãos, porque as nossas mãos acabam por ser a fonte de infecção” (D-5; A-1; F-1)

Da mesma forma, a separação dos lixos, surge como um aspecto a ter em conta na prevenção e controlo de infecção, bem como os cuidados a ter com a higiene da região perineal, nomeadamente o modo como é realizada.

“Pôr a fralda em lixo à parte”(A-1,C-1, F-1)

“O modo de fazer a higiene” (B-5, C-5, E-5)

No que refere à importância da existência de normas e procedimentos sobre prevenção e controlo de infecção, os AAM são unânimes ao referirem que é importante para o profissional e para o doente.

“Sim é importante para o doente e para nós” (A-1;B-1; C-1;D-1)

Relativamente às preocupações com o fardamento, é salientado pelos participantes a necessidade de se utilizar avental.

“Utilizar o avental à frente”(C-1, A-1, B-5, E-5)

Para além do referido, a mudança diária de fardamento é uma forma de prevenir e controlar infecção.

“Mudar [a farda] todos os dias no final do turno” (D-5)

No que se refere aos cuidados com as unhas, é dada ênfase às unhas curtas, limpas e sem verniz. Da mesma forma, é feita referência à não utilização de adornos.

“Não ter unhas grandes, nem pintadas” (A-1, B-1, A-5, B-5)

No entanto, a utilização da aliança é o mais frequente e mais difícil de mudar.

“Eu acho que a aliança não é assim tão grave” (C-1)

“Uso aliança, porque é muito difícil de tirar” (C-5)

Verifica-se na análise dos dados obtidos que, os AAM procedem à lavagem das mãos antes e após o contacto com o doente.

“Devemos de lavar as mãos antes de prestar cuidados” (A-1;E1;D1)

“Após cuidar do cliente, do doente lavo” (C-5; E1;D1;A1)

É de referir ainda, que dois AAM referem não lavar as mãos antes do contacto com o doente, lavando apenas se estiverem visivelmente sujas.

“Não lavo [as mãos]” (C-5; A-5)

A substituição da lavagem das mãos pela utilização das luvas é visível no discurso de um AAM.

“Muitas vezes temos as luvas e que achamos que não é preciso desinfectar as mãos” (G-1)

No que se refere à utilização de luvas, esta é feita durante os cuidados de higiene, no momento do banho total, na mudança de fralda, durante o manuseamento dos lixos e da roupa suja.

“Mudança de fralda” (C-1; B1;F1;C5; B5)

“Quando retiramos os lixos dos contentores e o transportamos para o sítio correcto” (E-1)

“Por norma tenho o hábito de usar luvas quando estou a retirar a roupa suja”(C-5)

No que se refere à hidratação oral, esta é providenciada às refeições, através da disponibilização de água.

“É sempre dado à refeição”(E-1; C5;D5;B5;C5;A5)

Os AAM reconhecem a importância da hidratação oral como forma de prevenir infecções, salientando que quando não cumprem os clientes idosos começam a ter infecções associadas.

“Quando não cumprimos ajudando a hidratar por vários meios, vamos verificar que começam a ter problemas de infecções”(G-1)

Como justificção para a menor hidratação dos clientes, salientam a falta de tempo, a falta de preocupação e de responsabilidade na hidratação dos clientes idosos.

“Não temos mais tempo para fazer a hidratação dos doentes” (C-5; D-5; A-5)

“Em algum momento que faltou essa responsabilidade da nossa parte” (G-1)

No que diz respeito à higiene da região genital, esta é realizada no momento da mudança de fralda, quando os clientes vão à casa de banho e ao deitar.

“Devia ser feita em todas as mudanças de fraldas”(B-1;D5)

“Quando vão à casa de banho com o papel higiénico”(C-5;D5)

“E quando vamos deitar”(C-5)

Da mesma forma, os AAM recorrem à utilização de manábulas, toalhetes e papel higiénico para procederem à higiene da região genital.

“Com uma manábulas molhada e seca”(B-1;A1;C5)

“Depois é feita com dodots”(B-1;C5;D5)

Quando questionados acerca dos cuidados que devem ter ao nível da higiene da região genital, salientam a importância de secar após a higiene.

“Secar bem”(A-1;A-5;B-1)

Para além do referido, a higiene da região genital é sempre a ultima tarefa a ser realizada durante os cuidados de higiene.

“É a última parte a fazer a higiene”(A-1;G-1; C-5)

A mudança da água deve ser providenciada no momento em que se vai prestar cuidados de higiene à região genital e como procedimento, os AAM referem cumprir a regra unidireccional e da zona mais limpa para a zona mais suja.

“Limpar a parte da frente e depois a parte de trás”(E-5; B-1; C-5; D-5)

“Fazer a higiene numa só direcção e só uma passagem”(E-1; G-1)

Relativamente às preocupações acerca da infecção urinária, é salientado pelos participantes as medidas de prevenção, a falta de tempo e a falta de informação.

“ A falta de tempo” (A-5; C-5)

“Se bem que também acho que há falta de formação de algumas pessoas”
(A-5)

Assim, apresentam como sugestões de mudança a existência em cada quarto de material de limpeza e desinfeção, a existência de um carro de posicionamentos e as questões associadas à hidratação dos clientes idosos.

“Cada quarto ter o seu próprio material de limpeza e desinfeção” (E-1)

“Ter um carro de posicionamentos que entrasse no quarto dos clientes” (D-5)

“Algumas coisas como por exemplo, darmos água” (C-5)

4.2.2.3 Observação das práticas clínicas

A observação das práticas decorreu da elaboração das grelhas de observação das práticas clínicas, entre o período de 19-12-2011 a 16-01-2012, aos profissionais de enfermagem e AAM que participaram no Focus Groups.

Para o efeito, optou-se pelo recurso à técnica de observação participante, que de acordo com Correia (2009, p. 31), “é realizada em contacto directo, frequente e prolongado do investigador, com os actores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa”, sendo desta forma um processo dinâmico entre o investigador e o observado.

Da mesma forma, Queiroz (2007, p.278) refere que a Observação Participante “consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu quotidiano para sentir o que significa estar naquela situação”.

De acordo com a mesma autora (Queiroz, 2007, p. 279) o observador necessita de algumas competências para a realização da Observação participante, nomeadamente

“ ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com os sujeitos; ter sensibilidade para as pessoas; ser um bom ouvinte; ter familiaridade com as questões investigadas; preparação teórica sobre o objecto de estudo ou situação que será observada;(…) ter flexibilidade para se adaptar a situações inesperadas;elaborar um plano sistemático e padronizado para observação e registro de dados;ter habilidade em aplicar instrumentos adequados para a coleta e apreensão dos dados(..)”

Foi observada a prática de cada profissional individualmente, tendo em consideração as temáticas Higiene das Mão, Hidratação oral e Cuidados de higiene. A observação incluiu entrevista ao profissional sobre alguns critérios específicos e a observação dos registos, caso existissem.

Os dados obtidos através das observações efectuadas, foram transpostos para a ferramenta informática Exel 2007, a partir dos quais se estabeleceu a conformidade total, conformidade parcial e não conformidade, do conjunto das observações efectuadas por grupo profissional e a partir da qual se determinou o score de avaliação final para cada uma das temáticas: higiene das mãos, cuidados de higiene e hidratação oral.

- O score de avaliação das grelhas de observação é feita com base na fórmula utilizada pela Infection Control Nurses Association (2005) :

Fórmula: $\frac{\text{Total de respostas "sim"}}{\text{Total de respostas "sim" + "não"}} \times 100\%$

A **conformidade total** é atingida quando os critérios reúnem uma percentagem entre 84% e 100%, a **conformidade parcial** é atingida quando os critérios se encontram entre 75% e 84% e a **não conformidade** quando os critérios reúnem uma percentagem inferior a 75%.

Para além do referido foi efectuado um relatório da auditoria para as Enf. responsáveis pelo serviço, onde se evidenciam os critérios que reuniram conformidade, bem como os que não se encontravam conformes. Para estes foi efectuada uma análise e dadas sugestões de melhoria. (ANEXO XII).

4.2.2.3.1 Resultados das grelhas de observação

Os resultados das grelhas de observação foram obtidos individualmente para cada grupo profissional (enfermeiros e AAM), os quais passamos a apresentar.

- Profissionais de enfermagem

De uma forma global, constatou-se que no serviço, estão instituídas boas práticas para a prevenção da infecção urinária na pessoa idosa, obtendo-se os seguintes Scores:

- Hidratação Oral – 50% (ANEXO XIII)
- Cuidados de higiene – 47% (ANEXO XIV)
- Higiene das mãos – 71% (ANEXO XV)

Da análise das grelhas de observação verifica-se que a água ou seus substitutos se encontram acessíveis à pessoa idosa e que estes são disponibilizados ao longo do turno pelos profissionais de enfermagem. Da mesma forma, é providenciado o reforço hídrico através de via entérica, quando indicado. No entanto, verificou-se que nem sempre se procede à contabilização e registo da hidratação oral na folha de registo de enfermagem.

Verificou-se que os cuidados de higiene à região perineal são efectuados após eliminação vesical e intestinal, através da utilização de manámulas molhadas ou toalhetes disponibilizados pela família. Os profissionais de enfermagem cumprem os princípios de boas práticas referentes à forma como é efectuada a higiene da região perineal, no entanto não é efectuada a secagem da região genital quando são efectuados os cuidados de higiene e conforto ao longo do turno.

Existe uma preocupação por parte dos profissionais no que se refere ao acondicionamento de materiais contaminados como é o caso das fraldas, sendo estas colocadas em local e saco próprio e imediatamente após a sua remoção. Os mesmos cuidados são verificados com a roupa contaminada por fluidos orgânicos, sendo esta acondicionada em saco próprio e junto à unidade do Cliente.

Constatou-se ainda, que os profissionais procedem à higiene das mãos após a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, não o realizando após contacto com roupa ou materiais contaminados (fralda contaminada) e antes do contacto com roupa ou materiais limpos. Verificou-se ainda, que nem sempre registam as características da urina na folha de registos de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem conhecem o procedimento de higiene das mãos, no entanto nem sempre sabem identificar os locais onde sem encontra afixado. Verificou-se que alguns locais não têm cartazes com procedimentos para correcta lavagem das mãos (lavatório da sala de terapêutica, copa). A totalidade das estruturas existentes para a lavagem das mãos estão dotadas com sabão líquido e toalhetes para a secagem das mãos. Apresentam-se limpos, livres de equipamentos usados ou materiais inapropriados e com torneiras accionadas por cotovelo. Para além do referido, as torneiras apresentam controlo de temperatura para o quente e frio. Existem soluções alcoólicas directamente acessíveis ao local de prestação de cuidados (unidade do doente) e existem soluções alcoólicas portáteis para procedimentos clínicos.

Verificou-se que existe preocupação pelos profissionais de enfermagem no que se refere aos cuidados com as unhas, apresentando as unhas limpas, curtas e sem verniz. Verificou-se que alguns profissionais não receberam treino de lavagem das mãos no último ano e não cumprem os procedimentos correctos (6 momentos) no momento da higienização das mãos. Os profissionais apenas procedem à higiene das mãos após o contacto com o cliente.

- Profissionais Auxiliares de Acção Médica

Da análise das grelhas de observação da prática dos Auxiliares de Acção Médica, obtiveram-se os seguintes Scores:

- Hidratação Oral – 25% (ANEXO XVI)
- Cuidados de higiene – 36% (ANEXO XVII)
- Higiene das mãos – 69% (ANEXO XVIII)

Da mesma forma, verifica-se que a Água ou os seus substitutos, se encontram acessíveis ao idoso ao longo do dia. No entanto, a maioria das vezes, a pessoa idosa não é incentivada a fazer reforço hídrico para além da hidratação que integra as refeições da mesma. Da mesma forma, não se verificou o registo da hidratação oral que é realizada à pessoa idosa ao longo do turno.

Verificou-se que os cuidados de higiene à região perineal são efectuados após eliminação vesical e intestinal, através da utilização de manábulas molhadas ou toalhetes disponibilizados pela família. Os profissionais AAM cumprem os princípios de boas práticas referentes à forma como é efectuada a higiene da região perineal, no entanto, também não se verificou a secagem da região genital quando são efectuados os cuidados de higiene e conforto ao longo do turno.

Verifica-se uma preocupação por parte dos AAM com a roupa contaminada, nomeadamente a colocação em saco e local próprio para o efeito e sempre junto da unidade do doente. O mesmo se verifica relativamente à fralda contaminada, sendo esta, colocado em saco e local próprio fora da unidade do doente.

Verifica-se que a maioria dos profissionais AAM participantes no estudo não procede à higiene das mãos antes da prestação de cuidados de higiene e conforto, após remoção das luvas e antes da colocação e manipulação de fralda ou roupa limpa. Da mesma forma, os profissionais não removem as luvas após a manipulação da fralda, os cuidados de higiene sumários e o acondicionamento de roupa contaminada.

Pode observa-se ainda, que a maior parte das vezes os profissionais não incentivam a pessoa idosa a fazer a higiene das mãos após ida à casa de banho.

Os profissionais AAM conhecem o procedimento de lavagem das mãos e a maior parte dos mesmos identifica onde se encontra afixado.

A totalidade das estruturas existentes para a lavagem das mãos estão dotadas com sabão líquido e toalhetes para a secagem das mãos. Apresentam-se limpos, livres de equipamentos usados ou materiais inapropriados e com torneiras accionadas por cotovelo. Para além do referido, as torneiras apresentam controlo de temperatura para o quente e frio.

Existem soluções alcoólicas directamente acessíveis ao local de prestação de cuidados (unidade do doente) e existem soluções alcoólicas portáteis para procedimentos clínicos.

Existe uma preocupação relativamente ao cuidado com as unhas, apresentando na sua maioria unhas curtas, limpas e sem verniz. No entanto, verifica-se a utilização de adornos, nomeadamente o uso de relógio e anéis.

A maioria dos profissionais AAM não recebeu treino de lavagem das mãos no último ano e não usam os procedimentos correctos para lavagem das mãos. No entanto, sabem, identificar quando é apropriado a utilização da solução alcoólica.

Assim, verificou-se que os profissionais não procedem à lavagem das mãos antes do contacto com o doente, após risco de contacto com fluidos orgânicos, após os contacto com o doente e o ambiente envolvente.

Para além do referido, raramente é oferecida a possibilidade da pessoa idosa proceder à higiene das mãos após se auto-cuidar, mais especificamente após ida à casa de banho.

4.2.2.4 Grupo de trabalho multidisciplinar

Decorrente dos achados obtidos através do Focus Groups e observação da prática, identificou duas áreas prioritárias do ponto de vista de intervenção de enfermagem. A primeira área refere-se à higiene das mãos, onde se verificou a não conformidade do procedimento relacionado com a maior dificuldade dos profissionais no cumprimento das orientações definidas. No entanto, este foi o procedimento que mais se aproximou da conformidade parcial (SCORE 71 % para os profissionais de enfermagem; SCORE 69% para os Auxiliares de Acção Médica), uma vez que existe uma comissão de controlo de infecção que tem trabalhado as questões relacionadas com a prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, desenvolvendo formação e intervenções muito próximas dos profissionais.

A segunda área em que se verificou a não conformidade do procedimento está relacionada com a Hidratação Oral (SCORE 50% para os profissionais de enfermagem;

SCORE 25% para os Auxiliares de Acção Médica), e é sobre essa temática que considerou importante desenvolver uma intervenção com a equipa, o utente e a família.

Neste sentido, houve a necessidade da criação de um grupo de trabalho multidisciplinar, envolvendo os enfermeiros os AAM e a Dietista do serviço, para dar resposta à questão da hidratação oral, através do desenvolvimento de acções que contribuíssem para a melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde do serviço e para a promoção da saúde e bem-estar do cliente através da satisfação deste requisito universal de saúde.

Assim, considerou pertinente a elaboração de um poster e de uma folha de registos de hidratação oral para AAM e Enf^{os}, uma vez que os resultados da observação da prática revelaram que os profissionais de saúde apesar de contabilizarem a hidratação oral realizada ao longo do turno, não procedem ao seu registo (no caso dos enfermeiros) ou à transmissão do mesmo (no caso dos AAM), não possibilitando desta forma uma avaliação rigorosa desta actividade.

O grupo de trabalho foi constituído por 3 enfermeiros (Enf. Responsável pela CCIH, elo de ligação para a CCIH, um enfermeiro recente no serviço e um enfermeiro com experiência profissional) e 2 AAM (integrados na equipa fixa do serviço).

Os profissionais foram sugeridos pela Enf. Responsável pelo serviço, tendo sido os mesmos contactados pessoalmente e telefonicamente, aceitando de imediato a participação no grupo de trabalho em questão. Foi explicado aos mesmos o objectivo do trabalho a desenvolver, solicitando que se documentassem e participassem com o máximo de informação possível.

As reuniões de trabalho decorreram no serviço no período de 02 de Fevereiro a 7 de Fevereiro, onde se trocaram ideias e se determinaram as actividades a realizar por cada um dos participantes. Assim, foram criados três grupos de trabalho, incluindo enfermeiros e AAM, divididos pelas actividades: Poster de hidratação oral e folhas de registo de hidratação oral.

Na sequência da reunião de trabalho, foi sugerido a elaboração de um cartão sobre os benefícios da hidratação oral, a disponibilizar em cada unidade do cliente, como um incentivo à participação da família/elemento significativo na participação da hidratação do mesmo.

Para além do referido, foi estabelecido contacto com a Dietista do hospital, para dar conhecimento do projecto em questão, solicitando a sua colaboração na clarificação do reforço hídrico necessário para os clientes do serviço, visto ser efectuada uma avaliação

inicial pela dietista, no momento de admissão do cliente ao hospital, facilitando e clarificando as necessidades reais de hidratação oral de cada um dos clientes. A dietista considerou bastante interessante a intervenção a desenvolver no serviço, disponibilizando-se para efectuar uma avaliação de cada cliente referente às suas necessidades de hidratação diárias, sendo essa informação colocada na folha de registo de hidratação elaborada para cada cliente e colocada no seu processo clínico. Para além do referido, será uma intervenção a disseminar pelo hospital, nos seus diferentes pisos (0 e 2), incentivando os profissionais de saúde a proceder à contabilização e registo da hidratação oral efectuada.

Considera que o grupo de trabalho desenvolvido permitiu que a estudante contribuisse para o desenvolvimento profissional dos colegas, através da resposta a uma situação identificada, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os documentos elaborados foram enviados para a Directora de Enfermagem para a respectiva autorização da sua implementação, aguardando-se a sua resposta.

4.2.2.4.1 Poster sobre a hidratação oral

Pretendeu-se com a elaboração do poster, criar um mecanismo de alerta para os profissionais de enfermagem relativamente à importância da hidratação oral nos clientes do serviço. Desta forma, sugeriu-se a elaboração de dois fluxogramas de acção (1 para enfermeiros e outro para AAM), onde se evidenciam as diferentes possibilidades de hidratação, de acordo com as necessidades individuais de cada cliente, salientando a importância da avaliação inicial do profissional de enfermagem, a via de hidratação oral e os registos necessários para a continuidade dos cuidados.

O fluxograma de acção para os AAM, evidencia a sua intervenção de acordo com as competências determinadas para a sua prática, possibilitando aos mesmos uma participação mais activa na satisfação desta necessidade específica dos clientes do serviço.

O poster será impresso em papel e colocado quer na sala de enfermagem, quer na sala dos AAM, após autorização da Direcção do Hospital (ANEXO XIX).

4.2.2.4.2 Folha de registo referente à hidratação oral

A folha de registo de hidratação oral surge da necessidade de se contabilizar de forma rigorosa pelos profissionais de saúde, a hidratação oral providenciada ao cliente ao longo das 24h. De acordo com os achados obtidos no Focus Groups e Observação da prática, os profissionais reconhecem a importância desta intervenção, mas apresentam dificuldade na sua concretização e mais propriamente na contabilização e registo do volume de líquidos administrado ao longo do turno.

Assim, elaborou-se uma folha de registos para os AAM (ANEXO XXI), para cada turno de trabalho onde o AAM regista toda a hidratação providenciada ao cliente nas suas diferentes formas (água, gelatina, água gelificada, água com espessante e chá,) e disponibiliza ao enfermeiro com quem se articula no final de cada turno de trabalho, para registo na folha de hidratação oral (ANEXO XVIII) que se encontra no processo clínico do cliente, onde através de um registo diário ao longo do Mês, permite perceber por um lado, de que forma este requisito universal está a ser satisfeito e por outro contribuir para a intervenção do profissional de enfermagem individualizada e de acordo com as necessidades específicas de cada cliente.

4.2.2.4.3 Cartão sobre os benefícios da hidratação oral

A ideia da elaboração do cartão de sensibilização para a hidratação oral surge no âmbito da reunião de trabalho, na integração da família/elemento significativo nos cuidados à pessoa idosa (ANEXO XXI). Com o objectivo de informar e sensibilizar a família/pessoa significativa para a importância dos benefícios da hidratação oral dos seus familiares no momento das visitas, surge a ideia da disponibilização de um cartão, que ficará junto da unidade do cliente, incentivando e sensibilizando a mesma para a importância da hidratação oral ao longo do dia, visto em algumas circunstâncias permanecer junto da pessoa grande parte do dia. O cartão apresenta no verso um espaço para que o familiar possa descrever o tipo de hidratação que efectuou ao seu familiar, podendo desta forma contribuir para a contabilização da hidratação total efectuada ao longo do turno.

4.2.2.5 Formação em serviço aos profissionais de enfermagem e AAM

Uma das acções propostas no projecto em questão seria a elaboração de formação aos profissionais (ENF e AAM) de acordo com os achados do Focus Groups e Observação da prática. Desta forma, após análise dos dados obtidos, pretendeu dar conhecimento dos resultados à equipa alargada de enfermagem e AAM, tendo sido desenvolvida formação em dois dias, a 09 e a 15 de Fevereiro de 2012, após reunião com a Enf. Directora e de acordo com o calendário de formação em serviço.

Foi elaborado cartaz de divulgação da formação e folha de inscrição (ANEXO XXII), colocado na sala de enfermagem e de AAM, tendo sido ainda estendido o convite aos responsáveis de Enf. e de AAM do piso 0 e piso 2.

A formação realizou-se entre as 15h45m e as 17h, dos referidos dias com o seguinte conteúdo programático (ANEXO XXIII):

- Apresentação do projecto
- Apresentação dos resultados
- Apresentação do poster referente à hidratação oral
- Apresentação da folha de registo para Enfermeiros e AAM referente à hidratação oral
- Apresentação do cartão para a unidade do cliente
- Discussão

Estiveram presentes na formação 7 AAM e 10 enfermeiros, num total de 17 participantes. Foi preconizada uma metodologia expositiva, com recurso a data show e slides em formato Powerpoint, apelando à participação dos formandos ao longo de toda a apresentação.

- Avaliação da formação

Foi elaborado um instrumento de avaliação a preencher no final da sessão por cada um dos formandos (ANEXO XXIV), onde através da colocação de um X, o participante efetuou uma apreciação global da formação, do formador e da metodologia utilizada.

Da análise efetuada, verificou-se que a totalidade dos formandos refere que a formação correspondeu às suas expectativas; os objetivos da formação foram atingidos; favoreceu

a aquisição/consolidação de conhecimentos; os assuntos abordados foram interessantes; que foi útil para a sua atividade profissional e as medidas apresentadas são possíveis de colocar em prática.

Para além do referido, os participantes concordam que os meios audiovisuais foram adequados, bem como a duração e o horário da formação.

No que se refere ao formador e à metodologia utilizada, os participantes atribuem classificação entre 3 (Bom) e 4 (Muito Bom), ao domínio dos conteúdos apresentados; a facilidade e a clareza de transmissão de conhecimentos; a capacidade de motivar o interesse dos formandos; a interação com o grupo; o interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas e a gestão do tempo.

Considera que apesar de apenas participarem 17 formandos, num total de 43 profissionais (enfermeiros e AAM), os objetivos foram atingidos, demonstrando os formandos interesse em colocar em prática as estratégias que resultaram do trabalho desenvolvido pelo grupo de trabalho multidisciplinar e restante equipa de profissionais de saúde.

4.2.3 Desenvolvimento de competências específicas como enfermeiro especialista na área clínica ao nível do requisito Universal de saúde associado aos processos de eliminação.

A prestação de cuidados de enfermagem com vista ao conhecimento aprofundado de uma pessoa, família, grupo ou comunidade, como contributo para a articulação teórico-prática em contexto real, torna-se fundamental enquanto oportunidade de aprendizagem e no desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista na vertente da pessoa idosa.

O desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área clínica decorreu no período de 01 de Janeiro a 27 de Fevereiro de 2012, tendo sido determinados os seguintes objetivos gerais:

- Avaliação multidimensional da pessoa idosa em contexto de internamento prolongado
- Aprofundar o conhecimento acerca do idoso e família em contexto de internamento prolongado;

- Intervir ao nível do requisito universal de saúde associado aos processos de eliminação.

A estudante foi integrada numa equipa multidisciplinar, prestando cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família com vista a:

- Identificar a pessoa idosa e a sua família;
- Identificar a situação de cuidados à luz do quadro teórico de D. OREM;
- Identificar o contexto de vida da pessoa idosa;
- Realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa;
- Aprofundar teoricamente a situação de doença;
- Identificar os problemas do idoso;
- Estabelecer diagnósticos de enfermagem, implementar e avaliar acções de enfermagem com base na taxonomia CIPE;
- Reflectir acerca do trabalho desenvolvido, evidenciando os pontos fortes e fracos.

Neste sentido, foi necessário o aprofundamento e o conhecimento da pessoa idosa e família/pessoa significativa que de acordo com Orem (1991,p. 277), quando os doentes com alterações do seu estado de saúde, recebem cuidados de enfermagem, as enfermeiras devem ter ou procurar informação credível sobre a história natural das doenças específicas dessas mesmas pessoas. A autora refere que alguns dos recursos podem ser a literatura médica ou os especialistas na área, ou então as enfermeiras com elevada experiência no cuidado a doentes com patologias específicas. Esse mesmo conhecimento, vai permitir a compreensão do problema e a determinação de um juízo face à situação específica do doente, que lhe permite uma acção de enfermagem adequada.

Assim, a pesquisa bibliográfica foi fundamental no aprofundamento da situação de doença da pessoa idosa, nomeadamente nas temáticas relacionadas com o envelhecimento e as doenças crónicas, bem como as repercussões do internamento prolongado na pessoa idosa.

No caso específico da pessoa idosa, a sua capacidade de autocuidado está ausente pela sua situação de doença que a conduz ao internamento, mas também aos factores de comorbilidade associados, passando a ser dependente da acção de enfermagem.

De acordo com Orem (1991), o ser humano, enquanto ser que se distingue dos outros seres vivos pela capacidade de reflectir sobre si mesmo e sobre ambiente que o rodeia, tem um potencial para desenvolver actividades intelectuais e práticas, bem como manter a motivação para o seu auto cuidado e o cuidado aos membros dependentes da família, ou seja, são agentes de autocuidado. Da mesma forma, a autora (Orem, 1991p. 131), refere que o termo auto cuidado utiliza-se no sentido de “ser humano completo”, enquanto actividades que os indivíduos iniciam e realizam para no sentido da manutenção da sua própria vida, saúde e bem-estar, comportando a noção de “o cuidado a si mesmo” e “realizado por si mesmo”. É uma acção que tem um padrão e uma sequência, e quando realizado eficientemente, contribui de maneira específica para a integridade estrutural, desenvolvimento e funcionamentos humanos (Orem, 1991, p133).

Assim, o indivíduo determina que auto cuidado necessita, toma decisões sobre os requisitos de auto cuidado, realiza as actividades de autocuidado e determina os seus efeitos e resultados (Orem, 1991), de forma a manter a sua saúde.

No caso específico da pessoa idosa em internamento prolongado, os requisitos universais e os meios para os satisfazer estão condicionados.

Desta forma, dependendo do seu grau de incapacidade para a realização das acções de autocuidado pelos resultados e efeitos da própria situação de doença, pode estar totalmente dependente ou parcialmente dependente, passando da posição de agente de autocuidado para a posição de receptor de cuidados.

Neste contexto específico, os desvios de saúde são evidentes e conduzem a acções que se devem desenvolver para restaurar a normalidade, ou seja, sempre que os desvios de saúde resultem em incapacidade, existe uma intervenção médica e de enfermagem especializada para prevenir novos desvios do funcionamento humano (Orem, 1991).

Neste sentido, privilegiou a avaliação da pessoa idosa e família através de uma intervenção sustentada por instrumentos de colheitas de dados, instituídos no serviço, que reflectissem o pensamento de D. Orem, no que se refere à especificidade da pessoa idosa e ao contexto onde se encontra inserida, ao nível dos requisitos Universais, aos requisitos de Desenvolvimento e aos requisitos de Desvio de Saúde, tais como: o Índice de BARTHEL; o Índice de LAWTON; a Escala de MORSE; a Escala de BRADEN, o MINI MENTAL STATEMENT (MMS), o MINI NUTRITIONAL. Para além do referido, através da avaliação individual da pessoa idosa, optou por introduzir outros instrumentos de avaliação como é o caso da ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA, permitindo a avaliação de sintomas associados à depressão na pessoa idosa.

Considera que nas situações práticas de enfermagem, as enfermeiras devem de estar informadas das condições e circunstâncias existentes nos utentes sob a sua responsabilidade e as mudanças que possam surgir nos mesmos decorrentes da sua situação de doença, constituindo os instrumentos de avaliação, uma ferramenta indispensável para uma prática de cuidados fundamentada, contribuindo desta forma para uma intervenção de acordo com as necessidades individuais da pessoa idosa e família/elemento significativo.

4.2.3.1 Estudo de Caso

Durante a sua prestação de cuidados de enfermagem, teve oportunidade de realizar um estudo de caso, recaindo sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa com doença hepática crónica associada a Hepatite C. A escolha específica da cliente deveu-se ao interesse que detém na consolidação de conhecimentos acerca desta patologia específica, bem como nas repercussões que a doença apresenta ao nível das actividades de vida diária da pessoa idosa, com reflexos significativos na sua saúde e bem-estar.

De acordo com a Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (2008), em Portugal morrem cerca de 2000 pessoas por cirrose hepática, onde se incluem os doentes com carcinoma hepatocelular e hepatoma. As causas mais frequentes estão relacionadas com a cirrose alcoólica, seguida da Hepatite C e hepatite B.

Segundo dados da WHO (2011), cerca de 130 a 170 milhões de pessoas encontram-se cronicamente infectadas pelo vírus da Hepatite C, sendo que cerca de 3 a 4 milhões de pessoas sejam infectadas todos os anos. De acordo com a mesma fonte (WHO, 2011), mais de 350 mil morrem todos os anos com doença de fígado associada ao referido vírus.

A Sr.^a E é uma cliente de 83 anos e apresenta como antecedentes pessoais DM tipo 2; HTA; ICC; Insuficiência arterial Membro Inferior Esquerdo; Insuficiência Renal Crónica; Neoplasia da mama esquerda (operada em 1992 em Angola, acompanhada no IPO em Lisboa. Última reavaliação em 08-10-2010); Cataratas (cirurgia em 2005); gastrite crónica. Da sua avaliação, através dos diferentes instrumentos (o Índice de BARTHEL; o Índice de LAWTON; a Escala de MORSE; a Escala de BRADEN, o MINI MENTAL STATEMENT, o MINI NUTRITIONAL; ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA) resultou a elaboração do processo de enfermagem, que de acordo com OREM (1991, p 300) se refere “às operações profissionais e tecnológicas da prática de enfermagem e às operações

associadas de planificação e avaliação”. O processo utiliza-se no sentido de uma acção ou uma sucessão de acções contínuas e regulares, e intencionalmente seleccionadas, realizando-se pelas enfermeiras quando prestam cuidados de enfermagem à pessoa idosa com necessidades específicas.

O diagnóstico de enfermagem é um processo de exame e análise cuidadosa dos eixos e de emitir juízos de enfermagem sobre as pessoas, as suas propriedades e os seus movimentos. (Orem, 1991).

Através do diagnóstico efectuado, é efectuado um planeamento das acções a desenvolver, o que foi designado por Orem (1991) de Esboços para a Operação Regulatória e posteriormente efectuada a avaliação das acções desenvolvidas, nomeadamente se o cuidado deve ser continuado na presente forma ou deve ser modificado (Produção e Controle dos Sistemas de Enfermagem).

O plano de cuidados elaborado, evidenciou os diagnósticos de enfermagem e as acções que foram desenvolvidas à Sr.^a E e à família. É de salientar que os diagnósticos Risco de Queda, Estado Nutricional Comprometido e Dor Moderada foram validados com a Sr.^a E, considerando a utente que são os que interferem com o seu bem-estar.

4.2.3.2 Intervenção de enfermagem ao nível do requisito de autocuidado: A manutenção de uma ingestão suficiente de água.

Decorrente dos resultados obtidos através do Focus Groups e Observação da Prática clínica dos profissionais de saúde, desenvolveu uma intervenção conjunta com a equipa de enfermagem e de Auxiliares de Acção médica, que envolveu a pessoa idosa e a família/elemento significativo com vista à satisfação do requisito de autocuidados associado à manutenção de uma ingestão suficiente de água. Esta intervenção contemplou a avaliação individual das necessidades de hidratação da pessoa idosa (estado de consciência, características da pele/ turgor cutâneo/ características da urina), a receptividade do cliente relativamente à ingestão hídrica (alteração da sensação de sede, recusa, etc), a avaliação das necessidades hídricas da pessoa (através da intervenção da dietista), a disponibilização de água ou seus substitutos, bem como a hidratação da pessoa idosa pelos profissionais de saúde e família/elemento significativo. Foi privilegiada a educação do cliente e a sensibilização da família ao longo da prestação de cuidados, informando acerca dos benefícios da água na saúde e bem-estar da pessoa e na prevenção das infecções urinárias.

O resultado das intervenções da equipa passou a ser registado no processo clínico do cliente, mais especificamente nos registos de enfermagem.

4.2.3.3 – Avaliação da Enfermeira Orientadora

Foi efectuada uma apreciação do percurso efectuado no serviço de Cuidados Continuados pela enfermeira orientadora que se encontra em anexo (ANEXO XXV).

5 REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

A realização do seu estágio em duas áreas distintas, mas complementares para dar resposta aos objetivos determinados para a sua intervenção ao nível do Requisito Universal associado aos processos de eliminação, como foi o caso da Comissão de Controlo de Infeção Hospital e o Hospital de Cuidados continuados, foi determinante para o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista na área médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa.

O contacto com uma área tão importante como a CCIH, mais propriamente o trabalho da equipa de enfermagem ao nível da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, numa articulação contínua com os profissionais de saúde e com a organização, constituiu um momento privilegiado no aprofundamento de bibliografia de referência, na análise e discussão das intervenções efetuadas pela CCIH e na participação de atividades para a melhoria contínua da prática de cuidados, nomeadamente a auditoria em controlo de infeção e a formação.

Considera que a participação em atividades que envolvem os contextos reais da prática, permite uma maior consciencialização do desempenho dos profissionais de saúde, através de resultados concretos da sua atividade, contribuindo de uma forma mais facilitadora para a mudança e melhoria contínua dos cuidados prestados.

Para além do referido, foi um estágio que através da aquisição e consolidação de conhecimentos específicos nesta área, trará um contributo significativo para o seu serviço e equipa, bem como para a sua prática.

Assim, considera que os objetivos definidos para o seu estágio na CCIH foram totalmente atingidos.

No que se refere ao estágio desenvolvido no Hospital de cuidados continuados, salienta dois grandes momentos de aprendizagem, nomeadamente as actividades desenvolvidas com os profissionais de saúde no âmbito da prevenção da infeção urinária e o desenvolvimento de competências na área clínica ao nível da prestação de cuidados à pessoa idosa e família/elemento significativo.

Relativamente ao percurso de aprendizagem realizado com os profissionais de enfermagem, não pode deixar de evidenciar a forma como foi recebida pela equipa de saúde e a disponibilidade dos profissionais no desenvolvimento do projecto em questão, que sem dúvida contribuíram para o êxito do mesmo.

A possibilidade de desenvolver uma intervenção sustentada numa metodologia como o Focus Groups e a Observação Participante, foi muito enriquecedor para a estudante, não só pelo facto de serem técnicas novas para a mesma, tendo tido a oportunidade de desenvolver competências ao nível do planeamento, organização e gestão de grupos profissionais em contexto real de trabalho.

A possibilidade de pela primeira vez poder desenvolver um trabalho com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa idosa, envolvendo profissionais de enfermagem e Auxiliares de Acção médica, promovendo a articulação destes dois grupos profissionais, numa área tão importante como a Hidratação Oral da pessoa idosa, foi muito gratificante, possibilitando um dos momentos mais importantes como foi a criação de um grupo de trabalho multidisciplinar com vista à realização de documentos a integrar na prática dos profissionais de saúde, envolvendo enfermeiros, AAM, a pessoa idosa e a família.

No que se refere ao desenvolvimento de competências na área clínica, salienta que o contacto com a pessoa idosa e a sua família, num contexto de internamento prolongado, foi um factor motivador e de interesse para o desenvolvimento da sua intervenção, possibilitando, o conhecimento aprofundado da sua situação de doença e de que forma a institucionalização se repercute nas diferentes dimensões da pessoa idosa.

A possibilidade de aplicar instrumentos específicos para a avaliação multidimensional da pessoa idosa, foi considerado um aspecto muito positivo, pela possibilidade de conhecer mais aprofundadamente os mesmos e compreender o seu contributo ao nível dos diagnósticos de enfermagem, como facilitadores na atribuição de um juízo individualizado face a determinada actividade de vida da pessoa idosa, com reflexos significativos na individualização das intervenções de enfermagem e na avaliação das mesmas.

Neste sentido, o desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem mais especializada, vem de encontro ao referido anteriormente, possibilitando a tomada de consciência sobre a prestação de cuidados especializados à pessoa idosa em situação de dependência total, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências específicas nesta área particular de intervenção.

Considera que os objectivos estabelecidos foram atingidos, na medida em que aprofundou o conhecimento acerca da pessoa idosa e família, privilegiando a relação empática e de confiança durante todo o estágio, o que permitiu uma maior abertura dos clientes relativamente aos seus anseios e preocupações, sendo facilitador para a

construção do plano de cuidados, individualizado e direccionado para as reais necessidades da utente.

Para além do referido, a sustentação da prática de cuidados, norteadada pelo modelo conceptual de D. OREM, permitiu reflectir sobre a importância de um eixo norteador da prestação de cuidados, que disponibiliza ferramentas indispensáveis no conhecimento da pessoa idosa e família, inserida num determinado contexto (ambiente), com determinada situação de saúde/doença.

Não constituindo tarefa fácil, pelo facto de no contexto da prática não se valorizar a sua aplicabilidade, socorrendo-nos grande parte das vezes do modelo biomédico, considera que contribuiu para uma perspectiva de enfermagem diferente, mais sólida relativamente à tomada de decisão e à prestação de cuidados, efectivamente individualizados.

A grande aprendizagem passou pelo próprio processo de construção da sua intervenção ao longo do estágio, considerando que do conhecimento profundo da pessoa idosa e da sua situação de saúde/doença, bem como da família e do contexto onde se encontra inserida, passando pela reflexão sobre a prática, terá certamente reflexos significativos no seu desempenho diário ao nível da excelência dos cuidados prestados.

No que se refere à elaboração do estudo de caso, o estabelecimento de uma relação de maior proximidade com a Sr.^a E, constituiu um ponto forte durante a realização do estudo de caso, resultando na expressão de angústias, receios, esperanças e de momentos de partilha verdadeiramente enriquecedores para a estudante, contribuindo para a compreensão mais aprofundada das diferentes dimensões bio-psico-sócio económicas, culturais e espirituais da utente.

Para além do referido, a aplicação da ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA na fase actual da colheita de dados, foi muito importante pelo facto de poder ter sido útil na avaliação mais criteriosa da situação actual do estado de depressão da utente, podendo desta forma clarificar alguns sinais observados na cliente.

Assim, este momento de aprendizagem ao longo do estágio e desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista permitiu:

- A pesquisa bibliográfica para o aprofundamento das temáticas e fundamentação da sua intervenção;
- O desenvolvimento da capacidade crítica de si e das suas práticas;
- A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- A definição de indicadores para medição da qualidade das práticas, em função das necessidades detectadas;

- A realização de auditorias clínicas;
- A aplicação de ferramentas para análise e avaliação dos resultados, nomeadamente o Microsoft EXEL;
- A Identificação de oportunidades de melhoria das práticas através dos resultados obtidos;
- A determinação de estratégias de melhoria da prática de cuidados;
- A elaboração de linhas orientadoras de boas práticas ao nível da hidratação oral;
- O planeamento, gestão e liderança de programas de melhoria da prática de cuidados;
- O planeamento, gestão e avaliação de formação;
- A intervenção ao nível do processo de cuidar, na avaliação das necessidades, na definição de soluções eficazes com vista à satisfação das necessidades sentidas e a avaliação do processo de cuidar.

6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A sua intervenção ao longo do estágio, como futura enfermeira especialista, privilegiou a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, promovendo o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, através do respeito e da dignidade pela pessoa e família/ elemento significativo.

Assim, em todas as acções desenvolvidas foi solicitado autorização para a sua concretização, envolvendo a Comissão de Ética e os Conselhos de Administração das respectivas organizações por onde passou, para além do cliente e família.

Para além do referido, foi mantida a confidencialidade e a segurança da informação escrita relativamente aos profissionais de saúde e aos clientes, sendo apenas utilizada a informação estritamente necessária para efeitos académicos.

7 LIMITAÇÕES / PERSPECTIVAS FUTURAS

O desenvolvimento de um projecto no âmbito dos cuidados associados aos processos de eliminação: prevenção da infecção urinária na pessoa idosa hospitalizada, constituiu um desafio. No entanto, existem algumas fragilidades que se considera pertinente referir, nomeadamente ao nível da inexperiência da estudante neste campo, sendo a primeira vez que concretiza um trabalho onde é simultaneamente estudante e observadora participante no processo de observação da prática clínica dos profissionais de saúde no Hospital de Cuidados Continuados. No entanto, em todos os momentos de contacto com os profissionais de saúde e o cliente, tentou manter o maior rigor científico e técnico relativamente aos dados obtidos.

Considera que outra limitação se prendeu com o horário determinado para a formação em serviço, realizada no hospital de cuidados continuados, associado ao facto de exercer funções em horário Fixo (8h às 15h) de 2ª a 6ª feira, condicionando a melhor programação do horário de formação, contribuindo para a menor adesão dos participantes, ficando desta forma aquém do objectivo estabelecido (> a 50% da participação dos profissionais de enfermagem e AAM).

Para além do referido, a utilização da linguagem CIPE, na elaboração Estudo de Caso, relativamente à determinação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, pelo facto

de não ser uma linguagem corrente na sua prática diária e não dominar a mesma, constituiu uma limitação. No entanto, o contacto mais aprofundado com a CIPE permitiu compreender a importância da utilização de uma linguagem universal e uniformizada para a prática dos cuidados de enfermagem, que apesar de avaliar como limitativa relativamente às acções a implementar, poderá ser adaptada à individualidade e problemática da pessoa a quem prestamos cuidados, tendo resulta desta forma, num aspecto muito positivo.

Através da análise dos dados obtidos considerou-se importante delinear algumas perspectivas futuras, que se prendem com o interesse e importância do trabalho desenvolvido no Hospital de Cuidados Continuados contribuiu para que a Enf^a Diretora considerasse pertinente a continuidade do projeto no serviço em questão, com possibilidade de implementar as medidas de melhoria da qualidade (auditorias da prática clínica) a outros pisos do referido hospital.

Perspetiva-se que seja feita nova aplicação das grelhas de observação da prática clínica dos enfermeiros e AAM nas temáticas Higiene das Mãos, Cuidados de Higiene e Hidratação Oral, nos próximos seis meses, bem como a continuação da apresentação dos resultados obtidos aos restantes elementos da equipa de saúde que não estiveram presentes na formação.

A colaboração da Dietista na avaliação das necessidades hídricas de cada um dos clientes já foi iniciada e irá ser introduzida nos restantes serviços a curto prazo.

Assim, considera que a sua intervenção atingiu os objetivos definidos, conduzindo ao desenvolvimento de competências da estudante, com reflexos significativos ao nível das práticas dos profissionais de saúde e da pessoa idosa, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

8 CONCLUSÃO

Com o aumento da pessoa com doença crónica, a necessidade de cuidados especializados e conseqüentemente o recurso ao internamento é uma realidade presente nas pessoas idosas, conduzindo ao risco de desenvolverem infecções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente a infecção urinária.

A problemática da infecção urinária na pessoa idosa, constitui desta forma, uma preocupação pelas repercussões que tem ao nível dos seus requisitos de auto cuidado, com conseqüências significativas na saúde e bem-estar, morbidade e mortalidade associadas.

Neste sentido, a elaboração de um projecto direccionado para os cuidados associados aos processos de eliminação, mais especificamente ao nível da prevenção da infecção urinária, contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas enquanto enfermeira especialista nos diferentes domínios de acção e permitiu intervir numa área, que apesar de bem documentada na literatura, continua a constituir interesse e preocupação a nível nacional e internacional, tornando-se assim num foco prioritário de intervenção.

A possibilidade de desenvolver dois momentos distintos no estágio, um primeiro momento na Comissão de Controlo de Infecção, no desenvolvimento de competências específicas como enfermeira ao nível da prevenção e controlo de infeção foi determinante na aquisição e consolidação de conhecimentos imprescindíveis para a implementação das intervenções definidas no Hospital de Cuidados Continuados.

O trabalho desenvolvido com os profissionais de saúde, no Hospital de Cuidados Continuados, em áreas que naturalmente são um pouco secundarizadas, como é o caso da hidratação oral e dos cuidados de higiene, constituíram uma motivação crescente na participação dos mesmos nas atividades propostas, nomeadamente a técnica de Focus Groups e a Observação da prática clínica.

Dos achados obtidos, verificou-se que a Hidratação Oral à pessoa idosa constitui uma área de grande fragilidade para os profissionais de saúde, pela dificuldade na satisfação desta necessidade específica ao longo dos turnos de trabalho.

Neste sentido, considerou pertinente o desenvolvimento de estratégias de melhoria e de mudança da prática que passaram pela apresentação dos achados obtidos no Focus Grops e na Observação das práticas clínicas em contexto de formação em serviço e pela

organização de um grupo de trabalho multidisciplinar, integrando profissionais de enfermagem, Auxiliares de Acção Médica e a Dietista, resultando a elaboração de fluxogramas de acção, contemplando a intervenção de enfermagem e dos Auxiliares de Acção Médica na hidratação oral, a elaboração de folhas de registo e a realização de um cartão sobre os benefícios da hidratação oral à pessoa idosa.

O envolvimento da pessoa idosa e família/elemento significativo constituiu um momento de grande importância ao nível da prestação de cuidados de enfermagem, privilegiando a avaliação multidimensional fundamentada em instrumentos concretos e de acordo com as necessidades individuais dos mesmos.

O projecto desenvolvido não se esgota na intervenção da estudante, constituindo este interesse para os profissionais de saúde e para a organização, na mudança de práticas e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

9 BIBLIOGRAFIA

- ARBIQUE, J. (2003). Stop UTIs in their tracts. Learn who's at risk and how to prevent these painful infections. *Nursing*. Volume 33, Number 6 (2003), June. P. 32hn1-32hn4.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DO FÍGADO (2008). *Doença hepática crónica*. Acedido em 03-02-2012. Disponível em : http://www.apecf.com.pt/ficheiro/conteudo/pdfs/APEF_20080912110029_Brochura_DHCRONICA_16_05.pdf
- BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lda: Lisboa.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito*. COIMBRA: Tipografia Arte Pronta. ISBN 972-8535-97-X.
- CORREIA, M. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar enfermagem*. vol. 13 N.º 2, 2º semestre. Pp30-36. Acedido em 02-03-2012. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf
- COSTA, A. [et al] (1999). *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-03-4.
- DAILLY, S. (2011). Prevention of indwelling catheter-associated urinary tract infections. *Nursing older people*. Volume 23, Number 2 ,March (2011).
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES (2005). *Infection control guidelines for long term care facilities emphasis on body substance precautions*. January.
- DESPACHO DA DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, Nº 246 de 23 de Outubro de 1996, DR II série. Lisboa.

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007). Comissões de Controlo de Infecção. Circular Normativa N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/07.
- EUROPEAN CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2012). Acedido em 03-02-2012. Disponível em : http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcareassociated_infections/Pages/index.aspx
- EUROPEAN HYDRATION INSTITUTE. Acedido em 03-02-2012. Disponível em: http://www.europeanhydrationinstitute.org/elderly_people.html
- FERREIRA, Y. [e tal] (2009). *Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares*. AÑO 9 - VOL. 9 Nº 1 - CHÍA, COLOMBIA - ABRIL 2009 □ 38 - 49
- FERRY, M.(2005). Strategies for Ensuring Good Hydration in the Elderly. *Nutrition reviews*. Vol. 63, No. 6, June 2005: (II). 22–29. Acedido em 03 – 02-2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-4887.2005.tb00151.x/pdf>
- GIRARD R, BÉNITE, P. (2009). INFECTION URINAIRE. Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux. *Infection*. CCLIN Sud-Est. Janvier 2009.
- HEAD, C. (2006). Insertion of a urinary catheter. *Nursing older people*.vol 18, n.º 10, November 2006. P 33-36.
- HEALTH PROTECTION SCOTLAND (2011). *Catheter associated urinary tract infections within care of the elderly facilities*. Pilot report February to April 2009.
- HEALTH PROTECTION SCOTLAND (2011). *Healthcare Associated Infections in European Long Term Care Facilities (HALT)*. Prevalence Study 2010 in Scotland.

- INFECTION CONTROL NURSES ASSOCIATION (2005). *Audit tools for monitoring infection control guidelines within the community setting 2005*. Department of Health. London.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. Auditorias Clínicas para Avaliar a Qualidade dos Serviços Prestados. IQS, 2004. p. 32-34. Acedido em 28-12-2010. Disponível em: [http:// www.iqs.pt](http://www.iqs.pt)
- KRUEGER, R. (1998a). *Developing Questions for Focus Groups*. SAGE Publications, Inc. California. ISBN: 0-7619-0819.
- KRUEGER, R. (1998b). *Moderating Focus Groups*. SAGE Publications, Inc. California. ISBN: 0-7619-0821.
- MAN, E; LOW, L. (2010). Nurses' experiences of caring for non-catheterised older infirmed patients: a descriptive study of what nurses actually do ?. *Journal of clinical nursing*. 19, 1387-1395.
- MENDO, A. [et al]. (2008). Frequência de infecções urinárias em ambulatório – dados de um laboratório de Lisboa. Partel. *Rev. lusófona de ciências e tecnologias da saúde*. 2008; vol. (5), n.º 2: 216-223. Versão eletrónica: <http://revistasaude.ulusofona.pt>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Manual de Operacionalização. DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2009). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Critérios para definição de infecções nos cuidados de saúde de agudos*. DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010). *Campanha Nacional de Higiene das Mãos*. Relatório 2008-2010. DGS

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR RICARDO JORGE (2002). *Prevenção de infecções adquiridas no hospital*.
- MORGAN, D. (1998). *Planning Focus Groups*. SAGE Publications, Inc. California. ISBN: 0-7619-0817.
- MORGAN, M [et al] (1990) - Treatment of Urinary Infection in the Elderly. *Infection*. Vol 18, No. 6 (1990) 326-331
- NAISH, W.; HALLAM, M. (2007) - Urinary tract infection: diagnosis and management for nurses. *Nursing standard*. 21, 23, 50-57 Date of acceptance: October 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – *Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*.
- OREM, D. (1991). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona. ISBN: 0-8016-6064.
- PRATT,R.; PELLOWE, C. (2010). Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing older people*. Vol. 22, N.º 8. October (2010).
- QUEIROZ, D. et all (2007). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev enfermagem UERJ*, n.º 15(2), Abr/Jun (2007). Pp 276-283. Acedido em 02-03-2012. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>

- SCARPARO, A.; FERRAZ, C. (2007). Auditoria em Enfermagem:identificando sua concepção e métodos. *Rev bras enferm*, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 302-5.
- VALLADARES, L. (2005). Os dez mandamentos da observação participante. *Revista brasileira de ciências sociais* – vol 22 n.63 (2005). Pp153-155. Acedido em 02-03-2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v22n63/a12v2263.pdf>
- WOODFORD, H.; GEORGE, J. (2009). Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection in Hospitalized Older People. *JAGS* , N.º 57:107–114
- WOODFORD, H., GEORGE, J. (2011). Diagnosis and management of urinary infections in older people. *Clinical medicine*, 11(1), 80-83. Retrieved from EBSCOhost.
- WOODWORD, M. (2007) – *Guidelines to effective Hydration in Age Care facilities*. Acedido em 03-02-2012. Disponível em: http://www.hydralyte.com/pdf/aged_care_brochure.pdf
- WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY (2006). WHO *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* – Advanced draft. WHO
- WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY/ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2009). *Manual para os observadores. Um guia para a observação da prática da higiene das mãos nas Unidades de saúde Portuguesas*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION; CENTER FOR DESEASE CONTROL (2002) - *Prevention of hospital –acquired infections. A practical guide*. 2nd edition.. WHO <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *WHO Guidelines on hand hygiene in health care*. WHO: ISBN 978 92 4 159790 6

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). Hepatitis C. *Fact sheet* N°164 June (2011). Acedido em 17-02-2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>