



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-
Cirúrgica na Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa
Idosa Hospitalizada**

Diana dos Santos Gomes Faria

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-
Cirúrgica na Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa
Idosa Hospitalizada**

Diana dos Santos Gomes Faria

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

We are what we repeatedly do; therefore, excellence is not an act, but a habit.

Aristotle

Agradecimento

À Professora Graça Melo, pela sua orientação exímia, pelo seu rigor, ética e exemplo de conduta, pelas palavras de incentivo e guia condutor ao longo deste caminho.

À Enfermeira Ilda Lourenço, pela partilha de conhecimentos e ensinamentos dentro e fora da prática clínica, que de forma inequívoca me transmitiu força para ser mais e melhor.

À Enfermeira Catarina Pereira, exemplo a seguir, que me acompanhou, aconselhou, ensinou e apoiou incansavelmente.

Aos meus pais, pelo vosso amor absoluto, pelos valores que me transmitem, pelo amparo, carinho e ajuda constante na concretização desta etapa na minha vida.

À minha irmã Catarina e ao Miguel, basilares na minha vida, por me ouvirem em todas as horas e serem o meu aconchego de todos os dias.

Ao Manuel, que me deu a conhecer o amor avassalador de tia e me faz sorrir todos os dias.

Aos meus amigos, que de longe se fizeram perto.

Abreviaturas e Siglas

AVD – Atividades de Vida Diárias

CAUTI – Catheter Associated Urinary Tract Infection

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ERC – Enterobacteriácea Resistente aos Carbapenemos

ERE – Enfermeiro Responsável de Equipa

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

FC – Fundamental Care

FI – Feixe de Intervenções

GT – Grupo de Trabalho

HAIs – Healthcare-Associated Infections

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

ITU – Infecções do Trato Urinário

JBÍ – Joanna Briggs Institute

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OXA – Oxacilinase tipo 48

PBE – Práticas Baseadas na Evidência

PM – Procedimento Multissetorial

PMC – Programas de Melhoria Contínua

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

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

PPQCE – Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RAM – Resistências dos Microrganismos aos Antibióticos

RS – Revisão de Scoping

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SU – Serviço de Urgência

UTI – Urinary Tract Infection

TO – Traumatologia Ortopédica

Resumo

O aumento populacional e o seu envelhecimento constituem uma das mais importantes revoluções demográficas de sempre, ao qual se acrescem condições crónicas que potencializam a fragilidade da pessoa idosa. O número de comorbilidades influenciam significativamente os processos de saúde-doença e exponenciam o risco do desenvolvimento de complicações, como as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Dentro das IACS, as Infecções do Trato Urinário (ITU) são umas das mais frequentemente reportadas a nível hospitalar. Pretendendo atuar sobre esta problemática, serve o presente relatório o objetivo de explanar o caminho percorrido para a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção à Pessoa Idosa.

Para a implementação do projeto foi realizado um estágio clínico na área de Traumatologia Ortopédica (TO), seguindo a metodologia de projeto. A prestação de cuidados à pessoa idosa teve como referencial teórico o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) de McCormack & McCance, e as atividades realizadas visaram a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, bem como a promoção de comportamentos de mudança na equipa multidisciplinar relativos à prática de cuidados preventivos da ITU. Assim, foram realizadas atividades formativas e observações participativas às práticas dos enfermeiros, através da aplicação de normas institucionais e nacionais no âmbito da prevenção da ITU na pessoa algaliada.

Foi também realizado um protocolo de Revisão de *Scoping*, conforme preconizado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), seguindo a questão de revisão «Quais as intervenções do enfermeiro na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada?», com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre a temática.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa; Intervenções de Enfermagem; Infecção do Trato Urinário; Cuidados Centrados na Pessoa.

Abstract

Population growth and its aging constitute one of the most important demographic revolutions of all time, to which chronic conditions are added that exacerbate the fragility of the elderly person. The number of comorbidities significantly impacts the health-disease processes and increases the risk of developing complications, such as Healthcare-Associated Infections (HAIs). Among the HAIs, Urinary Tract Infections (UTI) are one of the most frequently reported at hospital level. With the purpose of acting on this issue, this report aims at explaining the path taken for the acquisition and development of the Common and Specific Competences of the Specialist Nurse and Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing Intervention for the Elderly.

To implement the project, an internship was carried out in the area of Orthopaedic Traumatology, following the project methodology. The theoretical framework used to provide care to the elderly people was the Person-Centered Care, according to McCormack & McCance, and the activities carried out were aimed at improving the practice of care provided to hospitalised elderly people, as well as promoting behavioral changes in the multidisciplinary team regarding the practice of UTI preventive care. Thus, training activities and participatory observations of the nurses' practices were carried out, applying institutional and national standards within the scope of UTI prevention in the patient under catheterization.

A Scoping Review was also performed according to the Joanna Briggs Institute (JBI), following the research question «What are the nurses' interventions for preventing urinary infection in hospitalized elderly patients?», whose purpose was to identify and map the available scientific evidence on the topic.

Keywords: *Elderly; Nursing Interventions; Urinary Tract Infection; Centred-Care Person.*

Lista de Tabelas

Tabela 1: Objetivos Gerais, objetivos específicos, atividades planejadas e resultados esperados.

Índice

Introdução	11
1. Enquadramento Teórico	13
1.1. A pessoa idosa frágil	13
1.2. Infecções associadas aos cuidados de saúde	14
1.3. Infecções do trato urinário nas pessoas idosas hospitalizadas	16
1.4. Referencial teórico: Cuidado centrado na pessoa	20
2. Contexto de Execução do Projeto	23
2.1. Enquadramento metodológico	23
2.2. Justificação e pertinência do projeto	24
2.3. Finalidade, objetivos e atividades planeadas	26
2.4. Caracterização do local de estágio	29
3. Atividades e Aprendizagens Realizadas: Análise Crítico-Reflexiva	30
3.1. Atividades no âmbito da prestação direta de cuidados à pessoa idosa hospitalizada	31
3.2. Protocolo de revisão de <i>scoping</i>	45
3.3. Atividades no âmbito da promoção da melhoria de comportamentos na equipa multidisciplinar, relativos à prática de prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada	45
4. Competências Adquiridas e Desenvolvidas no Percurso Académico	56
5. Considerações Finais	62
Conclusão	63
Referências Bibliográficas	64
Apêndices	
Apêndice I: Póster «Fluxograma do Registo da Prevenção da Infeção relacionada com Cateter Urinário»	
Apêndice II: Póster «Cuidados à Pessoa Idosa Hospitalizada»	
Apêndice III: Protocolo de revisão de <i>scoping</i>	
Apêndice IV: <i>Post-it</i> «Reminder da desalgaliação»	
Anexos	
Anexo I: Certificado de apresentação do póster «A Pessoa Idosa Hospitalizada – Síndrome Dinâmica da Fragilidade Geriátrica»	

Introdução

Serve o presente relatório o propósito de explicar o trabalho desenvolvido no âmbito da unidade curricular «Estágio com Relatório» do plano de estudos do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, do 2º ano, 1º semestre, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no ano letivo 2022/2023.

Incidindo sobre o tema «O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prevenção da Infecção Urinária na Pessoa Idosa», o projeto foi implementado num serviço de Traumatologia Ortopédica (TO), num hospital da área de Lisboa. Como finalidade, pretendeu-se o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, com enfoque na prevenção da Infecção do Trato Urinário (UTI) na pessoa idosa hospitalizada.

Estruturalmente, o relatório está dividido em cinco partes fundamentais, iniciando-se com a presente introdução, de seguida o primeiro capítulo com o enquadramento teórico. O segundo capítulo é relativo ao contexto de execução do projeto, onde foi feito o enquadramento metodológico, descrita a justificação e pertinência do projeto, a finalidade, objetivos e atividades que foram planeadas, e ainda uma breve caracterização do local de estágio. O terceiro capítulo é destinado à descrição das atividades realizadas, seguindo um processo de reflexão e análise crítica sobre a minha aprendizagem ao longo do percurso desenvolvido. Aqui, abordei as vivências e aprendizagens adquiridas na prestação direta de cuidados à pessoa idosa, apresento o protocolo de Revisão de *Scoping* (RS) realizado segundo a questão orientadora «Quais as intervenções do enfermeiro na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada?», e explano o processo de aprendizagem ao longo da promoção de mudança de comportamentos junto da equipa multidisciplinar no âmbito da prevenção e controlo das ITU. No quarto capítulo é realizado um enquadramento relativo às competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio clínico. Segue-se, no quinto capítulo, as minhas considerações finais sobre o caminho traçado e uma breve conclusão no sexto e último capítulo.

Ao longo deste caminho tive como fio condutor das minhas práticas o

Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, as Competências de Mestre em Enfermagem, o Quadro de Qualificações para o Ensino Superior em Portugal, os objetivos delineados no Guia Orientador da ESEL para o Ensino Clínico, o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, e outras orientações que considere essenciais para o exercício fundamentado da prática de Enfermagem.

A formatação do presente documento foi efetuada com base nas orientações atuais do manual para elaboração de trabalhos académicos e referência (versão 2023), da ESEL.

1. Enquadramento Teórico

1.1. A pessoa idosa frágil

A revolução demográfica caracterizada pelo aumento populacional e o seu envelhecimento constitui uma realidade tanto a nível nacional, como a nível mundial, sendo já considerada pela Organização das Nações Unidas uma das transformações sociais mais significativas do século XXI (ONU, 2019). O Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental (ONU, 2019) afirma que, em 2050, o número de pessoas com 80 anos ou mais poderá triplicar, passando de 137 milhões (2017) para 425 milhões.

Atualmente, a Europa destaca-se como o continente mais envelhecido, com a maior percentagem da população com idade igual ou superior a 60 anos, estando estimada nos 25% (ONU, 2019). A nível nacional, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o aumento da expectativa de vida nas últimas décadas é acompanhado por um avanço galopante do envelhecimento demográfico, considerando o índice de envelhecimento em 2010 de 121.6% e, em 2021, de 182.7% (número de idosos por cada 100 jovens) (PORDATA, 2022).

É natural pensar que, à medida que a pessoa envelhece, surjam concomitantemente condições crónicas de doença que acompanham a pessoa idosa (pessoa com idade igual ou superior a 65 anos), que a tornam mais frágil, em virtude do declínio da capacidade intrínseca da pessoa e das suas reservas fisiológicas (OMS, 2015).

Segundo a DGS (2006), pessoas idosas «frágeis» são pessoas com alto risco de descompensação, que cumprem os critérios de fragilidade descritos por Winograd, em 1983. São eles: idade igual ou superior a 65 anos, condição de acidente vascular cerebral, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, défice de mobilidade, dependência das Atividades de Vida Diárias (AVD), episódios de quedas nos últimos 3 meses, situação de acamamento prolongado, úlceras de pressão, condição de desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, diminuição da acuidade visual e auditiva, problemas socioeconómicos e familiares, necessidade de uso de contenções, incontinência e episódios de hospitalização não programada nos últimos três meses

(DGS, 2006).

Estes critérios de fragilidade constituem um alerta devido à maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos, nomeadamente o acréscimo dos episódios de queda com consequentes fraturas, maior risco de dependência ou incapacidade, maior risco de institucionalização ou hospitalizações prolongadas (com acrescido risco de mortalidade), bem como de perda de função após internamento (Zanetti et al., 2021; Chang et al., 2018; DGS, 2006).

Terry Fulmer, enfermeira especialista em geriatria, desenvolveu em 1988, no contexto do programa *Nurses Improving Care for Healthsystem Elders*, um instrumento de avaliação ao idoso hospitalizado, denominado SPICES (Fulmer, 2007). Este instrumento foi criado com o objetivo de obter informações cruciais à prevenção de alterações de saúde nos idosos em contexto hospitalar. A sua mais-valia centra-se no facto de direcionar os cuidados do enfermeiro para aspetos que condicionam a saúde do idoso, não necessariamente relacionados com o motivo de internamento (Fulmer, 2007). Estas condições formam o acrónimo SPICES, sendo: S, de «*Sleep Disorders*» ou alterações do sono; P, de «*Problems with Eating or feeding*» ou problemas de nutrição; I de «*Incontinence*» ou incontinência; C de «*Confusion*» ou confusão; E de «*Evidence of falls*», ou evidência de quedas; e S de «*Skin breakdown*» ou lesões de pele.

É urgente que se formalizem novas perspetivas sobre os cuidados de saúde a prestar num modelo de sociedade que se encontra constantemente em mudança. Como a própria autora assinala «*new models of care will be needed in all settings to accommodate the rapidly rising number of people living with one or more chronic conditions*» (Fulmer, 2007).

1.2. Infecções associadas aos cuidados de saúde

O número de comorbilidades tem um impacto significativo no desenrolar e desfecho das hospitalizações nos idosos (Alcantara et al., 2020). Indivíduos com três ou mais doenças crónicas têm risco acrescido de complicações (Alcantara et al., 2020), constituindo a hospitalização assim um evento de *stress* para a pessoa idosa pela tendência de exacerbação das suas patologias base e, ainda, pelo risco de desenvolver eventos adversos, como as infeções adquiridas em meio hospitalar (Witt et al., 2022).

Responsáveis pelo aumento da mortalidade, morbilidade e tempo de internamento com elevados gastos na saúde (NICE, 2019), as infeções adquiridas em contexto hospitalar constituem uma preocupação atual, apesar de ser um tema que remonta já ao início do século XIX aquando os primeiros passos por Florence Nightingale no controlo e prevenção da infeção a nível hospitalar (DGS, 2007).

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) emite, em 1930, os primeiros alertas relativos à infeção hospitalar, sendo que, a nível europeu, apenas em 1979 é lançada uma circular informativa por parte da Direção Geral dos Hospitais relativa ao tema (DGS, 2007).

Convencionalmente, dependendo da sua origem, as infeções são divididas em infeções adquiridas na comunidade, ou infeções adquiridas em meio hospitalar/ infeções nosocomiais (Sugishita et al., 2018). Só mais tarde surge o conceito de IACS, sendo este definido pela DGS, no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) em 2007, como *«uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade»* (DGS, 2007).

De ressaltar que uma infeção é considerada uma IACS caso seja adquirida em meio hospitalar, perante a exclusão do seu período de incubação, e perante a ausência de sinais e sintomas de infeção no momento da admissão hospitalar (Iskender et al., 2017).

Uma das consequências mais inquietantes das IACS são as Resistências dos Microrganismos aos Antibióticos (RAM), acarretando ameaças à segurança dos doentes, profissionais e comunidade. Ao gerar uma tendência no aumento do uso de antibióticos, inviabilizam concomitantemente a qualidade dos cuidados (PPCIRA, 2017). A nível nacional, em resultado da junção do PNCI e do Programa Nacional de Prevenção e Resistência aos Antimicrobianos (PNPRA), surge o Programa de Prevenção e Controle de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), em 2013, considerando-se um programa prioritário com vista à qualidade em saúde e segurança no doente.

A Organização Mundial de Saúde tem vindo a desenvolver programas como o *«Clean Care is Safer Care»* (2005), *«WHO /UNICEF Initiative: Hand Hygiene for all»* (2020), *«Accelerate action together. SAVE LIVES – Clean Your Hands»* (2023) onde se preconiza, entre outras ações, a higiene das mãos como uma das medidas de maior relevância na redução das infeções, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução dos custos.

Atualmente, a nível nacional, o PPCIRA promove o projeto «STOP Infecção Hospitalar!» 2.0, dirigido a unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, com objetivo de reduzir em 50% a taxa de infecção hospitalar adquirida num período de 3 anos. Pretende-se com a intervenção atingir um ganho económico através da redução de custo e diminuição de taxas de infecção.

Estima-se que, na Europa, as IACS causem cerca de 16 milhões de dias adicionais de hospitalização por ano, com custos acrescidos de 7 bilhões de euros anualmente (Voidazan et al., 2020). As IACS ocorrem sobretudo em pessoas que se encontram hospitalizadas ou em unidades de cuidados de longa duração, na medida em que estão mais suscetíveis quando comparadas com pessoas na comunidade, devido ao uso de medicação como imunossuppressores, procedimentos invasivos e/ou contacto com outros doentes infetados (Moralejo et al., 2018; Iskender et al., 2017).

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), as IACS mais frequentemente reportadas são as infeções do trato respiratório associada a ventiladores, infeções do trato urinário associadas a cateterização, infeções do local cirúrgico, infeções da corrente sanguínea associadas a cateter central e infeções gastrointestinais (com predomínio da infeção por *clostridium difficile*).

1.3. Infeções do trato urinário nas pessoas idosas hospitalizadas

As ITU relevam-se como o tipo de infeções mais frequentemente reportadas, a par com as infeções respiratórias (CDC, 2015; Cristina et al., 2021; Shadle et al., 2021), constituindo uma das principais causas de encaminhamento de idosos das instituições de saúde aos serviços de urgência. São infeções que envolvem qualquer parte do sistema urinário, estando divididas quanto à sua localização em infeção do trato urinário baixo, ou cistite (acomete a uretra e bexiga), e em infeção do trato urinário alto, ou pielonefrite (acomete os ureteres e rins). A ITU baixa caracteriza-se por, geralmente, ser provocada por bactérias do trato gastrointestinal que acedem à uretra e migram até à bexiga (NICE, 2018). Quanto à ITU alta, é uma infeção em que um ou ambos os rins são atingidos, geralmente por bactérias que ascendem da bexiga (NICE, 2018). Os sintomas característicos de uma ITU baixa são a presença de polaquiúria, urgência miccional,

disúria, e/ou desconforto supra-púbico, (CDC, 2021). A ITU alta geralmente inicia-se por um quadro de ITU baixa, podendo provocar febre, com temperaturas iguais ou superiores a 38°C e dor lombar que pode irradiar para os flancos (CDC, 2021).

A ITU pode acarretar várias complicações que podem levar à sépsis (Myoung et al., 2021). Estas complicações, aliadas à alta taxa de recorrência da infecção, fazem com que seja fundamental a sua prevenção (Girard et al, 2017). Pode ainda ser sintomática ou assintomática, sendo neste último caso denominada por bacteriúria assintomática devido à ausência de sintomas e a sua prevalência varia entre 25 a 50% no género feminino, e entre 15 a 40% no género masculino (Haaijman et al., 2018). A bacteriúria assintomática assume níveis de bactérias superiores a 10⁵ unidades formadoras de colónias por mililitro (UFC/ml) na urina, sem qualquer sintoma de ITU (NICE, 2018).

Além da idade avançada e de disfunções anatómicas, fatores precipitantes ao desenvolvimento de ITU incluem patologias como alzheimer e parkinson, diabetes *mellitus*, disfunção renal ou doença crónica agudizada, défice de imunidade, défice de estrogénio, défice no esvaziamento da bexiga com aumento residual de urina, incontinência urinária, presença de cateter vesical, prostatite crónica, hipertrofia da próstata e cistocelo (CDC, 2009; Cristina et al., 2021; Arrais, 2017).

A literatura é concisa quando afirma que a ITU só deverá ser diagnosticada na presença de sinais e sintomas genito-urinários e com um resultado de cultura positivo. Apesar disso, deteta-se, na maioria dos casos, o início e/ ou agravamento de situações de *delirium*, que, apesar de ser um sintoma não-específico (ou manifestação não-urinária), continua a patentear-se como um dos mais comuns para suspeitar de uma ITU baixa nos idosos, levando muitas vezes à implementação de antibioterapia empírica (Krinitski et al., 2021; Mayne et al, 2019). Não instituir, ou atrasar o início do antibiótico na pessoa idosa com ITU pode significar um aumento importante do risco de septicémia e morte em 60 dias (Shallcross et al., 2020). O diagnóstico de ITU torna-se assim ainda mais complicado pela alta prevalência de bacteriúria assintomática, e doentes com diagnósticos de demência e *delirium* tornam-se mais propensos a estarem continuamente «bacteriúricos» (Mayne et al., 2019).

Sabe-se que entre as ITU adquiridas em meio hospitalar, 75% estão associadas a cateter urinário e cerca de 15 a 25% dos doentes hospitalizados são algaliados durante o internamento (CDC, 2015). O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018)

assume a definição de *Catheter Associated Urinary Tract Infection* (CAUTI) quando existe presença de sinais e sintomas compatíveis com ITU pelo menos 48h após a colocação do cateter vesical, sem nenhuma outra fonte de infecção identificada, e com níveis de bacteriúria significativos nas primeiras 48h após remoção da algália (NICE, 2018).

Sabe-se também que quanto mais tempo o doente permanecer algaliado, maior será a desenvolvimento de bactérias na urina, sendo que após um mês de permanência da algália existe bacteriúria significativa em grande parte dos indivíduos (NICE, 2018). Assim, o cateter deverá ser removido o mais cedo possível de forma a evitar as ITU e, caso não seja possível remover o cateter em caso de infecção, este deverá ser trocado de 7/7 dias (NICE, 2018).

Como fatores modificáveis com vista à prevenção do desenvolvimento das CAUTI, as indicações para algaliação deverão ser ponderadas, assim como o tempo de permanência da algália, sendo este último um dos fatores mais preditivos para o estabelecimento de bacteriúria associada ao cateter. O risco de adquirir bacteriúria é de cerca de 3 a 10% por dia de permanência do cateter (Arrais et al., 2017) e, a forma como este é manipulado, bem como as medidas preventivas de infecções cruzadas, devem também ser tidas em conta de forma a minimizar o desenvolvimento das CAUTI. Neste parâmetro, a enfermagem tem um contributo fundamental.

O NICE lança, em 2012, um documento com orientações referentes à prevenção e controlo de IACS, tendo este sofrido a sua última revisão e atualização em 2017. O documento ressalva que parâmetros como a destreza dos profissionais na técnica assética de algaliação e em técnicas de manipulação do cateter devem ser alvo de educação e treino regular (NICE, 2017). Sublinha ainda a importância de documentar todas as intervenções com vista a uma maior consciencialização e identificação de resultados. Quanto à decisão de algaliação, as orientações indicam que deverá ser opção apenas quando métodos alternativos forem descartados, que a manutenção do cateter deverá ser analisada com frequência, que este deverá ser removido o mais cedo possível e que a inserção, alteração e cuidados ao cateter deverão ser sempre documentados (NICE, 2017).

Quanto à manipulação do cateter vesical, é reforçada a importância da conexão do cateter a um sistema de drenagem esterilizado e o posicionamento do saco de drenagem abaixo do nível da bexiga, sem que este entre em contacto com o chão. A não correta fixação adequada do saco de drenagem pode provocar trauma da uretra e refluxo

do seu conteúdo, aumentando assim o risco de CAUTI (Arrais et al., 2017). Deverá também ser desenvolvido um regime de cuidados específicos para cada doente de forma a minimizar o risco de obstruções e infeções, onde se deverá atentar ao esvaziamento da drenagem vesical com frequência suficiente que permita o fluxo urinário, prevenindo o seu refluxo. É importante também que o meato urinário seja lavado diariamente com água e sabão e deverá ser incentivado o aumento de ingestão hídrica (NICE, 2017).

Ao analisar as orientações do CDC relativamente à prevenção das CAUTI (2019), encontra-se concordância com as indicações supracitadas pelo NICE. Destaca-se, no entanto, a nomeação de critérios que justifiquem o uso de cateter vesical, sendo eles: situações de retenção urinária aguda ou de obstrução de algália; contabilização de débito urinário; peri-operatório de procedimentos cirúrgicos específicos, como cirurgias urológicas ou com altos débitos de infusões programados, cirurgias de tempo prolongado, entre outros; presença de úlceras de pressão a nível da região sacrococcígea, ou feridas perineais em doentes incontinentes; necessidade de imobilização prolongada (por exemplo, lesões ou fraturas de coluna/ pélvis potencialmente instáveis); e situações de conforto em fim de vida, se necessário (CDC, 2019).

Como práticas indevidas, o CDC releva a utilização do cateter vesical em casos de «substituição de cuidados» à pessoa com incontinência, como meio de obtenção de amostra de urina para cultura (caso a pessoa seja capaz de o fazer voluntariamente), ou como condição pós-operatória prolongada sem indicação adicional (CDC, 2019).

A troca do saco de drenagem é apenas recomendável em situações cujo sistema fechado tenha sido comprometido, ou em indicações clínicas como obstruções ou infeções – a sua troca com base em intervalos fixos não é recomendada. Relativamente ao tipo de cateter, o CDC dá primazia ao silicone, em virtude de outro tipo de materiais, de forma a reduzir o risco de aderência de matérias orgânicas ao mesmo (CDC, 2019).

O controlo e prevenção das ITU e das CAUTI exigem assim a implementação de um vasto conjunto de medidas, perante as quais programas e protocolos de atuação contínua exercem uma grande relevância nos ganhos em saúde. É da responsabilidade do enfermeiro, enquanto promotor da qualidade de vida e segurança do doente, intervir nesta área.

Os programas de melhoria de qualidade no âmbito das CAUTI têm como principais propósitos garantir a correta utilização dos cateteres, identificar e remover cateteres que

não sejam necessários e garantir a adesão à higiene das mãos. Intervenções que têm demonstrado ser eficazes passam pela implementação de sistemas de alerta ou lembretes na identificação de todos os pacientes com algália (com vista à avaliação da sua necessidade), pela implementação de protocolos e diretrizes orientadas por enfermeiros relativas à remoção de cateteres vesicais, e pela análise de resultados das intervenções quanto à performance de higienização das mãos e manipulação dos cateteres (CDC, 2019).

Neste sentido, o olhar crítico do enfermeiro perante a origem do problema deverá ser a sua prioridade, procurando alternativas preventivas e percebendo que as suas intervenções perante estados iniciais patológicos podem demarcar o seu carácter agudo e reversível, ao invés de crónico e irreversível (Fulmer, 2007).

Na conceção atual de prestação de cuidados que se pretendem de excelência, com primazia na segurança do doente e na personalização dos serviços prestados, entende-se que os enfermeiros devam responder com diligência e responsabilidade de forma a ir ao encontro das necessidades e desafios que se emergem. Tal evolução que se faz sentir exige da Enfermagem uma melhoria de competências.

1.4. Referencial teórico: Cuidado centrado na pessoa

O presente projeto assenta no referencial teórico de McCormack & McCance (2006), que segue a conceção de Cuidados Centrados na Pessoa (CCP), pretendendo-se reconhecer e atribuir à pessoa a centralidade no seu processo de cuidados (McCormack & McCance, 2006). O CCP vem representar a mudança de foco do modelo biomédico tradicional, onde a pessoa era tida como um alvo passivo do sistema de saúde, passando a integrar um modelo onde as escolhas individuais e a autonomia para aqueles que recebem cuidados de saúde são valorizadas. Neste sentido, enfermeiros e demais profissionais de saúde deverão projetar as suas conceções de acordo com a pessoa que detém particularidades únicas, e não esperar que estes se adaptem a um sistema de cuidados impersonalizado (McCormack & McCance, 2006).

Reconhece-se no CCP uma base essencial para uma prática de cuidados de saúde com qualidade, onde a opinião dos doentes não atua apenas como um complemento à

perspetiva do profissional de saúde, mas ao invés, fornece informações exclusivas e valiosas sobre as suas várias dimensões biológica, psicológica, espiritual e social. Com base nesta informação, é expectável que o enfermeiro especialista seja permeável à estruturação de estratégias que cultivem uma relação enfermeiro–doente harmoniosa, com intercâmbio de experiências, valores e crenças, onde o doente é olhado holisticamente e os seus ideais e objetivos de vida são valorizados (American Geriatrics Society, 2016). O CCP vem, sobretudo, permeabilizar o doente ao desenvolvimento de características que o tornem confiante, capaz e dotado dos conhecimentos necessários para a toma de decisões conscientes e informadas. Ressalva-se que a prestação de CCP envolve não só o doente, mas também a sua família e/ou outros que sejam importantes para o mesmo (American Geriatrics Society, 2016).

Segundo a Health Foundation (2016), a visão que o CCP transmite, ainda que numa primeira instância possa parecer acessível, falha na direção que os cuidados assumem, tornando-se em cuidados «para» a pessoa, e não «com» a pessoa, dificultando assim a inclusão integral do doente no processo (The Health Foundation, 2016).

McComark & McCance (2006) definem o CCP como um conjunto de construtos que se inter-relacionam entre si, em que cada camada é estruturada e ordenada para que possa dar estabilidade à seguinte. São eles: os «pré-requisitos», onde se exige um enfermeiro profissionalmente competente, com aptidões interpessoais e de comunicação eficazes, que sinta comprometimento com a missão a desempenhar e competências de gestão de cuidados, como a clareza na tomada de decisão e estabelecimento de prioridades; o «ambiente», nomeadamente o contexto onde são prestados cuidados, tanto a nível do espaço físico, como institucionalmente, com uma organização que facilite a decisão compartilhada e uma relação terapêutica com a equipa (McCormack & McCance, 2006); o «processo centrado na pessoa», onde se efetiva a visão dos CCP com intervenções que trabalhem o *engagement* do doente, as suas crenças e valores, e onde são prestados cuidados holísticos (McCormack & McCance, 2006); e os «resultados», que concluem o processo com um doente com sensação de bem-estar, satisfeito e envolvido nos cuidados (McCormack & McCance, 2006).

O desígnio dos CCP estabelece uma relação consonante com a perspetiva de Kitson (2016), que aborda o *Fundamental Care* (FC). O termo FC, embora não seja recente, tem vindo a destacar-se devido à ênfase crescente nos CCP, dirigindo o foco para a forma

como os doentes são incentivados a participar da gestão dos seus cuidados, envolvendo ações por parte do enfermeiro que respeitem e concentrem os aspetos essenciais do doente, de forma a garantir o seu bem-estar físico e psicossocial (Ryder et al., 2022). Os FC são definidos pelas tarefas que, ao longo das suas vidas, as pessoas executam diariamente como intrínsecas do autocuidado (como o alimentar-se, a eliminação, ou a higiene pessoal) e que, não só garantem a sua sobrevivência, como a sua dignidade, saúde e bem-estar (Feo & Kitson, 2016,).

Naturalmente, ao considerar a tendência global para o envelhecimento populacional com condições de saúde complexas, percebe-se um comprometimento crescente na capacidade das pessoas realizarem tais tarefas (Feo & Kitson, 2016). No sentido de promover cuidados de excelência, com profissionais de excelência, Kitson (2016) enuncia o FC conceptualizado em três dimensões distintas: estabelecer a relação – envolve criar e manter uma relação de confiança, com foco na pessoa, sabendo antecipar as suas necessidades e percebendo que estas são mais rapidamente atendidas de forma personalizada quando existe uma relação de confiança; prestar cuidados fundamentais de forma integrada – assumindo-se como uma tarefa complexa, Kitson (2016) explica que para cada componente física de uma tarefa (por exemplo, «ajudar nos cuidados de higiene») existe uma equivalência psicossocial («a dignidade do doente foi mantida?») e relacional («o enfermeiro demonstrou empatia ao longo dos seus cuidados?») (Kitson, 2016); e, por último, o contexto da prestação de cuidados – onde se entende que a relação enfermeiro-doente e o cuidado fundamental são inevitavelmente influenciados pelo ambiente onde o cuidado é prestado, ditando a sua qualidade (Kitson, 2016; Ryder et al., 2022).

Assumindo os FC como cuidados essenciais a serem desempenhados pelo indivíduo, a práticas dos mesmos em situação aguda de doença pode representar um desafio, particularmente quando se considera um contexto hospitalar (complexo por si só), e sobretudo para a pessoa idosa que se encontra em declínio funcional (Grealish et al., 2022).

2. Contexto de Execução do Projeto

2.1. Enquadramento metodológico

Na implementação deste projeto foi utilizada a metodologia de projeto. Esta metodologia é caracterizada pelo seu carácter reflexivo, estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática, e permitindo ao profissional a aplicação de intervenções numa situação real que levem à resolução de problemas (Ruivo et al., 2010). Estes autores definem a metodologia de projeto através de cinco fases orientadoras: diagnóstico de situação, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades, avaliação e divulgação de resultados (Ruivo et al., 2010).

Na unidade curricular do segundo semestre «Opção II» foi viabilizada a integração prévia no contexto de estágio de forma a identificar a problemática a trabalhar, estabelecer o diagnóstico de situação, refletir e justificar a sua pertinência. Assim, com a observação e participação antecipada nas práticas de cuidados na unidade, foi possível delinear o percurso a percorrer, atividades a desenvolver e planear meios de forma a alcançar os objetivos estabelecidos.

A implementação do projeto decorreu no terceiro semestre, de 26 de setembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023. Neste período, foram realizadas reuniões periódicas na unidade com a docente e enfermeiras orientadoras, preponderantes no contínuo desenvolvimento do projeto, e de extrema relevância na orientação do mesmo. As sessões de orientação tutorial revelaram-se também fundamentais no caminho traçado pela partilha de experiências.

Ao longo do estágio clínico foram desenvolvidas práticas de pesquisa e análise de informação científica, realizados momentos formativos junto da equipa multidisciplinar, discussão das práticas com recurso a instrumentos protocolados a nível institucional e nacional (norma DGS n.º 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022), e momentos de reflexão em equipa sobre os registos de enfermagem, objetivando reconhecer as intervenções registadas pela equipa de enfermagem inerentes ao controlo e prevenção da ITU. Este processo foi acompanhado em todas as suas fases pelo diretor de serviço e

enfermeira chefe.

A divulgação dos resultados após a implementação do projeto confere a última etapa. Neste sentido: foram realizados dois pósteres em contexto clínico denominados «Fluxograma do Registo da Prevenção da Infecção relacionada com Cateter Urinário» (Apêndice I) e «Cuidados à Pessoa Idosa Hospitalizada» (Apêndice II); apresenta-se o presente documento descritivo, com exposição das atividades e competências desenvolvidas ao longo deste percurso, onde se inclui um protocolo de Revisão de *Scoping* (Apêndice III); foi realizado um póster intitulado de «A Pessoa Idosa Hospitalizada – Síndrome Dinâmica de Fragilidade Geriátrica», apresentado num evento científico organizado pelo serviço (Anexo 1); e foi realizada uma rubrica para a *newsletter* do centro hospitalar, em colaboração com o Gabinete de Segurança do Doente, relativamente ao tema «A Pessoa Idosa Hospitalizada».

2.2. Justificação e pertinência do projeto

Sabe-se que as IACS constituem, atualmente, um flagelo a nível mundial. Percebendo que a população idosa é aquela que mais sofre as suas repercussões (OMS, 2009), a hospitalização desta população torna-se um evento adverso que restringe as reservas fisiológicas do idoso e que compromete a sua independência (Witt et al., 2022). Com o internamento, há também o risco acrescido de desenvolver infeções, perturbando física e cognitivamente o idoso. Como já referido, uma das infeções mais presentes em âmbito hospitalar é a infeção que acomete o trato urinário, sendo pretendido então que o presente projeto atue perante esta adversidade e que permita conduzir a comportamentos e práticas que possam fazer face a esta problemática, contribuindo assim para a prevenção da infeção urinária no doente hospitalizado.

Segundo o CDC (2019), a hospitalização, particularmente em serviços de ortopedia, é um fator preditivo para o desenvolvimento de ITU. Tal se justifica pela presença de trauma e de fraturas e, particularmente, pelo seu contexto pós-operatório que compromete a mobilidade, potencia os riscos de retenção urinária e disfunção neurogénica da bexiga e ainda, aliado ao aumento do fluxo medicamentoso, leva também ao consequente uso de cateteres vesicais, constituindo-se todos estes fatores preditivos

ao desenvolvimento de ITU (Ronfeldt et al., 2021).

Adicionalmente, além das ITU constituírem um sério risco à reabilitação do doente, constituem também um fator de risco para o desenvolvimento de episódios de *delirium* que, por si só, contribuem para atrasar o diagnóstico e o seu tratamento, implicando um prolongar do internamento e recuperação do doente (Ronfeldt et al., 2021). Nestes casos, o diagnóstico de ITU torna-se embargado pela ausência de comunicação de sintomatologia por parte dos doentes que, devido ao estado de consciência alterado, não são capazes de se expressar adequadamente.

A seleção do local de estágio teve por base a informação recolhida resultante da pesquisa bibliográfica e revisão da literatura efetuada, tendo sido tomada como pertinente uma unidade de TO para a implementação do projeto, na medida em que o serviço em questão contempla em larga escala a população-alvo, com doentes na sua maioria de idade igual ou superior a 65 anos, em situação de fragilidade – predominantemente vítimas de quedas e de fraturas – e em situação peri-operatória, reunindo assim um vasto leque dos fatores de risco precipitantes ao desenvolvimento de ITU.

Neste período, ao consultar as normas e procedimentos institucionais, tomei conhecimento do Procedimento Multissetorial (PM) «Prevenção da Infecção relacionada com Cateter Urinário no Adulto», inserido na área de segurança do doente e publicado pelo Grupo de Coordenação Local – PPCIRA. Este PM tem como objetivos, além da prevenção de infeções urinárias relacionadas com os cateteres urinários, a uniformização dos cuidados ao doente com cateter urinário. O seu âmbito de aplicação é de nível institucional, direcionando-se a todos os profissionais das unidades prestadoras de cuidados diretos ao doente. Dele constam dois anexos: o «Feixe de Intervenções na Inserção da Algália» e o «Feixe de Intervenções na manutenção da algália».

Os Feixes de Intervenções (FI), ou também denominados «*Bundles of Care*» surgiram em 2001, concebido pelo *Institute for Healthcare Improvement*, com o objetivo de prevenir as IACS. A sua definição tem por base compor um conjunto de orientações que impulsionem a implementação de programas de controlo e prevenção de infeções, garantindo as contínuas atualizações dos mesmos. Em Portugal, os FI passaram a ter implementação obrigatória em 2015, sendo as suas normas publicadas pela DGS e pela Associação Nacional de Controlo de Infecção (DGS, 2015), garantindo assim uma prestação

de cuidados atualizada e baseada na evidência científica.

Após reunião com a enfermeira chefe da unidade foi percebida a lacuna na abordagem desta parametrização e, aliando ao interesse particular da unidade na dinamização deste critério de qualidade e segurança do doente, serviu como uma oportunidade de intervenção na melhoria contínua de cuidados, integrando-se inequivocamente na habilitação de competências específicas de um enfermeiro especialista e mestre.

2.3. Finalidade, objetivos e atividades planeadas

Como finalidade neste projeto, estabeleci o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, com enfoque na prevenção da infeção do trato urinário na pessoa idosa hospitalizada. Para aquisição e concretização destas competências, identifiquei dois objetivos gerais:

- Objetivo Geral 1 [OG1]. Contribuir como enfermeira especialista e mestre na melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa hospitalizada num serviço de TO, promovendo a prevenção da ITU;
- Objetivo Geral 2 [OG2]. Promover comportamentos de mudança na equipa multidisciplinar relativos à prática de cuidados preventivos da ITU na pessoa idosa hospitalizada.

Como objetivos específicos (OE) e atividades planeadas, expõem-se as descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Objetivos Gerais, objetivos específicos, atividades planeadas e resultados esperados.

OG 1.		
OE	Atividades Planeadas	Resultados Esperados
Objetivo Específico 1.	▪ Realização de pesquisa	▪ Aumenta conhecimentos no

<u>Desenvolver competências enquanto enfermeira especialista e mestre na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada num serviço de TO, no âmbito da prevenção das IACS, particularizando às ITU:</u>	bibliográfica e revisão reflexivo-crítica da literatura relativa à pessoa idosa, Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI), prevenção das IACS e das ITU; ▪ Realização de estágio no Serviço de TO de 26/09/2022 a 10/02/2023; ▪ Realização de um protocolo de Revisão de <i>Scoping</i>; ▪ Prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada no serviço de TO, implementando intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas, e contribuindo para o controlo e prevenção da ITU, promovendo o CCP – cuidado holístico: realização de educação para a saúde junto da pessoa idosa e da sua família relativa a cuidados associados à prevenção da ITU e CAUTI, quando aplicável – literacia em saúde.	âmbito dos cuidados à pessoa idosa, PBCI, prevenção das IACS e das ITU; ▪ Divulga evidência científica atualizada no âmbito dos cuidados à pessoa idosa, PBCI, prevenção das IACS e das ITU; ▪ Elabora Protocolo de Revisão de <i>Scoping</i>; ▪ Divulga as normas orientadoras existentes a nível institucional, nacional e internacional no âmbito do controlo e prevenção de IACS e ITU; ▪ Adquire e integra competências na gestão de cuidados ao intervir junto da pessoa idosa e da sua família, solucionando problemas e atendendo à dimensão holística da pessoa ao promover o CCP – recorre a instrumentos de avaliação multidimensional e elabora e adapta planos de cuidados de intervenção à pessoa idosa; ▪ Reflete sobre as atividades desenvolvidas, aprendizagens apreendidas e obstáculos encontrados ao longo do estágio clínico – realiza relatório de estágio final.
OG 2.		
OE	Atividades Planeadas	Resultados Esperados
Objetivo Específico 2.	▪ Promoção da participação da	▪ Elabora o presente relatório «O

<u>Desenvolver competências na equipa multidisciplinar relativas ao controlo e à prevenção da ITU na pessoa idosa hospitalizada</u>	equipa de enfermagem e equipa de Assistentes Operacionais (AO) no controlo e prevenção da ITU na pessoa idosa hospitalizada; ▪ Criação e dinamização de um Grupo de Trabalho para reflexão, identificação e discussão das práticas inerentes à inserção e manutenção da algália, com recurso ao preenchimento dos FI protocolados a nível institucional sob a norma CIRA e DGS; ▪ Dinamização do Grupo de Trabalho para reflexão sobre a documentação das práticas a nível do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – <i>SClinico</i> Hospitalar – relativas à prevenção da ITU na pessoa algaliada.	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada» com exposição da justificação do projeto, estado de arte, objetivos e atividades a desenvolver – início do estágio; ▪ Realiza atividades formativas junto da equipa de Enfermagem e equipa de AO relativas à prevenção e controlo de IACS, com enfoque na ITU e CAUTI; ▪ Cria um grupo de trabalho com a equipa de Enfermagem no âmbito da prevenção e controlo da ITU para dinamização da temática em estudo; ▪ Impulsiona e dinamiza 2 momentos reflexivos formais, com o GT e em equipa, sobre as práticas inerentes à inserção e manutenção da algália, analisando e discutindo os FI protocolados a nível institucional sob a norma CIRA e DGS; ▪ Impulsiona e dinamiza 2 momentos reflexivos formais, com o GT e em equipa, sobre a documentação das práticas a nível do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – <i>SClinico</i> Hospitalar – relativas à prevenção da ITU na pessoa algaliada.
--	--	--

Objetivo Específico 3. <u>Promover a consciencialização da equipa multidisciplinar sobre os resultados das intervenções implementadas com vista à prevenção e controlo das ITU.</u>	▪ Promover a consciencialização da equipa multidisciplinar sobre os resultados das intervenções implementadas com vista à prevenção e controlo das ITU, visando um processo crítico-reflexivo sobre as práticas.	▪ Cria um momento formal com a equipa, no final do estágio, para reflexão e análise do caminho percorrido, evolução e perceção de melhoria dos cuidados, analisando as intervenções implementadas no âmbito da prevenção e controlo das ITU.
---	--	--

2.4. Caracterização do local de estágio

O campo de estágio enquadra-se num hospital da jurisdição da Administração Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no distrito de Lisboa, numa unidade de Traumatologia Ortopédica. A sua missão assenta num processo de lógica de melhoria contínua, avocando como principal alicerce a eficiência dos cuidados, a satisfação dos doentes e a criação de valores e ganhos em saúde.

Para cada turno é previamente estabelecido o «Enfermeiro Responsável de Equipa» (ERE), sendo este rotativo e, sempre que presente, um enfermeiro especialista. O ERE assume uma posição central no seio da equipa, com funções de gestão, decisão e organização a nível dos cuidados. Vê-se neste um elemento de apoio aos restantes colegas, intervindo nas tomadas de decisão e mediação de situações.

Outra valência do internamento são as consultas de seguimento de enfermagem, realizadas nas primeiras 48h após a alta clínica do doente, que têm como objetivo o acompanhamento do doente em todo o seu processo peri-operatório, onde se validam os processos de aprendizagem apreendidos no internamento, identificam-se necessidades, problemas ou dúvidas do doente, e avalia-se a reinserção e readaptação às AVD em contexto domiciliário.

3. Atividades e Aprendizagens Realizadas: Análise Crítico-Reflexiva

A prática da Enfermagem tem vindo a sofrer um crescimento galopante, desde os anos 40 até aos dias de hoje, sendo o seu exercício profissional uma ciência e disciplina cujo avanço da medicina e a elevada demanda de padrões de qualidade nos cuidados de saúde exigem dos seus profissionais uma formação contínua.

Entende-se que a procura de momentos de aprendizagem ao longo do percurso profissional se torna premente na construção ativa de competências que firmem uma evolução sustentada no saber. Ao longo do decorrer do estágio tive a oportunidade de integrar novas aprendizagens, ajustar práticas já integradas e, inequivocamente, aprofundar conhecimentos numa área tão particular como o contexto agudo de uma pessoa vítima de trauma.

O aprimoramento profissional como consequência de um processo de reflexão permanente sobre a prática clínica é uma realidade, mas, para tal, torna-se necessário deter e treinar a plasticidade de raciocínio e de adaptar, sempre que necessário, os próprios métodos de ação de forma a permitir a melhor gestão de situações complexas no quotidiano. Atendendo a esta competência de formação e, possivelmente, de construção paralela à linha temporal de experiência que o profissional detém, entendo neste processo um elevado grau de consistência e de exigência por parte do profissional que se proponha objetivamente a atingir este patamar.

A minha experiência enquanto profissional passou, no decorrer de sete anos, fundamentalmente por três áreas: internamento num serviço de Cirurgia Geral, serviço de Urgência Geral Polivalente (UGP) e por uma Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI).

Na unidade cirúrgica, as patologias recaíam sobretudo na área hépato-bilio-pancreática, gástrica, colorretal e senologia, em que o público-alvo abrangia maioritariamente pessoas idosas, com várias comorbilidades associadas e com todos os riscos de descompensação associados a um contexto peri-operatório.

A área de UGP abrange doentes com idades iguais ou superiores a 18 anos de idade, destinando-se ao atendimento de situações urgentes/ emergentes, especialmente

em situações de alterações súbitas ou de agravamento do estado de saúde, não sendo menos comum a ocorrência destes eventos em pessoas idosas.

Concomitantemente, ao longo dos últimos anos, mantive contacto permanente com a população idosa numa ERPI. Nestas estruturas, o enfermeiro tem o dever de proporcionar cuidados adaptados ao contexto biopsicossocial das pessoas idosas e de contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, onde se potencia a integração social e incentivam relações intrafamiliares.

Assim, o meu percurso profissional teve sempre por base o contacto com a população idosa, sendo esta, desde sempre, a população com a qual mais me identifico. Ao longo da minha prática, as aprendizagens que tenho vindo a adquirir até ao dia de hoje carregam consigo (não só, mas também) uma componente empírica, constituindo-se inequivocamente uma base de aprendizagem. Contudo, a procura de conhecimento e o aprofundamento de matérias e Práticas Baseadas na Evidência (PBE) através do estudo científico e investigação constituem-se fundamentais na construção sustentada de conhecimento, surgindo assim o interesse em realizar mestrado direcionado à área médico-cirúrgica com intervenção na pessoa idosa.

Pretende-se, nos subcapítulos seguintes, expor a experiência vivenciada com as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, de forma a ir ao encontro dos objetivos delineados, bem como partilhar uma análise crítico-reflexiva sobre as mesmas.

3.1. Atividades no âmbito da prestação direta de cuidados à pessoa idosa hospitalizada

A prestação de cuidados na unidade inicia-se com a passagem de turno entre os elementos da equipa de enfermagem, através do apoio de uma folha pré-formatada para este fim. A passagem de turno, formalmente denominada de «transição de cuidados» é definida pela DGS através da Norma n.º 001/2017 como «(...) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos» (DGS, 2017).

Considerando o regime rotativo de turnos dos enfermeiros, e de forma a garantir a continuidade e qualidade dos cuidados ao longo das 24h de trabalho, é fundamental que sejamos capazes de receber e de compreender de forma inequívoca todas as condutas, decisões e alterações que ocorreram na nossa ausência sobre o estado de saúde dos doentes. Desta forma, a comunicação torna-se um elemento decisivo neste processo e, segundo Sotrati et al. (2020), pode refletir-se numa maior ou menor qualidade da prática de cuidados, consoante a eficácia da transmissão. A norma supracitada refere ainda que «as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. (...) até 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente» (DGS, 2017).

Ao conhecer a folha da passagem de turno do serviço utilizada para a transmissão de informação, foi perceptível a sua organização segundo uma metodologia concordante com a técnica ISBAR. A metodologia ISBAR é indicada pela DGS (2017), segundo a Norma 001/2017, como uma «Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde», sendo um instrumento de comunicação em saúde criado para padronizar a transição de informação com o objetivo de promover a segurança do doente (DGS, 2017).

Fugindo ao conceptual momento de passagem de turno «à porta fechada», tive a oportunidade de experienciar passagens de turno junto dos doentes, sentindo necessidade de investigar e analisar algumas particularidades dos diferentes métodos de transição de informação que têm vindo a ser implementados. A passagem de turno à cabeceira, ou *bedside handover*, tem vindo a ganhar destaque ao longo dos últimos tempos, pelo que a literatura eleva como principais vantagens uma maior promoção da segurança do doente – por reduzir falhas na comunicação e consequentes erros associados –, bem como uma promoção dos cuidados centrados na pessoa (Bressan et al., 2019; Dahm et al., 2022).

Dahm et al. (2022) abordou um ponto sobre o qual me identifiquei, pelo facto dos doentes terem a oportunidade de, através desta metodologia, se envolverem ativamente na transição de informação, adicionando, atualizando ou corrigindo informações, e ainda aproveitando o momento para se inteirarem sobre seu estado clínico, planos de cuidados e de preparação para a alta (Dahm et al., 2022). Na ótica de se obter o maior proveito e eficácia deste método de passagem de informação à cabeceira, Bressan et al. (2019) faz

referência a um conjunto de passos que devem ser cumpridos, dos quais destaco para o contexto vivenciado: a preparação da informação que vai ser transmitida, nomeadamente a atualização de dados e informações clínicas; discurso para a transição da informação através de diferentes estratégias, como uma comunicação direta, *face to face*, com recurso a documentos facilitadores ao processo se necessário; o esclarecimento de informações ao doente deve fazer parte desta etapa, numa dinâmica de perguntas e respostas. Este parâmetro acabou por acontecer naturalmente à medida que a partilha de informações clínicas ia decorrendo. Também o oposto acabou por se suceder, sendo o enfermeiro a confirmar com o doente, sempre que possível clinicamente, algum dado relevante para a continuidade dos cuidados.

Sobre o último ponto abordado, não pude deixar de refletir sobre a proteção e confidencialidade da informação verbalmente transmitida neste método de passagem de turno, numa realidade em que os quartos nas enfermarias são partilhados. O julgamento do que é uma «informação sensível» ou estritamente pessoal caberá aos enfermeiros responsáveis pela passagem do turno, sendo que esta perceção pode, invariavelmente, ser discrepante da perceção do que é íntimo e digno para a pessoa que está diante de nós. Perante esta situação, muitas vezes poderá ser omitida informação à cabeceira do doente, sendo então, *à posteriori* e em contexto privado, transmitida a informação pretendida. Vivenciei o momento em que um doente se apercebeu da comunicação não verbal transmitida pelo enfermeiro que passava o turno, em sinal de que haveria ainda informação por acrescentar. À medida que a passagem de turno foi decorrendo não pude deixar de refletir sobre a possibilidade daquele momento poder ter despoletado no doente um sentimento de insegurança, desconforto e/ ou desconfiança associado aos profissionais intervenientes, apenas pela possibilidade não ter entendido, e não lhe ter sido explicado o intuito de proteger a sua confidencialidade perante os restantes doentes do quarto, e não o de ocultar informação desconhecida pelo mesmo.

A minha intervenção centrou-se na pessoa, informando-o e esclarecendo-o posteriormente, em ambiente próprio e privado, que «os sinais» trocados entre a equipa no momento da passagem de turno se relacionavam com proteção de informação, explicando-lhe o teor da mesma. Considero que este processo permitiu à pessoa sentir-se mais tranquilo [«ah, fico mais descansado, percebi logo que houve ali umas caretas (...) já estava aqui a pensar que já era outra coisa grave» (sic)]. Ao longo dos cuidados

prestados no turno, senti segurança e facilidade no desenvolvimento da parceria que estava a desenvolver comigo, numa pessoa que tinha acabado de conhecer. Evitando a quebra de confiança, e atuando em prol de um plano terapêutico centrado no próprio (CCP) considero ter integrado competências inerentes ao domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, conforme disposto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro [assegurar o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação e fomentar o respeito pelo direito à privacidade] e também Competências Específicas do EEMC [estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz] (DR, 2019).

Entendo também que se poderão criar alternativas a este método, sugerindo assim uma adequação da informação transmitida à cabeceira do doente de acordo com as preferências do mesmo (questionando-o previamente). Desde antecedentes pessoais, a padrões de eliminação intestinal, a sensibilidade da informação trespassa a barreira do que podemos considerar de «menor» ou «maior» grau de privacidade, sendo esta oscilante de pessoa para pessoa. Destaco também como vantagem deste modelo de transição de informação à cabeceira do doente, a mais-valia que acresce na perceção do enfermeiro daquilo que está a ser transmitido, proporcionando a possibilidade de «ouvir» e, simultaneamente, «visualizar» o doente e as suas particularidades, principalmente na ótica do enfermeiro que está a conhecer o doente pela primeira vez. Neste contexto de trauma, a descrição do acidente, a sua cinemática, as lesões envolvidas e os posicionamentos de resguardo podem conferir uma «imagem» do doente complexa, sendo de extremo benefício a edificação simultânea deste conhecimento com a visualização prática do mesmo.

Partilho também uma experiência particular de cuidados com um doente que, embora não se enquadre na definição de «pessoa idosa», teve um papel importante no meu processo de aprendizagem. Este tinha sofrido um acidente de viação, no qual sofreu um politrauma. Aquando da minha primeira abordagem com o mesmo, encontrava-se consciente e orientado em todas as suas vertentes, com Escala de Coma de Glasgow (ECG) 15. Apresentei-me enquanto enfermeira licenciada e atualmente mestranda da ESEL, em contexto de estágio clínico, pelo que o mesmo me informa também ser profissional de saúde. O papel da pessoa que compreende ambas as dimensões – a «profissional» e, agora, a de «doente» – revelou-se um ponto sobre o qual eu tive a oportunidade de refletir e trabalhar ao longo de uma semana, período em que fui responsável pela prestação de

cuidados ao mesmo no período do turno da manhã.

Será inevitável o sentido acrescido de responsabilidade quando se conhece um doente capacitado de conhecimento teórico para compreender a sua condição de saúde e, simultaneamente, se encontra na perspetiva da pessoa a ser cuidada, com toda a vulnerabilidade que isso implica. A complexidade deste caso em particular, trouxe-me o desenvolvimento de conhecimentos afetos ao trauma, quer a nível da cinemática do trauma, da fisiopatologia das lesões, como também a nível da dimensão psicológica que este envolve. A pesquisa de nova informação e a necessidade de adquirir novos conhecimentos e competências foram essenciais para o desenvolvimento das minhas intervenções ao longo da semana de trabalho com este doente.

Em países desenvolvidos, os eventos traumáticos constituem a terceira principal causa de morte, com mais de 5 milhões de mortes a cada ano (Leng et al., 2022), sendo a taxa de invalidez excecionalmente alta. As suas características, como por exemplo, a imprevisibilidade, complexidade e prognóstico incerto, podem resultar na formalização de sentimentos como ansiedade, medo e/ ou raiva. Associando a estes fatores, a dor pós-traumática resistente, a disfunção física e o risco acrescido de desenvolvimento de infeções, constituem-se aspetos sobre os quais todos os profissionais de saúde integrados numa equipa multidisciplinar deverão estar atentos. Leng et al. (2022) refere ainda que um evento politraumático pode gerar prejuízos na autorregulação e integração da própria personalidade, trazendo sofrimento psicológico ao doente no primeiro ano que se sucede após o acidente.

Os cuidados de higiene a este doente formalizaram o primeiro momento de interação que tive com o mesmo. No primeiro instante apercebi-me das demais particularidades de que este necessitava ver atendidas para seu conforto, com variadas solicitações no sentido de seguir uma ordem específica nas intervenções do cuidar: o doente sabia o que queria, como queria e quando queria, não deixando ao «acaso» e livre arbítrio do enfermeiro cuidador.

A filosofia dos CCP esteve presente ao longo de todo este momento de partilha e de proximidade com o doente. Reflito que são permanentes os momentos em que um profissional se depara com a propensão que é seguir o «mais fácil» e o «mais rápido», intervindo sem questionar o arbítrio da pessoa que cuida. Contrariar esta visão torna-se relevante quando erigimos, num plano de cuidados, «o que fazer», «como fazer» e

«quando fazer», propiciando assim a individualização do doente.

A complexidade do autocuidado higiene junto deste doente exigiu que reunisse, enquanto profissional, um conjunto de competências de forma que, não só o conforto do doente fosse garantido, como também, simultaneamente, a sua segurança. Não sendo possível de outra forma, todas intervenções que foram realizadas exigiram a formalização de um vínculo de compreensão e cordialidade entre enfermeiro-AO-doente. Este vínculo foi essencial à operacionalização de todo o ato de cuidar, garantindo a gestão eficaz dos múltiplos dispositivos médicos em segurança (fixador externo, sonda nasogástrica, cateteres venosos periféricos, cateter vesical), bem como das mobilizações em bloco, com vista a proteger o doente de choques algícos e de lesões subsequentes a posicionamentos não controlados. Estes momentos de alternância de decúbitos, lateralizações e reposicionamentos, exigiram o recurso de demais profissionais, tendo percebido que se poderia traduzir num momento de desconforto para o doente – que se vê numa situação de intimidade, partilhada perante um número acrescido de pessoas.

Neste âmbito, esforcei-me por manter a privacidade do doente, através da otimização antecipada do ambiente, fechando as cortinas, utilizando roupa ou lençol para proteger o seu corpo, e adotando um tom de voz sereno ao longo das intervenções executadas. Neste sentido, relevo que é da competência do enfermeiro a proteção do doente, devendo este «salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e intimidade da pessoa», conforme disposto no Artigo 107.º «Do respeito pela intimidade» do Código Deontológico dos Enfermeiros (DR, 2015).

Todos estes fatores, pela sua multicomplexidade, exigem do profissional um planeamento prévio, mas também um grau de exigência de antevisão e de adaptação de situações inesperadas que possam surgir no decorrer da prática. De forma a cursar um plano terapêutico com sucesso, o planeamento, o esclarecimento do mesmo junto do doente, a adaptação das intervenções de enfermagem ao doente, a comunicação de resultados analíticos, imagem e pareceres multidisciplinares frequentes foram, ao longo de todo o internamento, um cuidado a ter com este doente, mantendo-o central no seu processo. Com esta vivência, considero ter trabalhado e adquirido Competências Específicas do EEMC, nomeadamente nas dimensões «(1) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes

de doença aguda ou crónica» [enfoque na comunicação adequada ao contexto e pessoa; prevenção de complicações e reconhecimento da complexidade da situação; adequação de recursos às intervenções especializadas necessárias] e «(2) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica» [gerindo as circunstâncias ambientais; e atuando como gestor de risco, promovendo a segurança ao longo da prestação de cuidados] (DR, 2018).

Valorizando o contexto traumático em que se inserem, e em concordância com as consequências apreendidas que podem decorrer de uma situação de trauma, em parceria com equipa médica, e em negociação e acordo com os doentes, a ativação do apoio da psicóloga foi uma preocupação também à qual estive particularmente atenta. Vários foram os momentos de diálogo, com partilha de situações e sentimentos onde se tornou importante junto dos doentes abordá-los mais intimamente e trabalhá-los, promovendo uma reflexão ativa sobre a transição que vivenciava – Competência Específica do EEMC [munir a pessoa de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença] (DR, 2018).

Particularizando ao contexto de trauma, as transições de saúde-doença ou – pelo episódio de internamento, reabilitação e regresso a casa – as transições situacionais, exigem do enfermeiro cuidador uma intervenção especializada de forma a gerir eficazmente a adaptação a este processo, considerando realmente importante a valorização do doente enquanto um indivíduo inserido numa família e comunidade. Ao enfermeiro que cuida neste contexto compete uma prática de Enfermagem Avançada, com intervenções fundamentadas por conhecimento teórico e investigação, com competências baseadas no *core* das relações interpessoais e no auxílio das respostas humanas às transições dos doentes (Silva, 2007), assumindo uma responsabilidade fundamental no âmbito da Teoria das Transições de Meleis.

O processo de reabilitação dos doentes ao longo do internamento foi realizado sempre em conjunto com a equipa de fisioterapeutas e dos enfermeiros de reabilitação, iniciando-se desde o dia um de admissão na unidade e tendo em vista já a preparação para alta. Esta preparação planeada e antecipada do doente é crucial para a redução dos dias de permanência no hospital, facilitando a reintegração das atividades habituais no quotidiano. De forma a exponenciar o meu potencial de intervenção junto da pessoa,

identificar e antecipar as suas dificuldades, a pesquisa de instrumentos de avaliação em base de dados informáticas e artigos científicos que fossem pertinentes à avaliação da pessoa neste contexto ortopédico e de trauma tornou-se fundamental – Competências Comuns do EEMC, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais [baseia a práxis clínica em evidência científica] (DR, 2019). Através deles fui capaz de debater métodos e instrumentos de avaliação, a evolução do processo de reabilitação dos doentes, delinear intervenções, implementar, monitorizar e avaliar resultados, pelo que estes momentos em equipa multidisciplinar constituíram momentos de aprendizagem importantes.

O pós-operatório revela-se uma fase essencial na medida em que quanto mais precoce for a intervenção junto do doente, mais sucesso se poderá obter com a mesma. Neste sentido, desenvolvi competências no âmbito do ensino, treino e incentivo de exercícios de reabilitação de mobilidade, levantes, transferências, treino de marcha, utilização de instrumentos de apoio e adaptativos, bem como formas de adaptar tarefas diárias no regresso a casa, com treino ao doente e família. A procura de instrumentos que fossem de fácil aplicabilidade, competentes e validados para a população portuguesa foi guia condutor na minha pesquisa, tendo adquirido novos conhecimentos no âmbito da avaliação multidimensional da pessoa idosa, através da aplicação de escalas como a Escala de Equilíbrio de Berg, *Timed Up and Go Test* (TUGT), *Gugging Swallowing Test* (GUSS), *Mini Nutritional Assessment* (MNA®), Escala de Confusão de Neecham, Escala de Sonolência de Epworth, Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI-PT), como também através da aplicação de instrumentos já previamente conhecidos, traduzindo-se no aprofundar dos mesmos, como a utilização da ECG, escala de Morse, escala de Braden ou Escala Numérica da Dor (preconizadas a nível institucional).

Ao longo deste estágio clínico destaco a aplicação do instrumento SPICES («Sleep Disorders»; «Problems with eating or feeding»; «Incontinence»; e «Confusion») de Terry Fulmer (Fulmer, 2007) como um auxílio ao processo de pensamento na avaliação multidimensional da pessoa idosa hospitalizada, orientando-me para a identificação de possíveis fragilidades da pessoa em todas as suas dimensões, conseguindo assim delinear e planear mapas de cuidados complexos. É indubitável que a utilização contínua de um instrumento nos torna mais capazes de dia para dia, à medida que o pensamento se vai moldando ao método. A partir do SPICES desenvolvi também o estudo de caso «A

Pessoa Idosa Hospitalizada submetida a Hemiarthroplastia da Anca».

A monitorização destes parâmetros e a avaliação sistemática dos mesmos permitiu-me associar um padrão evolutivo, e assim adequar as intervenções consoante os parâmetros observados. Não pude deixar de sentir o tempo limitado disponível para este processo, reforçando assim a importância do ensino à família e a articulação com as demais valências de reabilitação e apoio no domicílio, sempre que possível, no contexto pós-alta. As alternativas encontradas e apresentadas pela parte social constituíram-se muitas vezes as únicas formas das famílias garantirem a segurança e reabilitação dos seus entes queridos. As consultas de enfermagem de *follow up* surgem também como um bom resgate ao controlo de situações mais frágeis no pós-alta, intervindo e aconselhando o doente e/ ou famílias sobre possíveis dificuldades que pudessem estar a enfrentar.

A presença dos familiares no internamento foi crucial ao meu processo de aprendizagem, tendo sido através deles que, muitas vezes, me consegui aproximar do doente com mais afinidade. A família neste contexto é realmente importante, principalmente quando falamos de internamentos não programados de pessoas idosas, em grande escala com processos demenciais já estabelecidos, ou que iniciam, por variados fatores precipitantes, quadros de confusão aguda. Não deve ser descurado que estas pessoas se veem num espaço que lhes é estranho, rodeadas de desconhecidos, numa situação aguda que muitas vezes não compreendem, e num momento tão frágil quanto o internamento – com perda de autonomia, sentimentos de medo e de abandono, quadros alérgicos descompensados ou imobilizações no leito.

O plano de visitas protocolado, embora coordenado no sentido de proporcionar uma experiência tranquila e segura para todos os doentes, não deixa de ser restrito no que concerne, a meu ver, o que seria idealizado num modelo de CCP. Nesta unidade os familiares têm a possibilidade de marcar a hora específica, por um período de 30 minutos, intervalo em que se garante não existir intersecção com outro familiar no mesmo quarto. Foi uma preocupação solicitar, sempre que pensei necessário, permissão superior de forma a que o familiar ou pessoa de referência pudesse alargar o intervalo de visita com vista a ser envolvido no ato de cuidar – Competências Específicas do EEMC [capacita a família/cuidadores e envolve-os na avaliação do plano de cuidados] (DR, 2018).

Percebendo que há múltiplas barreiras às visitas que, na nossa realidade, se

iniciam até por políticas institucionais, este foi sem dúvida um tema que me fez colocar em perspetiva o que é expectável do papel do enfermeiro, que pretende executar a filosofia de CCP e encontra limitações neste sentido. Parsapour et al. (2011) diz-nos que a admissão hospitalar constitui um evento de *stress*, quer para o doente, quer para a família, pelo facto de se encontrarem num ambiente desconhecido e onde têm pouco controlo, agravando-se quando existem obstáculos à comunicação e limitações nos horários de visitas. De facto, assim que regressavam à unidade provenientes do recobro, um dos primeiros pedidos realizados pelos doentes era reaver o telemóvel, de forma a que pudessem entrar em contacto com a família, ainda antes de questionarem pormenores sobre a cirurgia. Um outro entrave também descrito na literatura é a pressão sentida pelos profissionais de saúde em gerir todas as suas intervenções em tempo útil, levando a que a presença da família seja considerada um obstáculo pelos mesmos. Compete-nos a nós, enfermeiros, modificar este padrão que se pode tornar vicioso, e munirmo-nos de conhecimento e evidências para que possamos trazer vantagens desta dinâmica com os familiares para o processo terapêutico. Percebo também que a situação pandémica vivenciada nos últimos anos possa ter contribuído para agravar este paradigma, pela proibição total de visitas por um longo período de tempo. Beltrán (2014) diz-nos que apesar das perceções negativas que possam existir por parte dos profissionais de saúde, a presença dos familiares pode significar um incremento nas oportunidades de educação para saúde junto do doente e da família, e também no processo de comunicação com subsequente vantagem na recolha de informações relativas ao doente que beneficiem o processo de cuidar. De acrescentar que foram obtidos resultados interessantes a nível fisiológico, de doentes que viram melhorados os seus parâmetros indicadores de *stress*, hormonais, hemodinâmicos e cardiovasculares, pela presença da família (Parsapour et al., 2011), e ainda efeitos a nível da redução de quadros de ansiedade, agitação, confusão e/ ou *delirium* (Beltrán, 2014).

No doente ortopédico, a preparação para a alta envolve forçosamente o apoio de um elemento no regresso a casa, pelo menos numa fase inicial, pelo que a inclusão do familiar/ pessoa de referência nos ensinamentos e treinos de reabilitação é indispensável e de extrema importância. Em contexto de estágio, a articulação com a família foi efetuada neste sentido, coordenando com a mesma a sua presença em horários reservados para o ensino – Competência Específica do EEMC [valoriza o potencial da família/cuidador na

transição saúde-doença perante processos médico-cirúrgicos complexos] (DR, 2018). Deparei-me também com uma regressão notória nos quadros confusionais aquando a presença dos familiares. Nas situações em que a presença física não era possível, agi também no sentido de providenciar contacto via telefone, notando também melhorias no simples facto de reconhecerem a voz do familiar e conversarem sobre dinâmicas que lhes eram familiares.

O sono foi também uma dimensão sobre a qual me debrucei particularmente ao longo do estágio, tendo-me apercebido que a ausência de um sono eficaz constituía uma realidade bastante marcada e sistematicamente identificada, com queixas frequentes entre as pessoas hospitalizadas na unidade. Por considerar deficitária a avaliação do sono a nível do SIE, as minhas intervenções passaram por perceber e identificar o padrão habitual da pessoa através de instrumentos de avaliação (previamente referidos) e com identificação das alterações a nível do internamento que, embora alguns parâmetros não pudessem ser alterados, outros poderiam ser geridos e otimizados. Recorri frequentemente à otimização do espaço físico, quer com a orientação de todos os ocupantes do quarto – doentes e famílias –, sempre que clinicamente possível, sobre os ruídos e a importância de um ambiente sossegado, bem como através da gestão da luz. Também através da realização de intervenções específicas em horas que me apercebesse que não iriam trazer incómodo ou interromper ciclos de descanso dos doentes e, a nível farmacológico, foi feita a gestão de alertar e coordenar com a equipa médica a adequação do regime medicamentoso indutor de sono habitual do doente, ou necessidade de avaliar/ adaptar o mesmo, perante situações extremas de descompensação cujas intervenções não farmacológicas não surtiam efeito. Aqui, a componente álgica também exerce um importante papel, pelo que o controlo dos quadros álgicos se tornou essencial para possibilitar uma correta arquitetura do sono – Competências Específicas do EEMC [gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas] (DR, 2018). Fulmer (2007) estabelece relação entre alterações no padrão de sono, com o *stress* inerente a uma hospitalização na pessoa idosa, destacando como principais fatores a mudança de ambiente, o ruído, alteração das rotinas e eventuais efeitos secundários a terapêuticas não habituais, sendo assim primordial perceber o padrão de sono da pessoa idosa de quem cuidamos.

Com o desenvolvimento das minhas atividades em campo de estágio, e através da

prática de cuidados, fui percebendo também alguns fatores que se constituíam frequentemente precipitantes para o desenvolvimento de complicações, com consequente aumento de dias de internamento, tendo procedido a uma maior vigilância sobre esses aspetos. Uma das principais *red flags* identificadas prende-se com o contexto habitacional do doente internado, sendo que o facto de residir sozinho é justificação imediata para ativação do serviço social. Na admissão dos doentes na unidade tive como preocupação a colheita de dados que permitissem perceber o enquadramento familiar, ou de apoio de terceiros, de forma a iniciar de imediato o planeamento de recuperação para alta, ou por outro lado a referenciação para serviço social. A hipoglobinémia foi também outro fator frequentemente associado ao aumento do número de dias de internamento, pelo que a literatura nos apresenta uma série de evidências relativamente ao risco de descompensação da pessoa sujeita a trauma, principalmente no pós-operatório, com perdas hemáticas aumentadas e possibilidade de quebra hemodinâmica que pode gerar eventos adversos limitando severamente o potencial de reabilitação dos doentes (Vasileva et al., 2022). Neste sentido, a vigilância atenta do doente através da identificação prévia dos valores hemoglobinélicos, de eventuais perdas hemáticas no internamento (retorragias/ melenas, perdas pela ferida cirúrgica, etc.) revelou-se fundamental no controlo de quadros potencialmente perigosos à vida do mesmo – Competência Específica do EEMC [diagnostica precocemente complicações resultantes de processos complexos; demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas] (DR, 2018).

As infeções constituem o terceiro fator que aponto que, independente da sua origem, são precipitantes ao aumento dos dias de internamento, quer pela necessidade de vigilância e controlo com antibioterapia, muitas vezes apenas possível por via endovenosa, quer pelo risco acrescido de descompensação de outros focos clínicos. Ao longo do estágio a origem das principais infeções que observei corresponderam às mais predominantes descritas pela literatura, como as respiratórias, urinárias e corrente sanguínea, com origem em agentes como *Escherichia Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabili* ou *Staphylococcus aureus*.

Destaco o caso particular de um doente que, por ser oriundo de uma zona com grande predominância epidemiológica de bactérias multirresistentes, foi feito o rastreio microbiológico à entrada do internamento, tendo-se então percebido que o doente

estava colonizado com Oxacilinase tipo 48 (OXA-48), uma Enterobacteriácea Resistente aos Carbapenemos (ERC). Quando não há desenvolvimento de infeção, a ERC permanece no organismo do hospedeiro – normalmente, no trato gastrointestinal – e refere-se que este está colonizado, não existindo sinais nem sintomas de doença. O risco de transmissão, contudo, é mantido, sendo importante manter medidas de isolamento como o isolamento de contacto. Controlar uma colonização por ERC torna-se crucial para evitar a infeção, sendo que a mortalidade associada a quadros de infeção por ERC pode chegar a 60% (PPCIRA, 2017).

Este momento constituiu uma grande oportunidade de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos no âmbito das RAM e PBCI. A criação de medidas de segurança foi uma imediata preocupação, tendo sido agilizadas rápidas respostas através da mobilização de todos os recursos seguindo uma sequência prioritária: primeiro, a realocação do doente. Idealmente o doente deverá ser realocado num quarto isolado de pressão neutra. Caso não existam condições, deverá ser alocado com outros doentes na mesma enfermaria de colonizados, infetados por uma ERC da mesma espécie, ou na mesma situação clínica de risco. Em último caso, o doente deverá ser colocado na enfermaria afastado de zonas de passagem de outros doentes (longe da porta), idealmente com separação de uma cama vazia e com separação física (por exemplo, biombo ou cortina); segundo, providenciar identificação com sinalética facilmente compreendida no quarto do doente – não sendo necessário identificar o microrganismo, apenas o tipo de isolamento; depois, a criação de espaço próprio à entrada da unidade para zona de Equipamento de Proteção Individual (EPI); atribuir os dispositivos médicos a serem utilizados unicamente àquela unidade (*dinamap*, termómetro, estetoscópio, consumíveis tipo seringas, compressas, etc.); reafirmar medidas essenciais às boas práticas de cuidados através da formação dos profissionais e da impressão e distribuição de informação orientadora – higiene das mãos, desinfeção do espaço físico, entre outros; diminuir ao máximo a utilização de medidas e dispositivos invasivos; revisão de protocolos e *checklists* de apoio à prescrição de antibióticos e sua adequação por parte da equipa médica.

Todas estas medidas são suportadas por normas publicadas pela DGS e PPCIRA e, se executadas corretamente, potencializam o controlo de infeção. O Enfermeiro Especialista deverá estar preparado e dotado de conhecimento que o permita

fundamentar as suas tomadas de decisão, com raciocínio crítico e analítico para identificar e antecipar estas adversidades, atuando em concordância com a segurança do doente nesta área premente que é o controlo de infeções.

Neste sentido, as discussões crítico-reflexivas com a enfermeira orientadora foram um fio condutor ao longo de todo o estágio na construção destas competências, através também da pesquisa de normas e procedimentos multissetoriais inerentes à instituição. Estas intervenções sucederam-se também com frequência pelo isolamento de bactérias a nível do trato urinário, situações em que mantive um olhar particularmente atento. Intervim junto da pessoa hospitalizada no sentido de prevenir eventos potencializadores ao desenvolvimento de ITU, quer através da implementação de medidas no âmbito da prestação direta de cuidados – como a promoção de uma correta hidratação, promover e supervisionar medidas de higiene íntima adequadas, pela limitação do recurso a dispositivos invasivos desnecessários através do pensar alternativas à algaliação, e remover precocemente cateteres vesicais sempre que possível –, quer através da consciencialização da equipa multidisciplinar para este evento. Neste âmbito, embora não com tanta frequência, houve também a necessidade de realizar ensinamentos a famílias sobre a manutenção do dispositivo urinário, no momento de preparação para alta. Neste sentido foram também entregues folhetos que pudessem auxiliar as famílias no domicílio (disponibilizados na *intranet* da instituição), e providenciados contactos telefónicos em caso de dúvidas. Estas vivências permitiram adquirir competências no âmbito do controlo de infeção, conforme disposto nas Competências Específicas do EEMC «(3) «Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica» (DR, 2018).

Por último, acrescento o *aware* adquirido sobre a importância⁴ dos registos com rigor e qualidade associados às intervenções implementadas. Estes constituíram uma preocupação acrescida pois, tal como referia a enfermeira chefe com frequência: «O que não está registado, não foi realizado!». Segundo Karkkainen et al. (2005), os enfermeiros apresentam um baixo padrão de documentação de registos, comprometendo a perceção da real qualidade das intervenções e resultados de enfermagem (Karkkainen et al., 2005). Reconheço assim uma necessidade emergente de mudança, pois a documentação constante das abordagens conduzidas e dos resultados conseguidos objetivam a

continuidade de um processo de avaliação e reflexão sobre a aquisição de novos padrões na prática dos cuidados de saúde. Estas competências foram trabalhadas em prol da aquisição das Competências Específicas do EEMC [documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos] (DR, 2018).

3.2. Protocolo de revisão de *scoping*

Visando a aquisição e aprofundamento de conhecimentos inerentes às IACS, com enfoque na ITU e CAUTI, foi realizada um Protocolo de Revisão de *Scoping* (RS) segundo a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI). A RS é revisão sistemática da literatura que tem como objetivo mapear a amplitude de evidência disponível num determinado tópico. Neste caso concreto, o presente protocolo teve como objetivo mapear a evidência científica sobre as intervenções do enfermeiro na prevenção e controlo da ITU na pessoa idosa hospitalizada.

Primariamente, foi enunciada a questão orientadora, seguindo a lógica PCC: «P» população, «C» contexto e «C» conceito: **«Quais as intervenções do enfermeiro na prevenção da infeção urinária (Conceito) na pessoa idosa (População) hospitalizada (Contexto)?»**. O protocolo é apresentado no Apêndice III.

3.3. Atividades no âmbito da promoção da melhoria de comportamentos na equipa multidisciplinar, relativos à prática de prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada

Neste capítulo abordo o meu processo de aprendizagem daquele que foi um ponto fulcral na aquisição de novas competências, no âmbito de atividades que cursassem alterações de comportamentos numa equipa multidisciplinar, valência até então no meu percurso profissional pouco explorada, e o desenvolvimento das mesmas,

ao longo do período do estágio clínico.

Conforme previamente referido, ao longo da fase de diagnóstico da situação inerente à metodologia de projeto, tive a oportunidade de me inteirar das normas, procedimentos e diretrizes institucionais, nacionais e internacionais que se relacionassem com a temática a ser desenvolvida. Neste processo, foi identificada a necessidade de trabalhar a dimensão inerente à Prevenção e Controlo de Infecções do Trato Urinário relacionadas com a algaliação, dimensão esta que se enquadra nos parâmetros de monitorização dos Programas de Melhoria Contínua (PMC) com os quais a instituição se compromete.

Primeiramente, senti necessidade de explorar as políticas praticadas pela instituição inerentes ao desenvolvimento de práticas de qualidade, tendo percebido que estas se fundamentam nos cinco pilares estratégicos definidos pelo Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, que perspetivam que todos os colaboradores são agentes de mudança, atribuindo-lhes assim responsabilidade direta no que concerne à implementação de estratégias centradas nos processos de melhoria. Ao consultar as diretrizes institucionais no Gabinete de Gestão de Programas da Qualidade entendi que as Políticas de Qualidade estão organizadas de forma a que cada unidade possa estabelecer as suas próprias metas e processos de avaliação a nível da melhoria de qualidade.

Ao defender que a todos os colaboradores compete a responsabilidade de operacionalizar abordagens no âmbito dos PMC, deverão ser selecionados os parâmetros de melhoria de qualidade que mais se considerem apropriados dentro de cada organização, comunicar os mesmos às partes interessadas, monitorizar o progresso dos trabalhos que se desenvolvem e avaliar os resultados obtidos. A unidade de internamento onde realizei o estágio encontrava-se ainda a desenvolver estratégias de trabalho com a equipa de enfermagem neste âmbito, pelo que esta oportunidade se revelou enriquecedora a todos os níveis, acrescentando valor, não só ao meu percurso, como também à instituição.

Assim, em conjunto com a equipa de enfermagem, constituí um Grupo de Trabalho (GT) de seis enfermeiros com o objetivo de trabalhar a prevenção da ITU relacionada com o cateter urinário, promovendo e uniformizando as boas práticas clínicas, os cuidados centrados na pessoa e a segurança do doente. Não existindo, no

momento, quaisquer parâmetros de avaliação no âmbito da prevenção da ITU na unidade, e partindo dos instrumentos já disponíveis a nível da instituição inerentes à prevenção da infeção urinária relacionada com o cateter (os FI), foi então criada uma dinâmica de trabalho sobre a temática dentro do GT. Objetivei a participação voluntária dos elementos no GT, respeitando assim a área de interesse individual de cada um, e também de forma a exponenciar a probabilidade dos integrantes se revelarem pró-ativos. Além disso, o meu posicionamento teve como pretensão atuar como um agente catalisador para a dinamização do GT e do tema, com o intuito de que este fosse continuado, ao longo do tempo, mesmo após a minha saída do contexto de estágio, considerando ser este o maior benefício da minha intervenção.

Quando iniciei o estágio considerei pertinente fazer um enquadramento do projeto a ser desenvolvido na unidade de internamento, pelo que na primeira semana de estágio clínico realizei a apresentação «O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prevenção da Infeção Urinária na Pessoa Idosa Hospitalizada». Com o intuito de abranger toda a equipa de Enfermeiros e AO, realizei mais do que um momento de apresentação do tema, tendo considerado fundamental que todos os intervenientes neste processo compreendessem o propósito das minhas intervenções, iniciando-se também assim um processo de consciencialização para a temática a ser trabalhada. Foi então exposta a fundamentação teórica e pertinência do projeto, objetivos que se pretendiam alcançar e atividades que se planeavam desenvolver. A sessão foi marcada pela presença toda a equipa de Enfermagem e de 80% da equipa de AO.

A revisão da literatura foi fundamental como suporte para o desenvolvimento de competências que me permitiram sustentar o processo das sessões de formação sobre a temática em questão. Ao delinear objetivos no sentido de promover mudanças de comportamento na equipa de enfermagem e AO, entendi que fosse fundamental o envolvimento da equipa em projetos de desenvolvimento profissional. Neste âmbito ressalvo a extrema importância das orientações da enfermeira orientadora, que me introduziu ao conceito de Liderança Transformacional. A literatura aponta que comportamentos de liderança impulsionam mudanças organizacionais através da criação de elos com os colaboradores, onde se fomenta a cooperação e autoliderança atendendo às particularidades/ características de cada elemento (Ghorbani et al., 2023). Estas

dimensões, ao serem trabalhadas, fazem-se acompanhar de sentimentos de compromisso com a missão e valores da instituição, desenvolvimento de competências e iniciativas, e motivação dos pares. As políticas organizacionais, que muitas vezes são olhadas como limitantes a diferentes perspetivas de liderança, podem atuar no sentido inverso, apelando a uma demanda de produtividade e qualidade, e ampliando assim os requisitos de qualificação dos trabalhadores e a implementação de modelos de formação (Carrara et al., 2018).

A liderança desenvolvida pelo enfermeiro pressupõe que seja bom comunicador, competente na resolução de problemas, tomadas de decisão e planeamento, seja estável temperamentalmente e que desenvolva um bom relacionamento com a equipa (Carrara et al., 2018). Neste sentido, entendo que estes valores devem ser construídos através de um plano de desenvolvimento individual com a procura de conhecimentos e habilidades, garantindo assim um profissional capaz – relembrando a dimensão dos CCP «pré-requisitos» (McCormack & McCance, 2006).

Considero que a comunicação se revela uma das competências mais importantes no sucesso ou insucesso das relações interpessoais a nível do contexto organizacional, podendo influenciar a qualidade da liderança e a cooperação entre os membros da equipa. Este foi um dos aspetos que senti necessidade de trabalhar, procurando estratégias a título individual que me permitissem transmitir a informação de forma clara e intuitiva, e também estratégias interativas com a equipa, que tornassem os eventos formativos apelativos e de particular interesse.

Na primeira sessão formativa realizada abordei a origem do PPCIRA, com exposição em papel dos FI e explicação do seu propósito, relevando a sua implementação obrigatória a nível do centro hospitalar, tendo percebido que estes protocolos eram desconhecidos pela equipa de profissionais. A literatura aponta que a desatualização das equipas ao nível de procedimentos, práticas ou protocolos inerentes à instituição em que trabalham, bem como a falta de interesse e de adesão a novas formas de pensar, podem levar à ocorrência de eventos adversos. Izaguirres et al. (2022) diz-nos que, por outro lado, havendo ações educativas desempenhadas pelos profissionais, com abertura dos mesmos para uma melhoria contínua das práticas e motivação para novas aprendizagens, se trabalha em prol da qualidade dos cuidados e da segurança do doente.

A formação em serviço é então um leque de experiências de aprendizagem que

serve o objetivo de implementar mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais, tendo sido este o intuito da minha atuação. Realizei também três sessões formativas intituladas «Cuidados à Pessoa Idosa: Modelo Teórico de Enfermagem». O público das sessões foi constituído pela equipa de enfermagem e também pela equipa de AO, tendo atingido 85% e 75%, respetivamente. Nesta temática, fiz uma introdução relativa aos riscos inerentes à hospitalização da pessoa idosa, apresentando o referencial teórico CCP de McCormack & McCance (2006) e interligando-o com os *Fundamental Care* (FC), de Feo & Kitson (2016). Abordei ainda o instrumento SPICES de Terry Fulmer (2007). Neste âmbito, realizei também o póster «A Pessoa Idosa Hospitalizada» (Apêndice II), onde abordo não só a fragilidade da pessoa idosa, como também o fenómeno das IACS, e o modelo de enfermagem centrado no referencial dos CCP.

Tendo percecionado que estes conceitos se revelavam novidade para a equipa, tanto a teoria do CCP, como os FC e o instrumento SPICES, gerou-se assim um interesse dinâmico entre a equipa com partilha de experiências e exemplos da prática onde, naturalmente, se aplicavam os pressupostos inerentes a estes cuidados. Simultaneamente, a discussão conseguiu proporcionar momentos reflexivos ao abordar temas como a equivalência psicossocial ou relacional nos cuidados com os doentes, interligando-os com tarefas do dia-a-dia. Surgiram também vários pontos de vista entre os membros de diferentes faixas etárias que constituem a equipa, com membros afastados do ciclo académico há cerca de 15/20 anos, e outros elementos recém-licenciados. Uma dinâmica assim proveitosa a todos os níveis, quando se abordam conceitos que, apesar de poderem soar familiares, podem fugir ao «pensar» da prática no quotidiano, quer pelo afastar prolongado de um estímulo académico, quer pela desmotivação que cada vez mais se verifica na carreira de enfermagem. Este último parâmetro levou-me a particular introspeção, o qual abordo mais à frente.

A divulgação de evidência científica atualizada ao longo das sessões de formação foi também motivacional para a equipa. A partilha de dados epidemiológicos, de concetualização da problemática a nível nacional e mundial, de situações reais e de estudos científicos, das mais atualizadas orientações e modo de aplicabilidade no quotidiano, trouxe perceção à equipa de que é possível fazer mais, melhor, e que a melhoria é um processo infundável e em constante desenvolvimento. De forma a

promover esta partilha de conhecimento, e com o intuito de disseminar conteúdo científico que fosse considerando relevante, criei uma pasta partilhada para esse fim no computador, em ambiente de trabalho, com acesso comum pela equipa de enfermagem através de qualquer computador. Além de artigos científicos pertinentes e relacionados com a temática do envelhecimento populacional, da hospitalização da pessoa idosa, da fragilidade da mesma, de casos reais da pessoa submetida a trauma, IACS, entre outros, foram também aí depositadas as normas e guias orientadores da instituição relativas aos temas a serem trabalhados, de forma a promover o fácil e rápido acesso aos mesmos.

Enquanto enfermeira especialista, o conhecimento de planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção com base nas diretrizes locais de atuação enquadra-se nas competências regulamentadas a deter, assim como o fomentar de estratégias pró-ativas neste âmbito (DR, 2018). Neste sentido, com o intuito de divulgar entre a equipa multidisciplinar o PM referente à «Prevenção da Infeção relacionada com Cateter Urinário no adulto», que pressupõe como principal objetivo a prevenção das infeções urinárias relacionadas com os cateteres urinários, bem como a uniformização dos cuidados no doente com este dispositivo, e após ter percebido em contexto prévio que este era desconhecido para a equipa, realizei quatro momentos de sessões formativas sobre a temática, intitulada de «Prevenção da Infeção relacionada com Cateter Urinário», tendo atingido 95,5% dos elementos da equipa de enfermagem.

Enquadra-se também como uma competência específica regulamentada para o enfermeiro especialista o ato de salvaguardar o cumprimento dos procedimentos e facilitar a adesão da equipa aos planos de prevenção e controlo de infeções. Neste âmbito foram realizadas sessões de orientação com o GT para a equipa, relativas ao preenchimento e cumprimento dos FI. Estas sessões foram organizadas sob o princípio de responsabilidade partilhada, com formalização de reuniões para estabelecimento de estratégias a aplicar junto da equipa. Numa fase inicial, o GT delineou também o seu plano de ação priorizando dimensões que considerou passíveis de maior necessidade de intervenção e consciencialização dentro da equipa. Os parâmetros levados a discussão de equipa foram:

- Componentes de avaliação inclusos no FI da manutenção da algália relativos à categoria «avaliação diária durante a permanência da algália» com seis critérios: avaliação diária da necessidade de algaliação e remoção

do cateter se desnecessário; sistema de drenagem fechado; higiene diária do meato ureteral; esvaziamento do saco de drenagem sempre que atinja 2/3 da sua capacidade para recipiente/ saco; higiene das mãos antes e depois de manusear o cateter; saco de drenagem abaixo do nível da bexiga e sem contacto com superfícies (exº pavimento);

- Identificação dos motivos das algalias decorridas no serviço, entre eles a monitorização do débito urinário, retenção urinária aguda e, perante ausência de motivo, atribuída a categoria «indicação de remoção»;
- Perceber onde ocorriam as algalias – quer no próprio serviço, ou entre a unidade de internamento, o Bloco Operatório (BO), ou o SUG;
- A nível de documentação em SIE, a identificação correta do diagnóstico «Risco de Infecção [na bexiga associado ao cateter urinário]», como «presente» ou «ausente»;
- Por último, a identificação em SIE do «Padrão de Eliminação urinária» na avaliação inicial.

Nesta primeira sessão reflexiva com a equipa foram levantados os aspetos passíveis de melhoria, identificando-se as maiores dificuldades na hora dos cuidados, e pensando-se em métodos de as ultrapassar. Percebeu-se que o ato de algaliar surgia muitas vezes por «mera» indicação médica, conforme perceção dos registos que a equipa referia entre si [«algaliado por indicação médica»], sem nota reflexiva sobre a prática, como por exemplo, o motivo para algaliar – quando, muitas vezes, se poderiam instituir medidas primárias prévias à algaliação (como esvaziamento vesical, reforço hídrico, otimização do ambiente, proporcionar ida ao WC ou contabilização de débito urinário através de medidor descartável). Percebeu-se também que a equipa percecionava pouco controlo sobre os dias de permanência da algália, ou que este fator não era sujeito a revisão com a devida frequência. Outro aspeto também discutido relacionou-se com o nível de despejo do saco de drenagem, por vezes superior ao indicado pela literatura. Relativamente à identificação do diagnóstico de infeção associado à algaliação, verificou-se que, salvo raras exceções, este não era enunciado de forma correta. Neste âmbito, nas sessões formativas abordei passo a passo a forma de o introduzir na plataforma *SClinico*, tendo sido realizada também uma demonstração na plataforma real. Neste contexto,

considere pertinente a esquematização destes passos no formato fluxograma, tendo realizado um póster denominado «Fluxograma do Registo da Prevenção da Infecção relacionada com Cateter Urinário» que ficou afixado junto à bancada da sala de trabalho da equipa de enfermagem, ao lado dos computadores, objetivando assim a visualização rápida do mesmo no momento dos registos e funcionando como apoio e um recurso direto à prática (Apêndice I).

No que concerne à documentação dos registos de enfermagem, o GT conseguiu levar para reflexão em equipa questões como a ausência do registo da algaliação ou do seu motivo; situações em que os registos de enfermagem relativos ao padrão de eliminação atual do doente são contraditórios, ou situações em que o mesmo enfermeiro regista, em locais diferentes da plataforma, que o doente está algaliado e que o mesmo apresenta eliminação na fralda (exemplo).

Estes exemplos fazem-nos refletir sobre as condicionantes que nos podem levar ao lapso nos momentos em que estamos a documentar a nossa prática. Percebemos que a qualidade dos registos de enfermagem deve ser o reflexo das nossas intervenções, e que, além de se tornarem indelévels ao longo do tempo, influenciam a continuidade dos cuidados, e a qualidade dos mesmos. Possivelmente pela sensação de «correr contra o tempo», ou pela constante onda de interrupções de que o enfermeiro é frequentemente alvo, a documentação da prática pode ficar comprometida, com informações essenciais dos doentes que são omitidas, falaciosas ou, em certos casos, contraditórias. Ao explanar estes exemplos junto da equipa, foi então elevada a importância da correta documentação por parte do enfermeiro, com associação direta à qualidade e segurança dos cuidados que são prestados, considerando que este momento tenha contribuído para que cada elemento refletisse sobre o tema.

À medida que foram sendo realizados estes momentos de reflexão com a equipa referentes ao PM da prevenção da ITU associada ao cateter, bem como sobre as intervenções e práticas documentais dos registos de enfermagem, foi sendo perceptível uma evolução progressiva ao longo do tempo, traduzindo uma importante consciencialização sobre as práticas realizadas enquadradas nos parâmetros previamente apontados como passíveis de melhoria. Esta perceção em equipa do incremento da qualidade das práticas de cuidados trouxeram-me um sentimento de dever cumprido, pelo real impacto observado das intervenções de todos os profissionais

envolvidos.

Foram também realizados exercícios de reflexão e discussão com a equipa de enfermagem através da transposição de alguns exemplos do contexto prático, em forma de apresentação de «Casos Clínicos» sobre a temática da prevenção da ITU, com análise de situações que tivessem ocorrido recentemente, e sobre os quais fosse possível aperfeiçoar a forma de atuação no contexto prático. Estes momentos revelaram-se interessantes a nível prático de contextualização do conteúdo explicitado nas formações, trazendo exemplos reais, e também pela interação entre a equipa, direcionada para a resolução em conjunto de uma situação específica.

Relativamente à equipa de AO, entendi a necessidade de realizar sessões diferenciadas sobre o tema, adequando o tipo de comunicação e tecnicidade dos termos a utilizar, tornando-os mais claros de forma a facilitar o entendimento por toda a equipa. A sessão foi intitulada de «O Assistente Operacional na prevenção da Infecção do Trato Urinário», tendo realizado dois momentos da mesma com a presença de 75% da equipa no total. Nela foram abordados os tópicos como as IACS e o impacto destas nos cuidados de saúde, a ITU associada ao cateterismo vesical e a prevenção da mesma através da higiene das mãos, a exposição dos indicadores da higiene das mãos na presente unidade (referente ao ano de 2022), o enquadramento de parâmetros direcionados à intervenção do AO, incluídos nos FI, ainda que este seja alvo de delegação e supervisão dos enfermeiros, e a importância da hidratação na pessoa hospitalizada na prevenção da ITU.

Desenvolvi também um «*Post-It Reminder* da desalgaliação» que foi impresso, plastificado e afixado em todos os computadores da unidade com o lembrete «E tu, já desalgaliaste hoje?» (Apêndice IV). A ideia teve por base informação recolhida em fontes científicas (CDC, 2019; Au et al., 2020; Chen et al., 2013; Meddings et al., 2010) que comprovavam a eficácia de lembretes, visuais ou digitais, como forma de potenciar ações, nomeadamente no controlo de infeções – estratégia muito utilizada na higienização das mãos, por exemplo, através da afixação de pósteres com os passos a cumprir – e, neste caso em concreto, de forma a promover a diminuição do número de dias de algaliação.

A ponte contínua com os enfermeiros peritos e de referência do PPCIRA constituiu também uma importante base de orientação ao longo do desenvolvimento do meu projeto, contribuindo sempre que necessário para o esclarecimento de dúvidas relativas à temática da prevenção das infeções no geral, e particularmente das ITU e da

implementação dos FI na unidade. Neste âmbito foi-me também possibilitada a integração em atividades que fortaleceram a minha perspetiva global sobre o trabalho que é desenvolvido a nível institucional em prol da prevenção e controlo das IACS, com a participação nas reuniões do grupo de interlocutores do PPCIRA, com os profissionais de referência/ elementos dinamizadores que estabelecem a ligação entre o GCL-PPCIRA e a equipa multidisciplinar de cada unidade. Integrei no total três reuniões, de carácter mensal, que tinham como objetivo a promoção de ações de formação de alerta e sensibilização relativas às PBCI, nas suas variadas dimensões. Aqui, os profissionais inteiravam-se, não só das mais recentes normativas das boas práticas, como também da qualidade dos processos, resultados dos indicadores de qualidade, planeamento e estratificação de estratégias futuras.

Numa das reuniões o tópico de discussão centrou-se, precisamente, nos FI associados à prevenção da ITU, onde o intuito da mesma foi abordar a importância de se promover o preenchimento dos mesmos, bem como a possibilidade de serem integrados a nível informático nos registos de enfermagem. Os FI que, até então estavam a ser trabalhados em formato papel, e apenas por algumas unidades a nível do centro hospitalar, passariam então a fazer parte integral do SIE, obrigatoriamente, e de forma mais intuitiva e célere. Esta notícia foi recebida no *timing* ideal em concordância com o projeto a ser desenvolvido. Neste sentido, participei também no *Webinar* «Feixe de Intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical – processo de documentação de enfermagem no *SClinico*» promovido pela equipa PPCIRA, precisamente para que os profissionais de todo o centro se inteirassem de como funcionaria o *SClinico* e de como deveriam ser executados os registos. Todas as orientações e condutas a aplicar na sequência do preenchimento dos FI relatadas no *webinar* estavam em concordância com o que já se encontrava a ser realizado pela equipa de enfermagem da unidade, versatilizando apenas o meio, de carácter físico, e não digital.

Destaco ainda uma das atividades da qual tive a oportunidade de participar, de perfil completamente inovador e dinâmico da unidade de internamento, em que é implementada a filosofia «*Lean*» através de reuniões de carácter «rápido», denominadas «*Daily Huddles*». Cada vez mais, as instituições de saúde têm procurado a implementação de estratégias de promoção da segurança e, nesse sentido, as *daily huddles* surgem com vista à partilha de informações entre diferentes grupos profissionais envolvidos na

prestação de cuidados, através de reuniões de 10 a 15 minutos e, neste contexto, diárias. Estas reuniões proporcionam à equipa multidisciplinar uma oportunidade de se integrarem simultaneamente em todas as dimensões envolvidas no processo de cuidados e planeamento para alta dos doentes, sinalizando preocupações, detetando antecipadamente a «quase falha» – isto é, identificando precocemente possíveis falhas – e exponenciando assim a qualidade do serviço prestado. Neste sentido, revelou-se de extremo benefício integrar esta dinâmica.

4. Competências Adquiridas e Desenvolvidas no Percurso Académico

À luz do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista define-se como o enfermeiro «a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade» (DR, 1996). Acresce-se que o desenvolvimento de competências se fundamenta, segundo a OE, pelo princípio de «saber mobilizar e combinar recursos, ter capacidade de integrar saberes diversos e heterogéneos para realizar atividade» (OE, 2011).

Recorrendo ao enquadramento de Benner (2001), pelo Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus que explana o desenvolvimento profissional em cinco etapas de proficiência – o iniciado, o iniciado-avançado, o competente, o proficiente e o perito – e, considerando-me no nível de «proficiente», com um percurso de sete anos já decorridos na prestação de cuidados à pessoa idosa, e visando gradualmente alcançar o nível de «perito», a aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização Médico-Cirúrgica na Pessoa Idosa foi-me proporcionada através da integração numa equipa de profissionais que me permitiram trabalhar diariamente em prol de competências individuais e profissionais, através de melhores cuidados e melhores práticas.

Decorrente da prática de cuidados direta aos doentes considero ter adquirido as competências exigidas na área de intervenção da pessoa idosa, nos quatro domínios fundamentais, conforme disposto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019 e Regulamento nº 429/2018, 2018), e conforme foi sendo explanado ao longo do capítulo. São eles:

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Onde exerci práticas de cuidados dignas, assegurando o respeito pelo doente e pelo seu universo multidimensional, garantindo a sua confidencialidade, protegendo a sua informação, privacidade e individualidade, bem como os seus direitos e das suas famílias às tomadas de decisão respeitando valores e crenças.

B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Pela realização do presente projeto, planeando, elaborando e implementando medidas no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Pela promoção da PBE, através de uma revisão sistemática da literatura sobre a pessoa idosa, IACS e ITU, com partilha de conhecimento científico dentro da equipa, com realização de dois pósteres sobre e afixação do mesmo em local visível para a prática diária da equipa. Através da criação do GT dentro da equipa de enfermagem de forma a permanecer após a minha saída, agindo como elemento dinamizador e promovendo momentos de reflexão, formação e aprendizagem. Através de momentos de reflexão e discussão das práticas de cuidados, onde contribuí para a promoção da melhoria contínua das mesmas, e pela promoção do cumprimento de normas institucionais inerentes à qualidade das práticas à pessoa hospitalizada na área da prevenção das ITU. Também pela relação positiva estabelecida com os pares e pela promoção da filosofia CCP, contribuindo para processos de desenvolvimento de competências em prol de cuidados personalizados que tornem o doente mais satisfeito, mais dotado e com menor risco de desenvolvimento de complicações. Pela atenção dirigida aos SIE, com sessões formativas sobre os registos de enfermagem e reflexão dos mesmos no âmbito de parâmetros associados à identificação e prevenção da ITU na pessoa idosa algaliada.

C. Domínio da Gestão dos Cuidados

Colaborando em equipa nas tomadas de decisão inerentes aos processos do cuidar. Referenciando e articulando com membros da equipa multidisciplinar, quer nas *daily huddles*, quer em contexto dinâmico ao longo dos turnos. Através da articulação com

enfermeiros peritos de outras áreas, como a colaboração com uma enfermeira do SU, convidada a realizar uma sessão formativa na unidade sobre cinemática do trauma. Orientando planos de intervenção e supervisionando tarefas, nomeadamente de AO, inerentes aos processos de prevenção e controlo de IACS. Atuando como líder no contexto da prevenção e controlo de ITU dentro da unidade, sendo solicitada como elemento de referência perante dúvidas e correspondendo intervindo sempre no sentido de as esclarecer com base nas melhores evidências científicas.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Adaptando-me individual e profissionalmente à organização, respondendo positivamente em momentos de maior *stress*, gerindo conflitos e sendo assertiva na minha conduta, através do estudo, análise, seleção de artigos e normas que suportassem a prática clínica. Ao atuar como dinamizadora na incorporação de novo conhecimento, procurei explorar necessidades formativas dentro da equipa e liderar a abordagem de temáticas de comum interesse. Ao criar espaço em reuniões de equipa para divulgar evidência que contribuísse para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, também através da criação de uma pasta digital de acesso integral à equipa de enfermagem dirigida à partilha de artigos científicos.

A nível das competências específicas, considero também ter apreendido competências em todos os seus domínios, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Destaco de cada competência específica:

1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Pelo reconhecer da complexidade dos eventos traumáticos atendendo à dimensão física e psicológica do doente, valorizando os processos de transição e ativando

os recursos disponíveis de forma a munir o doente em prol do seu bem-estar. Pela comunicação eficaz que detenho, adaptável e sensível ao contexto, com o estabelecimento de relações terapêuticas com os doentes e familiares/ cuidadores. Através da conceção de planos de intervenção que envolvem o doente e o seu elemento de referência, aproveitando o seu potencial e adaptando estratégias consoante a monitorização de resultados. Também pelo cuidado na documentação das minhas intervenções e resultados, atendendo ao rigor e facilitando assim a continuidade dos cuidados com qualidade e a construção de indicadores de cuidados.

2. Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica

Pelo olhar atento na manutenção de um ambiente propício e seguro às práticas de cuidados, pela antecipação de quadros algícos e preocupação constante em manter o ambiente confortável para o doente, fator tão importante num contexto de TO. Pela integração e consolidação de conhecimentos específicos na área de trauma que me possibilitaram atuar junto do doente gerindo processos complexos e delinear planos de recuperação. Pela capacidade de perceber situações passíveis de desencadear eventos indesejáveis, atuando em concordância e com diligência.

3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Pela demonstração de conhecimentos aprofundados relativos à prevenção e controlo de IACS, ITU e RAM baseados na mais recente evidência científica, fomentando estratégias pró-ativas de liderança junto da equipa de enfermagem e AO, tendo por base lacunas identificadas, e visando alterações de comportamento e melhoria das práticas. Atuando e sendo solicitada como referência e dinamizadora dentro da equipa

relativamente ao cumprimento de estratégias protocoladas a nível institucional, esclarecendo normas e circuitos concordantes com o controlo de infeção, particularmente no âmbito das ITU. Pela integração e aplicabilidade de conhecimentos no âmbito das RAM e PBCI, nomeadamente no caso OXA-48, através da implementação imediata de estratégias de segurança, com respostas ágeis através da mobilização de todos os recursos físicos e humanos. Pela integração em reuniões do grupo de interlocutores do PPCIRA, com os profissionais de referência na área de interesse.

No que concerne às competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, estas são reconhecidas quando o enfermeiro assegura conhecimentos altamente especializados, e se revela capaz de suportar a sua prática diária em fundamentos científicos e teorias de enfermagem, mantendo-se na vanguarda do conhecimento. Segundo o Decreto-Lei n.º 107/2008, este deve conseguir «(...) aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares (...) integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (...) comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo» (DR, 2008).

Ao longo do presente relatório fiz a descrição de atividades sobre as quais interpus competências adquiridas através de processos de busca e análise guiada por ímpeto pessoal, fundamentada, atuando afirmativamente junto de uma equipa de profissionais e contribuindo da teoria à prática para a construção de conhecimentos aprofundados e promotores de melhores cuidados.

À luz dos descritores de *Dublin* do 2º ciclo de formação (DGES, 2011), considero ter desenvolvido as competências exigidas à obtenção do grau de mestre, nomeadamente: conhecimento, capacidade de compreensão e aplicação dos mesmos – pela necessidade de investigar, apreender, aplicar e adaptar novos saberes e habilidades de forma a dar resposta às exigências da prática; realização de julgamento/ tomada de decisões – pela necessidade de gerir situações diariamente, seja por atuação direta ou supervisão, atuando assertivamente de forma sustentada numa PBE; comunicação e aptidões para a aprendizagem – através da partilha de novas informações, artigos e conhecimentos

apreendidos de forma a liderar um processo de mudança junto da equipa multidisciplinar em prol da melhoria contínua e da segurança do doente.

5. Considerações Finais

O desenvolvimento do meu percurso dentro da unidade revelou-se bastante positivo, tendo sentido uma evolução assertiva na minha presença e na minha envolvimento com a equipa de profissionais. Considero que este sentimento se tenha revelado transversal dentro da equipa de profissionais, enfermeiros e de AO. Destaco momentos em que foram geradas discussões, quer em passagens de turno, quer em momentos informais dentro da sala de trabalho ao longo dos turnos, como também via *whatsapp* pelo GT, ou por chamadas telefónicas que me eram especificamente dirigidas com o intuito de esclarecer dúvidas e de solicitar opinião sobre casos particulares de doentes. O facto da equipa me procurar enquanto referência na prevenção e controlo de infeções do trato urinário traduziu-se num crescente despertar de responsabilidade, inequívoca do assumir e empenhar novas competências. Este é um caminho que eu quero percorrer e que, para tal, considero ser extremamente fulcral a elevação do processo de pensamento, a procura de novas realidades e de conhecimentos e vivências que nos permitam crescer todos os dias neste sentido.

Como em todos os contextos, houve dificuldades que surgiram e que necessitaram de um empenho extra para que pudessem ser compreendidas e ultrapassadas. Neste caso, considero que o envolvimento de todos os elementos da equipa neste processo de melhoria contínua não foi imediato ou conseguido na sua totalidade. Considero que a justificação se centre na real desmotivação dos profissionais de saúde que, de facto, é algo que se faz sentir no quotidiano dos enfermeiros: pelo descontentamento com as políticas de evolução de carreira; pelos processos de avaliação de desempenho pelo Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública que, na larga maioria dos casos, se tornou obsoleta; pelo constante sentimento de sobrecarga; e pela despreocupação e desvalorização da classe.

Por outro lado, o perfil misto da equipa da unidade, com profissionais no grau de competentes na categorização de Benner, juntamente com profissionais já proficientes e peritos, torna a equipa bastante diversificada. As partilhas de experiências tornam-se momentos bastante enriquecedores, trazendo a vivência prolongada destes profissionais com mais narrativa, *versus* o olhar mais absorvente dos profissionais mais jovens.

Conclusão

No caminho talhado ao longo do desenvolvimento deste estágio foi de extremo valor a filosofia que se fomenta dentro da equipa de profissionais, com o espírito presidido pela Enfermeira Chefe, que demonstra e estimula diariamente a necessária base de conhecimentos, teorias e práticas baseadas na evidência.

Sabe-se que a pessoa idosa é a população mais frequente a nível dos cuidados de saúde, não sendo exceção na unidade do estágio clínico. O público-alvo do internamento em questão constitui, na sua maioria, pessoas com idade acima dos 65 anos de idade, com critérios de fragilidade associados. A fragilidade nesta população, sendo dinâmica e multidimensional, engloba diversos fatores, cabendo ao enfermeiro assumir o poder de auxiliar na capacitação do doente e da sua família/ pessoa de referência.

Infelizmente, os rácios exigentes entre enfermeiro-doente, onde as equipas se encontram frequente e repetidamente em *understaffing* é uma realidade evidente no serviço público português, podendo o ritmo exigido dos turnos obnubilar a qualidade dos cuidados. Ao longo da minha experiência profissional, facto é que mais foram os serviços em que prestei funções em *understaffing* permanente. O trabalhar «acima» das nossas possibilidades passa, gradualmente, a ser a realidade, tornando-a no «novo normal». Importa lembrar que a adaptação dos cuidados deverá, invariavelmente, seguir uma lógica bem fundamentada e refletida, e que quaisquer dificuldades deverão ser transmitidas a órgãos superiores, alertando e identificando fatores desencadeantes de possíveis eventos adversos e riscos à segurança do doente e dos profissionais. Compete ao enfermeiro ser a mudança que pretende ver, e atuar de acordo com as melhores filosofias que os cuidados dignos e responsáveis exigem.

A integração de novas competências a nível académico, nomeadamente a formação acrescida que nos posiciona como especialistas e mestres, serve como um lembrete do nosso papel: a exigência de refletir sobre a prática. Referenciando Benner (2010), a experiência profissional não diz respeito apenas ao tempo inerente à prática, mas também às vivências do mundo real com que o profissional se depara. Ao longo deste estágio clínico fui experienciando um sentimento permanente de um dever ético e moral daquilo que considero «fazer diferente» e «fazer bem».

Referências Bibliográficas

- Achury-Beltrán, L. F. (2014). Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo* 16 (1), (61-71). doi:10.11144/Javeriana.IE16-1.pgvu
- Alcantara, C., Dellarozza, S. G., Ribeiro, P., & Carvalho, J. A. (2020). Fatores associados ao desfecho da hospitalização de idosos submetidos a correção de fratura de fêmur. *Cogitare Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.64986>
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13866>
- Arrais, E. L., Cunha de Oliveira, M. L., & Borges de Sousa, I. D. (2017). Prevention of urinary infection: quality indicators of nursing assistance in elderly. *Journal of Nursing UFPE*, 11(8), 3151-3157. 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201721
- Au, A. G., Shurraw, S., Hoang, H., Wang, S., & Wang, X. (2020). Effectiveness of a simple intervention for prevention of catheter-associated urinary tract infections on a medical hospital unit. *Journal of Infection Prevention*, 21(6), 221-227. <http://dx.doi.org/10.1177/1757177420939242>
- Benner, P., Queiroz, A. A., & Lourenço, B. O. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. *Quarteto Editora*, 42-63.
- Bressan, V., Cadorin, L., Stevanin, S., & Palese, A. (2019). Patients experiences of bedside handover: findings from a meta-synthesis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 556-568. <https://doi.org/10.1111/scs.12673>
- Carrara, G. L. R., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Camelo, S. H. H., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2018). A utilização de instrumentos para avaliação da

- liderança nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0060>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, October 6). *Urinary Tract Infection*. <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/uti.html>
- Chang, S. F., Lin, H. C., & Cheng, C. L. (2018). The relationship of frailty and hospitalization among older people: evidence from a meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 383-391. <https://doi.org/10.1111/jnu.12397>
- Chen, Y. Y., Chi, M. M., Chen, Y. C., Chan, Y. J., Chou, S. S., & Wang, F. D. (2013). Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 105-114. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013464>
- Cristina, M. L., Spagnolo, A. M., Giribone, L., Demartini, A., & Sartini, M. (2021). Epidemiology and prevention of healthcare-associated infections in geriatric patients: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5333. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105333>
- Dahm, M. R., Slade, D., Brady, B., Goncharov, L., & Chien, L. (2022). Tracing interpersonal discursive features in Australian nursing bedside handovers: Approachability features, patient engagement and insights for ESP training and working with internationally trained nurses. *English for Specific Purposes*, 66, 17-32. <https://doi.org/10.1016/j.esp.2021.10.002>
- Decreto-Lei n.º 107/2008 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2008). Diário da República n.º 121, Série I de 2008-06-25. https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/1320-DL107_2009.pdf
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República n.º 205/1996, Série I de 1996-09-04. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

- Decreto-Lei n.º 156/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 181, Série I de 2015-09-16.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAdede-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*.
https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma n.º 001/2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2022). *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical* (Norma 019/2015).
https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). *O Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal Relatório da Comissão Internacional sobre a Verificação da Compatibilidade com o Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior*.
https://www.wcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf

- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International journal of nursing studies*, 57, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. *The American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1>
- Ghorbani, A., Mohammadi, N., Rooddehghan, Z., Bakhshi, F., & Nasrabadi, A. N. (2023). Transformational leadership in development of transformative education in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 22(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-01154-z>
- Girard, R., Gaujard, S., Pergay, V., Poron, P., Martin-Gaujard, G., Bourguignon, L., & UTIC Group. (2017). Risk factors for urinary tract infections in geriatric hospitals. *Journal of Hospital Infection*, 97(1), 74-78.
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.05.007>
- Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A. & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2019). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(4), 1-61.
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/>
- Grealish, L., Ranse, K., Todd, J. A., Armit, L., Billett, S., Collier, L., Bail, K. & Moyle, W. (2022). Barriers and enablers to embedding fundamental nursing care for older patients—Implications of a mixed methods study for nursing leadership. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 1162-1173.
<https://doi.org/10.1111/jan.15194>
- Haaijman, J., Stobberingh, E. E., van Buul, L. W., Hertogh, C. M. P. M., & Horninge, H. (2018). Urine cultures in a long-term care facility (LTCF): time for improvement. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0909-x>
- The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple*.
<https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>
- Iskender, S., YILMAZ, G., & KÖKSAL, İ. (2017). An examination of healthcare-associated infections in elderly patients. *Turkish journal of medical sciences*, 47(6), 1693-1698. <https://doi.org/10.3906/sag-1706-92>

- Izaguirres, A., da Silva, C. B., Lima, A. A. A., & Paz, A. A. (2022). Formação profissional da enfermagem para aprimoramento de competências: revisão integrativa. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 12(38), 183-193. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.183-193>
- Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123–132. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne769oa>
- Krinitzki, D., Kasina, R., Klöppel, S., & Lenouvel, E. (2021). Associations of delirium with urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in adults aged 65 and older: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(11), 3312-3323. <https://doi.org/10.1111/jgs.17418>
- Leng, Y., Wu, Y., Wang, Z., Zhou, X., & Liao, J. (2022). A qualitative study exploring barriers and facilitators to establishing nurse-led, multidisciplinary psychological care for trauma patients: experiences from doctors and nurses. *BMC Nursing*. 21(191), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00971-6>
- Mayne, S., Bowden, A., Sundvall, P. D., & Gunnarsson, R. (2019). The scientific evidence for a potential link between confusion and urinary tract infection in the elderly is still confusing-a systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1049-7>
- Meddings, J., Rogers, M. A., Macy, M., & Saint, S. (2010). Systematic review and meta-analysis: reminder systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. *Clinical Infectious Diseases*, 51(5), 550-560. <https://doi.org/10.1086/655133>
- Moralejo, D., El Dib, R., Prata, R. A., Barretti, P., & Correa, I. (2018). Improving adherence to Standard Precautions for the control of health care-associated infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), Article CD010768. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010768.pub2>
- Moreira Arrais, E. L., Cunha de Oliveira, M. L., & Borges de Sousa, I. D. (2017). Prevention of urinary infection: quality indicators of nursing assistance in

- elderly. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(8).
<https://doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201721>
- Myoung, J. Y., Hong, J. Y., Lee, D. H., Lee, C. A., Park, S. H., Kim, D. H., & Choi, Y. H. (2021). Factors for return to emergency department and hospitalization in elderly urinary tract infection patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, 50, 283-288. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.08.015>
- National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Catheter-associated urinary tract infection: antimicrobial prescribing guideline*.
www.nice.org.uk/guidance/ng113
- National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng109>
- National Institute for Clinical Excellence. (2019). *2019 Surveillance of Healthcare-associated infections: prevention and control (NICE quality improvement guide PH36)*. PH36). www.nice.org.uk
- Organização das Nações Unidas. (2019, Julho 12). *Envelhecimento*.
<https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* (WHO/FWC/ALC/15.01).
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=85D02599BCDC092720264DAF4741EEC3?sequence=6
- Parsapour, K., Kon, A. A., Dharmar, M., McCarthy, A. K., Yang, H. H., Smith, A. C., & Marcin, J. P. (2011). Connecting hospitalized patients with their families: case series and commentary. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2011, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2011/804254>
- PORDATA. (2022, dezembro 28). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*.
<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017, maio 22). *Recomendação Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de*

Cuidados de Agudos. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 2019-02-06.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 2018-07-16.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Rønfeldt, I., Larsen, L. K., & Pedersen, P. U. (2021). Urinary tract infection in patients with hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 41, 100851. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2021.100851>

Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Ryder, M., Kitson, A. L., Slotnes O'Brien, T., & Timmins, F. (2022). Advancing nursing practice through fundamental care delivery. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 601-603. <https://doi.org/10.1111/jonm.13402>

Shadle, H. N., Sabol, V., Smith, A., Stafford, H., Thompson, J. A., & Bowers, M. (2021). A bundle-based approach to prevent catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 41(2), 62-71. <https://doi.org/10.4037/ccn2021934>

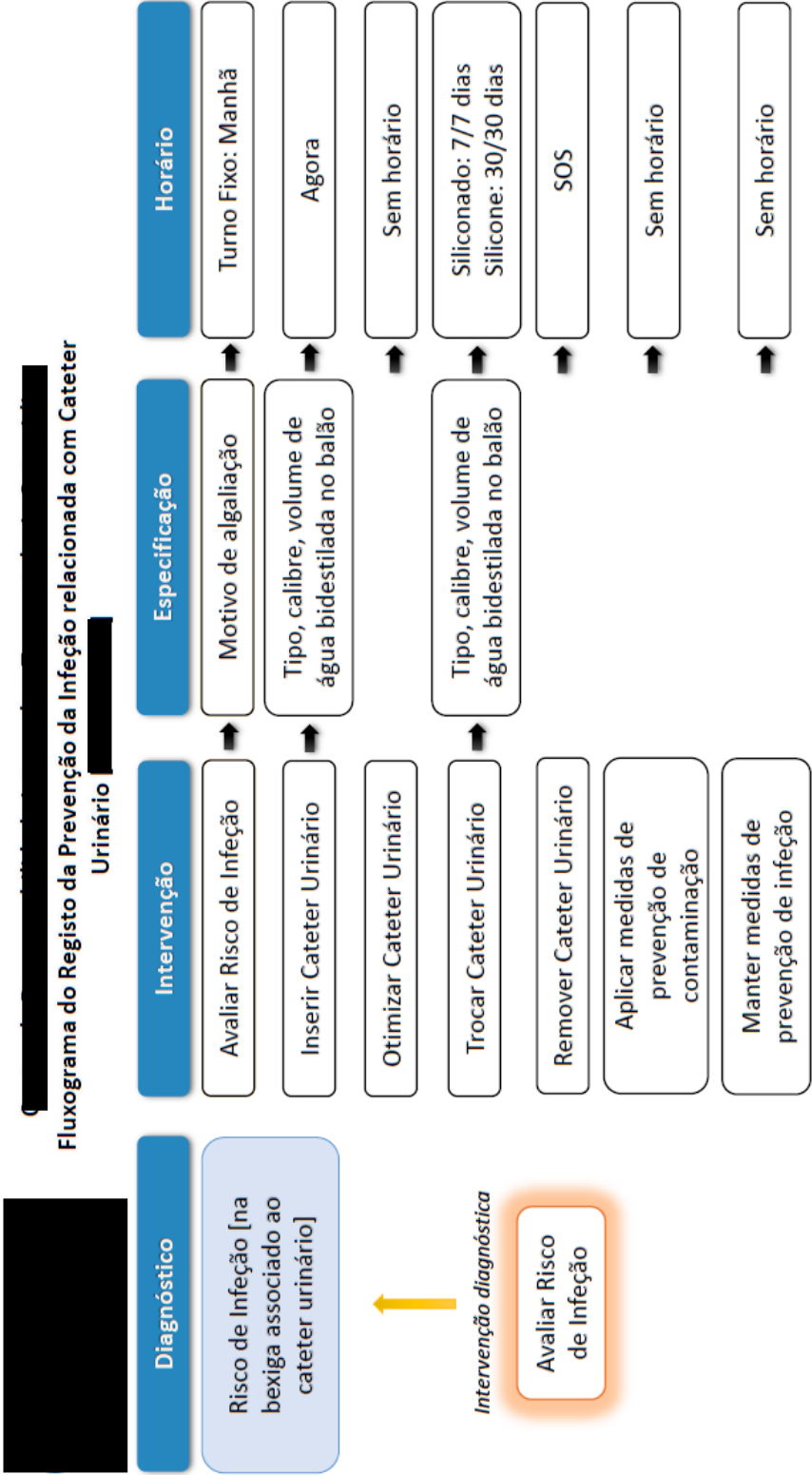
Shallcross, L., Rockenschaub, P., Blackburn, R., Nazareth, I., Freemantle, N., & Hayward, A. (2020). Antibiotic prescribing for lower UTI in elderly patients in primary care and risk of bloodstream infection: a cohort study using electronic health records in England. *PLoS Medicine*, 17(9), Article e1003336. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003336>

Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 1/2(2007), 11-20.

- Sotrati, L. A., Carrino, L. C., Mendes, A. A., Appoloni, A. H., Tognoli, S. H., & Binotto, C. C. S. (2020). Conhecimento dos graduados de enfermagem sobre a passagem de plantão. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 23(2), 6-16. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..867>
- Sugishita, K., Saito, T., & Iwamoto, T. (2018). Risk factors for nursing-and healthcare-associated urinary tract infection. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(8), 1183-1188. <https://doi.org/10.1111/ggi.13438>
- The Health Foundation. (2014). *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care (quick guide)*. <https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>
- Vasileva, D. V., & Gramatikov, S. D. (2022). Limiting Factors on the Rehabilitation Potential in the Elderly Postoperative Period in Orthopedic--Traumatology Patients of Geriatric Profile. *Romanian Journal of Physical Therapy*, 28(48). https://revrokineto.uoradea.ro/28_48/2.revrokineto_28_48_Vasileva.pdf
- Voidazan, S., Albu, S., Toth, R., Grigorescu, B., Rachita, A., & Moldovan, I. (2020). Healthcare associated infections—a new pathology in medical practice?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 760. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030760>
- Witt, U. F., Nibe, S. M., Ole, H., & Lebech, C. S. (2022). A novel approach for predicting acute hospitalizations among elderly recipients of home care? A model development study. *International Journal of Medical Informatics*, 160, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104715>
- World Health Organization. (2009). *Core components for infection prevention and control programmes – Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care* (WHO/HSE/EPR/2009.1) http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf?ua=1
- Zanetti, M., Marzaro, G., De Colle, P., Toigo, G., Bianchini, D., Nastri, M. & Sanson, G. (2021). Predictors of short-and long-term mortality among acutely admitted older patients: role of inflammation and frailty. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(2), 409–418. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01926-8>

Apêndices

**Apêndice I: Póster «Fluxograma do Registo da Prevenção da
Infeção relacionada com Cateter Urinário»**



Apêndice II: Póster «Cuidados à Pessoa Idosa Hospitalizada»

CUIDADOS À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Transformação social: População cada vez mais envelhecida.

Idosos:

2017 962 milhões
2050 2,1 mil milhões
2100 3,1 mil milhões
(ONU, 2019)

Índice de Envelhecimento

1960 27,3%
2021 182,7%
(PORDATA, 2022)

Pessoa idosa frágil (critérios de Winograd 1983)

Pessoa com doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, défice de mobilidade, desnutrição, polimedicação, contida fisicamente, incontinência, hospitalização não programada nos últimos 3 meses, entre outros.
(DGS, PNCI, 2006, p. 18)

Hospitalização da Pessoa Idosa

Evento que restringe as suas reservas fisiológicas da pessoa idosa, que compromete a sua independência e acresce o risco de desenvolver infeções, perturbando-a física e cognitivamente. O número de comorbilidades tem impacto no desfecho das hospitalizações nos idosos.
(Witt et al., 2022, p. 1)

Infeções Associadas a Cuidados de Saúde

"Infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade."
(DGS, PNCI, 2006, p. 4)

As IACS causam cerca de 16 milhões de dias de internamento a mais na Europa.
(Volden et al., 2020, p. 2)

Em cada 100 doentes, 22 adquirem, pelo menos, uma IACS no internamento.
(OMS, 2022)

Das sépsis contraídas em hospitais, 1 em cada 4 deve-se às IACS.
(OMS, 2022)

1 em cada 10 doentes morrem de IACS.
(OMS, 2022)

IACS, um flagelo mundial...

A população idosa é aquela que mais sofre repercussões na medida em que pessoas com 3 ou mais doenças crónicas são mais suscetíveis de contrair IACS e que estas são responsáveis por aumentar as resistências aos antimicrobianos, morbilidade, tempo de internamento, mortalidade e gastos na saúde.
(Witt et al., 2022, p. 1)

Modelo de Enfermagem



Distancia-se do modelo biomédico e atribui ao cliente a centralidade no seu processo de cuidados, bem como a promoção de autonomia e a personalização de cuidados.
(McCormack & McCance, 2008)

Tem por base construtos que se inter-relacionam entre si, onde o sucesso das intervenções depende do cumprimento síncrono das seguintes dimensões:

Profissional competente com aptidões interpessoais.

Cuidados prestados em ambiente favorável que garantam a dignidade do cliente.

Processo de cuidados centrado numa perspetiva holística do cliente.
(McCormack & McCance, 2008)

resultados

Cliente com Bem-Estar

Cliente satisfeito

Cliente com engagement nos cuidados

Referências Bibliográficas: Direção Geral de Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.pdf>. McCormack, B., & McCance, T. (2008). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>. OMS. (2020). Agosto 20). Sepsis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>. World Health Organization. (2022, May 18). Global report on infection prevention and control. <https://www.who.int/news/item/26-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>. PORDATA. (2022, Dezembro 20). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/Fractal/Indicadores+de+envelhecimento-538>. Witt, U. F., Nils, S. M., Oh, H., & Lebedev, C. S. (2022, February 10). A novel approach for predicting acute hospitalizations among elderly recipients of home care? A model development study. *International Journal of Medical Informatics*, 160, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104750>. Volden, S., Abu, S., Torg, R., Grigoriou, R., Kachiza, A., & Middelton, I. (2020, January 22). Healthcare associated infections—a new pathway in medical practice? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17040790>.

Apêndice III: Protocolo de revisão de *scoping*

A Intervenção do Enfermeiro na Implementação de Medidas de Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa Idosa Hospitalizada: Protocolo de Revisão de *Scoping*

Diana dos Santos Gomes Faria

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção da Pessoa Idosa

RESUMO

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções do enfermeiro promotoras de prevenção das Infecção do Trato Urinário na pessoa idosa hospitalizada.

Introdução: A população idosa é uma das principais faixas etárias presentes nos internamentos hospitalares. A cada dia de internamento, acresce o risco de desenvolvimento de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). A prestação de cuidados pela equipa de Enfermagem a esta população constitui um desafio contínuo na procura de cuidados direcionados ao controlo e prevenção de infeções.

Critérios de Inclusão: Serão incluídas fontes da literatura cuja população alvo seja a pessoa idosa (idade igual ou superior a 65 anos de idade), em contexto de cuidados hospitalares, e cujo conceito se centre nas intervenções de enfermagem que promovam a prevenção da infeção do trato urinário.

Metodologia: O protocolo de Revisão de *Scoping* será realizado segundo recomendado pelo *Joanna Briggs Institute* (2020) e de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA-Scr)*, adequando os critérios segundo as bases de dados consultadas.

INTRODUÇÃO

O aumento demográfico, aliado ao envelhecimento da população, faz com que a pessoa idosa seja uma das mais vulneráveis e suscetíveis ao desenvolvimento de complicações associadas ao ambiente hospitalar. Sabe-se que o número de comorbilidades associado a esta população tem um papel de destaque no desfecho de uma eventual hospitalização, quer pela probabilidade de agudização das mesmas, quer pelo risco acrescido de vir a desenvolver quadros infecciosos.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) afetam anualmente milhões de pessoas, estando diretamente relacionadas com internamentos prolongados, custos acrescidos às instituições, e aumento das taxas de morbilidade e mortalidade (NICE, 2019). Segundo Cristina et al. (2021) aponta que a pessoa idosa possui risco acrescido de desenvolver uma IACS até cerca de 11%, em pessoas acima dos 85 anos. Dados de 2016, do Relatório do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos, diz-nos que cerca de 7.8% dos doentes internados em Portugal adquiriram uma IACS (DGS, 2017).

Para que uma infeção possa ser assumida como IACS, terá de ser adquirida em contexto hospitalar, devendo assim ser excluídos sinais e sintomas de infeção prévios à admissão hospitalar e atender ainda a um possível período de incubação (Iskender et al., 2017). Dentro das IACS mais prevalentes, encontram-se as infeções respiratórias associadas a ventiladores, infeções do trato urinário associadas a cateterização, infeções do local cirúrgico e infeções da corrente sanguínea associadas a cateter central. As Infecções do Trato Urinário (ITU) destacam-se como uma das mais frequentemente reportadas, com uma prevalência de cerca de 20%, acometendo na Europa cerca de 870 mil pessoas por ano (Werff et al., 2021), e cerca de 92 milhões por todo o mundo (Dexter & Mortimore, 2021). Estas infeções são definidas como uma infeção do sistema urinário, que ocorrem devido à contaminação da região peri-uretral por agentes patogénicos (por exemplo, da flora fecal), que migram para a bexiga – infeção urinária do trato inferior, ou cistite – ou da bexiga para os rins, através dos ureteres – infeção urinária do trato superior, ou pielonefrite (NICE, 2018).

O CDC (2019) indica que a hospitalização em serviços ortopédicos se revela preditivo ao desenvolvimento de ITU, quer pelo contexto peri-operatório com imobilizações prolongadas, risco exponenciado de episódios de retenção urinária aguda ou disfunções da bexiga, ou pelo recurso frequente a cateteres urinários de forma a promover conforto em quadros álgicos intensos ou colmatar impossibilidade de mobilizações. Segundo o NICE (2018), o risco de desenvolvimento de uma ITU é tanto maior quanto o número de dias de permanência de um cateter urinário, sendo exponenciado também pelo incorreto manuseamento destes dispositivos. Desta forma, entende-se o importante papel que é detido pela equipa de profissionais de saúde, em particular pela equipa de enfermagem, ativa e determinante nas decisões inerentes aos cuidados de saúde em conjunto com a demais equipa multidisciplinar.

Uma das mais impactantes e perigosas repercussões das IACS são as Resistências dos Microrganismos aos Antibióticos (RAM), pelo que otimizar o uso de antibióticos é um dos objetivos mais prementes da OMS no que concerne ao controlo das mesmas. Estima-se que estas sejam responsáveis atualmente por aproximadamente 700 mil mortes a cada ano, prevendo que, até 2050, provoquem cerca de 10 milhões de mortes por ano (Blackburn et al., 2022). Em termos económicos, a OMS enfatiza ainda o peso financeiro que as RAM acarretam, sublinhando a necessidade urgente de mudança e a implementação de novos planos de ação que combatam o problema, evitando-se perdas drásticas na capacidade de resposta no tratamento de infeções (Blackburn et al., 2022).

Entende-se que o controlo e prevenção das ITU, incluindo as ITU associadas a cateteres vesicais, só é possível através da consciencialização dos profissionais de saúde e adesão dos mesmos às melhores práticas, atualizadas e baseadas na evidência. A criação de estratégias de combate às IACS e no âmbito da melhoria contínua dos cuidados tem-se revelado fundamental nesta preocupação de carácter mundial, reconhecendo-se que a implementação de programas e protocolos de atuação a partir dos quais se possa proceder a uma avaliação da prática, discussão e reflexão dos resultados, são de extrema relevância no que concerne a ganhos em saúde.

Assim, no contexto do referido projeto, tornou-se relevante o desenvolvimento de conhecimentos inerentes à prevenção e controlo das ITU. Para tal, objetiva-se a realização de uma Revisão de *Scoping* (RS) de acordo com o protocolado pelo *Joanna Briggs Institute*

(2020), de forma a identificar a evidência científica disponível sobre as intervenções do enfermeiro no âmbito da prevenção da infeção do trato urinário na pessoa idosa hospitalizada.

QUESTÃO DE REVISÃO

A RS visa dar resposta à questão:

«Quais as intervenções do enfermeiro na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa hospitalizada?»

PALAVRAS-CHAVE:

Pessoa Idosa, Hospitalização, Intervenções de Enfermagem, Infeção do Trato Urinário, Prevenção e Controlo

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

População

Incluirá estudos cuja população alvo de interesse são pessoas idosas (com idade superior ou igual a 65 anos), sem exceções de etnia, cultura, nacionalidade ou género.

Conceito

Serão considerados estudos que aprofundem como conceito as intervenções do Enfermeiro que promovam a prevenção da Infeção do Trato Urinário.

Contexto

Serão considerados estudos que incluam como contexto o ambiente hospitalar.

Tipos de fontes de informação

A RS incluirá todos os estudos que respeitem os critérios de inclusão, incluindo revisões sistemáticas, normas e diretrizes institucionais, nacionais e internacionais. Relativamente ao idioma, serão selecionados estudos na língua inglesa e portuguesa. O espaço temporal é definido por um período igual ou inferior a 5 anos (de 2018 a 2023).

METODOLOGIA

Será utilizada a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), dividida em três etapas, conforme recomendado, que são explanadas nos pontos seguintes.

Estratégia de pesquisa

A RS objetiva ser o mais abrangente possível, incluindo assim literatura cinzenta sobre a temática em questão. Será consultada informação presente em *sites* institucionais, nacionais e internacionais.

Primeira etapa: Identificação

Na primeira etapa será realizada uma pesquisa inicial, via *EBSCO.host*, com as bases de dados – *Medline Complete* e *CINAHL Complete* – separadamente, com utilização das palavras-chave inerentes a uma linguagem natural e posterior identificação dos termos de indexação e palavras-chave apresentadas nos títulos e resumos dos artigos obtidos.

Tabela 1

Exemplo de pesquisa inicial via EBSCO.host

População	«elderly» OR «aged» OR «older people» OR «aged, 65+ years»
Conceito	«Urinary Tract Infections Prevention and Control» OR «Catheter Care, Urinary» OR «Catheter-Associated Urinary Tract Infection» OR «CAUTI»
Contexto	«Hospitalization of Older Persons» OR «Hospitals» OR «Acute Care»

Segunda etapa: Triagem

Será efetuado um cruzamento das palavras-chave e termos de indexação através dos operadores booleanos «AND» e «OR», e será realizada uma análise primária dos artigos encontrados, por dois revisores independentes, atendendo primariamente ao título e resumo, excluindo os artigos que não se enquadrem no âmbito da revisão em curso. Do total dos artigos identificados, serão excluídos os artigos duplicados nas duas bases de dados.

Tabela 2

Pesquisa MEDLINE e CINAHL, 5 de outubro de 2023

Base de Dados	Estratégia	Número de Resultados
CINAHL Complete	[«elderly» OR «aged» OR «older people» OR «aged, 80 & over»] AND [«Urinary Tract Infections» OR «Urinary Tract Infections Prevention and Control» OR «Catheter Care, Urinary» OR «Catheter-Associated Urinary Tract Infection» OR «Urinary Tract Infections, Catheter-Related» OR «Centers for Disease Control and Prevention (U.S.)»] AND [«Hospitalization of Older Persons» OR «Hospitals» OR «Acute Care»]	311
MEDLINE Complete	[«aged» OR «frail elderly» OR «aged: 80 and over»] AND [«Urinary Tract Infections epidemiology» OR «Urinary Catheters» OR «catheters, Indwelling» OR «Urinary Tract Infections prevention & control» OR «Catheter-Related Infections prevention & control»] AND [«hospitalization» OR «hospitals» OR «acute Care»]	230

Terceira etapa: Elegibilidade

O texto completo dos estudos selecionados será submetido a uma leitura integral por dois revisores. Qualquer desacordo entre os revisores será resolvido através de discussão e consenso, ou através de um terceiro revisor. Desta etapa, concluir-se-ão os artigos a incluir no corpo da revisão sob forma esquemática de acordo com as recomendações do PRISMA *Extension for Scoping Reviews* (Tricco et al., 2018), de forma a serem extraídos os dados pretendidos.

Extração de dados

A extração dos dados será efetuada com recurso a uma ferramenta criada em formato de tabela, baseada no formato proposto pelo JBI (2020). Esta ferramenta visa responder à questão de revisão, incluindo detalhes relativos à população, conceito e contexto.

Tabela 3

Instrumento desenvolvido para extração de dados.

Detalhes da Revisão de <i>Scoping</i>
<i>Título</i>
A Intervenção do Enfermeiro na Implementação de Medidas de Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa Idosa Hospitalizada: Revisão de <i>Scoping</i>
<i>Objetivo da Revisão</i>
Mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções do enfermeiro promotoras de prevenção das Infecção do Trato Urinário na pessoa idosa hospitalizada.
<i>Questão de Revisão</i>
Quais as intervenções do enfermeiro na prevenção da infecção urinária na pessoa idosa hospitalizada?
<i>CrITÉRIOS de Inclusão</i>
<i>Participantes:</i> Pessoas idosas (com idade superior ou igual a 65 anos).
<i>Conceito:</i> Estudos que explorem intervenções do enfermeiro que promovam a prevenção da Infecção do Trato Urinário.
<i>Contexto:</i> Ambiente hospitalar.
Características dos Artigos
<i>Título do Artigo</i>
<i>Autor(es)</i>
<i>Ano</i>
<i>Localização/ País de Origem</i>
<i>Tipo de Estudo</i>
<i>População do Estudo</i>
<i>Contexto do Estudo</i>
<i>Objetivo</i>
<i>Resultados/ Conclusões</i>

Apresentação de resultados

Os dados extraídos serão apresentados sob o formato de tabela, particularizando-se assim a informação apresentada de forma a ir ao encontro da questão de revisão.

Tabela 4

Instrumento desenvolvido para síntese de resultados extraídos.

Resultados Extraídos	
<i>(Questão de Revisão) Intervenções do Enfermeiro propostas no artigo para a prevenção da infecção urinária na pessoa idosa hospitalizada</i>	
<i>Artigo 1</i>	
<i>Tipologia das Intervenções</i>	<i>Descrição</i>
<i>Artigo 2</i>	
<i>Tipologia das Intervenções</i>	<i>Descrição</i>
<i>Artigo 3</i>	
<i>Tipologia das Intervenções</i>	<i>Descrição</i>

Conclusão

Pretende-se que a RS resultante deste protocolo vá ao encontro dos objetivos propostos através do mapeamento de intervenções já existentes e em corrente implementação pelos profissionais de saúde envolvidos na prática de cuidados diários à pessoa idosa, em particular na área do controlo de infeção do trato urinário. Pretende-se assim que este conjunto de intervenções constitua uma ferramenta orientadora de suporte à prática clínica e tomada de decisão, afigurando-se fundamental na contribuição de disseminação da evidência disponível.

Conflitos de Interesses

Não são identificados conflitos de interesses.

Referências Bibliográficas

Aromataris E, Munn Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*.

<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Blackburn, J., Ousey, K., Patton, D., Moore, Z., & Avsar, P. (2023). What is the evidence that there is antimicrobial resistance associated with the use of topical antimicrobial preparations?. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 31(1), 40-48. <https://doi.org/10.33235/wpr.31.1.40-48>

Cristina, M. L., Spagnolo, A. M., Giribone, L., Demartini, A., & Sartini, M. (2021). Epidemiology and prevention of healthcare-associated infections in geriatric patients: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 1-12.

Dexter, J., & Mortimore, G. (2021). The management of urinary tract infections in older patients within an urgent care out-of-hours setting. *British Journal of Nursing*, 30(6), 334-342. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.6.334>

Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Iskender, S., YILMAZ, G., & KÖKSAL, İ. (2017). An examination of healthcare-associated infections in elderly patients. *Turkish journal of medical sciences*, 47(6), 1693-1698. <https://doi.org/10.3906/sag-1706-92>

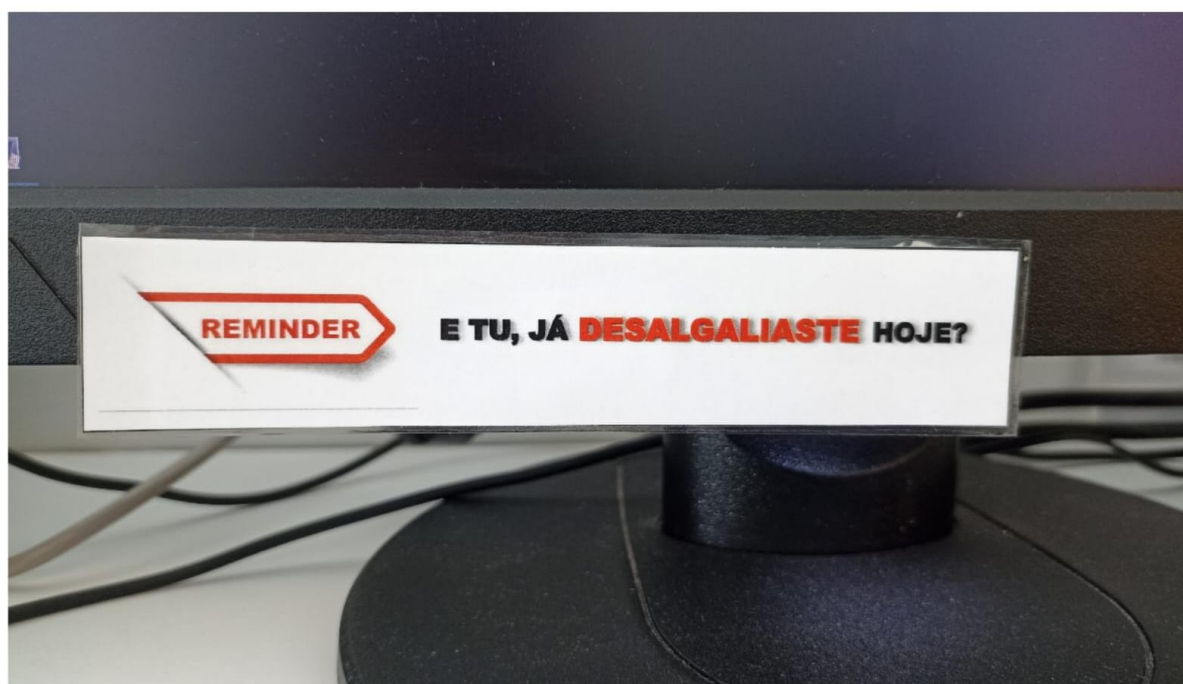
National Institute for Clinical Excellence. (2019). *2019 Surveillance of Healthcare-Associated Infections: prevention and control (NICE quality improvement guide PH36)*. www.nice.org.uk

National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Catheter-associated urinary tract infection: antimicrobial prescribing guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng113

National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng109>

Van der Werff, S. D., Thiman, E., Tanushi, H., Valik, J. K., Henriksson, A., Alam, M., Dalianis, H., Ternhag, A. & Naclér, P. (2021). The accuracy of fully automated algorithms for surveillance of healthcare-associated urinary tract infections in hospitalized patients. *Journal of Hospital Infection*, 110, 139-147.
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.01.023>

Apêndice IV: *Post-it* «Reminder da desalgaliação»



Anexos

**Anexo I: Certificado de apresentação do póster «A Pessoa
Idosa Hospitalizada – Síndrome Dinâmica da Fragilidade
Geriátrica»**

A Pessoa Idosa Hospitalizada Síndrome Dinâmica da Fragilidade Geriátrica

Síndrome biológica e dinâmica, de vulnerabilidade aumentada.

Menos reservas fisiológicas, com acúmulo de défices multifisiológicos.

Reduzida resistência a agentes estressantes endógenos e exógenos.

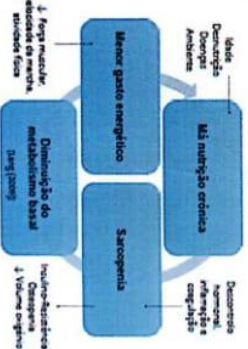
João et al. (2022), p. 1. De Vries et al. (2015)

Pessoa Frágil

Critérios de Winograd 1983

(2001, 2004, 2005), p. 251

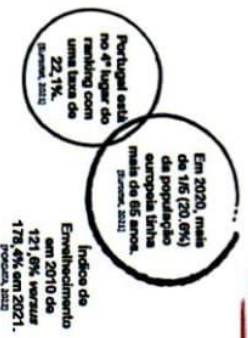
Idade ≥ 65 anos	Confusão	Depressão
Demência	! Mobilidade	Dependência
Quedas nos últimos 3 meses	Acamamento	Úlceras de Pressão
Desnutrição	Perda Ponderal	Pulmão doado
Defeito visual e/ou auditivo	Dificuldades económicas	Uso de dispositivos
Incontinência de esfíncteres	Hospitalização não planeada	Problemas familiares



Síndrome Dinâmica da Fragilidade Geriátrica (João et al., 2022, p. 1). A síndrome é caracterizada por uma vulnerabilidade aumentada, resultante da acumulação de défices multifisiológicos, que reduz a capacidade de resistir a agentes estressantes endógenos e exógenos. Os critérios de Winograd (1983) são utilizados para identificar a pessoa frágil, incluindo idade ≥ 65 anos, demência, quedas nos últimos 3 meses, desnutrição, perda ponderal, defeito visual e/ou auditivo, incontinência de esfíncteres, hospitalização não planeada e problemas familiares. O estado de deterioração funcional, dependência e anorexia contribui para a diminuição da injeção orfina, o que resulta em menor gasto energético e sarcopenia. A sarcopenia, por sua vez, leva à diminuição do metabolismo basal (Jorgensen) e à inclinação fisiológica, caracterizada por osteoporose, osteoartrite, fraqueza muscular, atrofia de massa muscular e atrofia de massa muscular.

REVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA

O MUNDO ESTÁ A envelhecer



EUROPA Até 2070 estima-se que 30,3% serão pessoas idosas vs. 20,3% em 2019, respectivamente.

A Pessoa Idosa define-se como a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos. (João et al., 2022)

A new model of care will be needed in all settings to accommodate the rapidly rising number of people living with one or more chronic conditions. (João et al., 2022)

O envelhecimento populacional, associado à síndrome de fragilidade, leva à ocorrência de eventos adversos, tais como episódios de queda e fraturas, maior risco de dependência ou de incapacidade, risco acrescido de institucionalização ou hospitalizações prolongadas, probabilidade de desenvolver Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, perda de funções físicas e cognitivas, e consequente risco de mortalidade. (João et al., 2022, p. 100; Chang et al., 2018, p. 145; Cook, 2006, p. 15)

Certificado

Certifica-se que a Enfermeira Diana Gomes Faria, participou nas [redacted] do [redacted] que se realizaram no dia 1 [redacted] 2023, no [redacted] como autora do poster subordinado ao tema "A Pessoa Idosa Hospitalizada— Síndrome Dinâmica de Fragilidade Geriátrica"

O Presidente das Jornadas

[redacted]

[redacted]

[redacted]